

25 ANS DE RÉFORME (EN SANTÉ MENTALE) ET DE TRANSFORMATIONS DE LIBERTÉ ET D'ÉGALITÉ

Olivier Croufer

Coordinateur du plaidoyer sociopolitique au Centre Franco Basaglia

Résumé : Une réforme en santé mentale a cours en Belgique depuis 25 ans. Elle est interrogée à partir des transformations politiques qu'elle a produites. Deux vecteurs de justice sociale ont été choisis comme axes d'analyse : la liberté et l'égalité. Ou plutôt plusieurs variations possibles dans les façons de concevoir la liberté et l'égalité. Les écarts et les proximités politiques avec l'une ou l'autre de ces conceptions feront varier l'évaluation de l'histoire et les espoirs de nouvelles orientations.



Cette étude s'inscrit dans la thématique :

DÉMOCRATIE et JUSTICE SOCIALE

Réflexions sur les principes de justice sociale au fondement des politiques (de santé) et sur les modalités de faire démocratie qui tiennent compte de voix minoritaires.

Cette analyse est téléchargeable sur www.psychiatries.be
1ère édition, novembre 2015

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

Avec le soutien de :



Wallonie



FÉDÉRATION
WALLONIE-BRUXELLES

Cette analyse reprend sous forme écrite une intervention orale le 26 octobre 2015 au colloque des 25 ans de la Plate-forme de concertation pour la santé mentale en région de Bruxelles-Capitale (P.F.C.S.M.).

1990 est la date qui marque le début d'une réforme en santé mentale qui dure toujours aujourd'hui. 1990 est aussi la date où j'ai commencé à travailler. Vu que cette réforme s'est sans cesse traduite par de nouveaux projets pilotes ou de nouveaux dispositifs, travailler en psychiatrie ou dans la santé mentale s'est finalement identifié à travailler dans une réforme. Je vous ferai dès lors un récit vécu dans cette histoire, probablement plus amarrée à Liège qu'à Bruxelles puisque cette ville est le lieu où j'ai toujours travaillé. Ce récit est donc situé au sein des expériences et institutions que nous y avons développées, très ancrées dans les milieux d'habitation et de relations de la vie quotidienne. Il est situé aussi au sein des amitiés personnelles et politiques, puisque la rencontre des questions psychiatriques nous a sans cesse remis en question sur le sens et le quotidien que nous voulions donner à la vie en commun. Ce « nous » est notamment constitué aujourd'hui par ceux qui participent au *Mouvement pour une psychiatrie démocratique dans le milieu de vie*.

J'avais, en 1990, ressenti ce qui se passait comme la possibilité d'un moment créateur. A relire les débats de cette époque¹, je me rends compte que ceux qui avaient plus d'expérience que moi dans le métier étaient manifestement plus indécis et circonspects. Certes, il y avait une certaine rupture par rapport à la réforme précédente qui avait eu lieu en 1974 et où l'on avait modifié les indices des lits des hôpitaux psychiatriques. A savoir, que l'on créait des lits A de traitement et des lits T pour une rééducation plus longue, en espérant qu'en spécifiant autrement les fonctions de l'hôpital psychiatrique, la vie des patients qui y étaient accueillis allait être modifiée. Le rapport commandé aux universitaires Groot et Breda et publié en 1989 posait de façon évidente qu'il n'en était rien. Les chiffres étaient fous : 55% des 23500 lits psychiatriques de l'époque étaient occupés par la même personne depuis plus de 5 ans et 9200 personnes les occupaient depuis plus de 15 ans. De là, la réforme de 1990 semblait introduire une double rupture : (1) elle instituait deux nouvelles structures, les habitations protégées et les maisons de soins psychiatriques, et (2) elle créait des plates-formes de concertation qui rassemblaient les institutions de soins de santé mentale au-delà des hôpitaux. De ce double événement, il était possible d'espérer que des institutions se (re)créent et rendent visible ce qui fait soin dans les contacts et les rapports sociaux que les personnes maintiendraient dans leurs milieux de vie. Cela était du moins mon sentiment et mon espoir de jeune travailleur.

Dans les débats qui animaient cette époque, deux inspirations m'avaient marqué. Je dis inspiration car pour une part les discussions portaient sur des éléments très matériels, sur les

¹ Voir les textes des colloques organisés à Bruxelles par l'Autre « lieu » et publiés dans *Perspectives* par l'asbl Revers où je travaillais. *Perspectives. Revue sur les enjeux sociaux des pratiques psychologiques*, Liège, asbl Revers, n° 16 (octobre 1990) et n° 17 (février 1991). Tous les numéros de *Perspectives* sont téléchargeables sur www.psychiatries.be

structures, et par ailleurs il existait un souffle, une envolée qui, avant tout, cherchait à donner une âme politique à la pratique quotidienne. L'une des participantes suggérait de « *plutôt que de partir de la structure hospitalière, partir d'un ensemble de réflexions qui se situent à un niveau pré-architectural*². »

La première de ces inspirations portait sur l'hospitalité. Quelles institutions nous faudrait-il pour qu'il y ait de l'hospitalité ? De l'hospitalité pour les personnes qui étaient enfermées dans la psychiatrie, de telle façon que des contacts, des échanges, simplement une présence, puissent avoir lieu. De l'hospitalité aussi pour les questions que la co-existence avec des personnes aussi troublantes ne manquait pas de poser. C'est à ce niveau que, finalement, la proposition structurelle de la réforme de 1990, avec ces habitations protégées, apparaissait comme relativement faible car il aurait fallu organiser des possibilités d'accueil beaucoup plus diversifiées, des espaces ouverts dans les services de santé mentale, des passerelles avec les familles, des associations de quartier, etc.

La deuxième inspiration portait sur la possibilité de créer une politique commune. Comment faire vivre un commun qui assemble en plus des spécialistes de la psychiatrie ceux qu'il valait le coup d'impliquer. A ce moment, autour de la table, il y avait des syndicats, des mutualistes, des (ex)psychiatrisés, ... Dans cette perspective, un des éléments les plus vifs portait sur la contestation de l'appropriation privée des moyens publics. La perspective du commun impliquait de mettre en discussion l'utilisation des moyens qui à cette époque, comme d'ailleurs aujourd'hui, allaient pour l'essentiel aux hôpitaux psychiatriques. Si nous voulions une politique élaborée en commun, nous devons aussi décider collectivement de l'allocation des moyens. Une proposition qui circulait était celle d'une transformation du financement des hôpitaux psychiatriques dans un forfait qui ouvrirait des possibilités d'investissement au-delà des lits vers des politiques orientées vers les besoins de la population d'un territoire. Toute une série de questions pratiques tournait autour de la construction de ce commun, notamment celle de la circulation des travailleurs alors employés dans les hôpitaux dans de nouvelles structures, ce qui impliquait de développer des politiques de formation, de revoir les barèmes et les commissions paritaires. C'est une des raisons pour lesquelles les syndicats devaient être impliqués dans le processus de ce commun à construire.

Outre l'hospitalité et le commun, il existait une autre réflexion pré-architecturale qui faisait controverse. Parler de « santé mentale » était problématique. Le terme était déjà largement utilisé et il provoquait des réticences. Il était intéressant de travailler dans une perspective de santé bien que, déjà au niveau du sens que l'on accorde à ce qui fait la santé, les polémiques étaient vives³. Mais le volet normatif des actions ne pouvait se restreindre à faire santé. Les

² Micheline Roelandt in *Perspectives*, N°16, op. cit., p. 14.

³ Pour une analyse récente des enjeux autour du concept de santé mentale voir Belhassem, M., *La santé mentale. Vers un bonheur sous contrôle*, Paris, La Fabrique, 2014 et les deux études de Absil M., *Les représentations de la santé dans l'histoire* et *Subvertir le concept de santé*, Centre Franco Basaglia, mai 2015, toutes deux téléchargeables sur www.psychiatries.be

pratiques, les institutions que nous espérions s'inspiraient d'autres choses que de santé. Habiter, aimer, travailler ou éduquer. Être plus libre ou vivre dans un monde plus juste. Tout cela ne pouvait être tu sous le couvercle de la santé mentale. Cela était très important car la richesse des inspirations politiques, ou plus simplement humaines, faisait partie des ressorts qui animaient nos vies et que nous voulions traduire dans une réforme. Ce qui fait qu'aujourd'hui quand le guide de la phase actuelle de la réforme s'intitule « vers des meilleurs soins de santé mentale », on se dit que nous ne sommes peut-être pas dans une réforme car si celle-ci est vraiment politique, qu'elle propose d'avancer sur la façon dont nous vivons ensemble, alors elle ne peut se rabattre sur le seul volet de la santé, aussi intéressant soit-il.

Pour faire cette histoire de 25 ans de réforme, je vous propose deux chemins humains et politiques. J'aurai pu m'appuyer sur ces thèmes de l'hospitalité et d'un commun. Je vais les reprendre dans des ensembles plus vastes, qui les décalent un peu, qui les mettent plus clairement dans des perspectives de justice sociale. J'essaierai d'examiner ce que ces 25 ans ont fait pour la liberté et pour l'égalité.

LA LIBERTÉ

Je prendrai les choses surtout du côté de la liberté du patient. Il était évidemment possible de considérer la liberté d'autres acteurs puisque dans l'affaire qui nous occupe nous sommes dans des questions non pas simplement individuelles, mais fondamentalement relationnelles et sociales. La liberté est une autre manière de parler de l'hospitalité dans ce que celle-ci interrogeait en 1990. Je l'ai dit, les hospitalisations psychiatriques étaient très longues. Il se posait donc une question de liberté. Quels rapports nos institutions entretenaient-elles avec la liberté des patients ? La liberté se posait en regard d'une relégation, d'une exclusion, d'un enfermement. Le thème est resté actuel dans les différentes phases de ces 25 dernières années. Par exemple dans l'étude de 2008 du Centre Fédéral d'Expertise sur les soins de santé (KCE) qui dénonce l'hospitalisation trop longue (4731 lits psychiatriques sont occupés depuis plus d' 1 an)⁴. A partir de cela, la réforme devait mettre en œuvre une liberté qui ne se définisse pas uniquement par la négative, contre un enfermement, mais se déploie de façon positive, dans ses possibilités. Et c'est à ce niveau que les choses deviennent intéressantes.

LA LIBERTÉ DE CHOIX

La liberté de choisir parmi un ensemble de propositions est un axe essentiel de ces 25 ans de politiques. À partir de cette valeur, il est possible de comprendre les « plates-formes » crée en 1990 et plus tard les « réseaux et circuits de soins », sous-titre de la dénomination officielle de la phase actuelle de la réforme. Ces dispositifs cherchent à rendre visibles et partenaires un ensemble de propositions susceptibles de faire soin. Les partenaires veillent à travailler à la

⁴ 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.

liberté de choix du patient à l'intérieur de cet ensemble.

Les dispositifs mis en place par ces 25 ans de réforme ont renforcé la mise en œuvre de cette conception de la liberté.

- Quelques possibilités structurelles nouvelles ont été créées (les habitations protégées, les maisons de soins psychiatriques) et développées (plusieurs vagues de reconversion des lits psychiatriques vers des habitations protégées eurent lieu jusque dans les années 2000).

- À partir des années 2000, on a vu naître des micro-institutions qui visaient à accompagner et soutenir le patient dans l'exercice de cette liberté de choix. Par exemple, des « case managers » dans des unités de crises hospitalières pour (ré)ouvrir la relation avec des ressources de l'entourage. Par exemple, les structures « Soins Psychiatriques À Domicile » (SPAD) qui visent à élargir les choix du patient vers les soins de santé primaire (médecin généraliste, maison médicale, soins à domicile, ...). Par exemple, les projets Activation⁵ initiés pour que les choix soient aussi ceux d'une formation, d'un travail, d'un espace culturel et de loisir. Toutes ces microstructures sont de petites dimensions (quelques équivalents temps plein). Elles s'ajoutent aux structures existantes, ce qui est cohérent avec leur définition politique puisqu'elles visent plus à accompagner un choix que de se substituer aux structures de soins. À la fois et paradoxalement, elles relient et elles fractionnent en découpant des domaines et des temps où des choix peuvent s'exercer (temps de crise, de réhabilitation ; domaine des soins de santé primaire, de l'insertion socio-professionnelle, ...).

- L'exemple qui renforce cette conception de la liberté dans la phase contemporaine de la réforme, ce sont les équipes mobiles pour les crises (fonction 2A) et les soins chroniques (fonction 2B). Elles ajoutent des services supplémentaires pour accompagner un moment ponctuel (2A) ou sur un plus long terme (2B) vers des possibilités de choix de services.

Cette conceptualisation du système comme réseau au sein duquel la liberté de choix du patient est encouragée s'accommode bien avec l'éthique d'habitude défendue par les soignants. Elle s'est trouvée renforcée d'un point de vue juridique par la loi sur les droits des patients de 2002. Cette loi est inspirée d'une conception analogue de la liberté où le patient a le choix de décider des traitements effectués sur son propre corps. Pour permettre cette décision, les thérapeutes sont obligés de donner de l'information qui permette un consentement éclairé.

On voit bien que la conception de la liberté développée dans les réseaux que soutiennent ces années de réforme relève d'une même inspiration. Il s'agit donc d'une conception de la liberté où :

- les individus sont invités à poser des **choix sur des éléments qui leur appartiennent en propre** (des traitements qui affectent leur propre corps, la participation à des espaces thérapeutiques qui vont affecter leur propre vie, ...).

- de plus en plus, un accompagnement est proposé pour permettre un **consentement éclairé** sur ces choix en donnant de l'information et en présentant différentes opportunités.

⁵ Les projets Activation ont été lancés par le Fédéral, il reste deux projets en Région liégeoise.

Nous sommes dans une conception de la liberté proche de celle des libertariens⁶. Leur priorité est de laisser les gens décider pour eux-mêmes. Pas sur tout et n'importe quoi, mais sur ce qui leur appartient de façon légitime. Sur les biens qu'ils possèdent, qu'ils ont gagné par leur travail et leurs talents. Et, évidemment, aussi sur leur corps, sur les éventuels traitements qu'ils pourraient recevoir, sur sa protection, etc... Le choix de mettre ou non sa ceinture de sécurité, par exemple. Pour eux, le rôle de l'État, c'est de garantir cette liberté.

Voilà qui est certes très juste, mais ...

Voilà aussi qu'un « mais » apparaît. Cette critique est portée par ceux qui travaillent en psychiatrie et qui se disent que dans cette conception de la liberté, il y a aussi quelque chose qui cloche. Les problèmes que l'on rencontre en psychiatrie touchent à des conflits quotidiens, des distances ressenties comme des abîmes dans les relations, des tensions éprouvantes dans la vie quotidienne, tant pour les personnes qui souffrent de leur maladie et de leurs perturbations psychiques que pour leurs relations, leurs entourage ou le social. Ce n'est donc pas uniquement dans ce qui m'appartient en propre mais dans ces espaces relationnels qu'il faudrait essayer de penser la liberté.

LA LIBERTÉ POUR VIVRE UNE VIE PLEINEMENT HUMAINE.

La philosophe Martha Nussbaum⁷ raconte cette histoire qui va nous permettre de penser autrement la liberté.

Vasanti vit en Inde. Mariée très tôt selon la coutume de son village, elle n'a pas pu se rendre à l'école car elle devait servir son mari. Celui-ci la battait, buvait, dilapidait l'argent du ménage. Elle a vécu ainsi pendant des années car la culture dans laquelle elle habitait n'ouvrait aucun regard critique sur sa situation. Ce n'est que bien des années plus tard qu'elle en est venue à apprécier sa vie différemment. Une aventure fantastique l'a amenée à quitter son mari et rencontrer une coopérative de femmes. Elle y a découvert des relations de solidarité qui l'ont surprise, a pu suivre des cours d'alphabétisation et a été soutenue dans le lancement d'une activité de couturière. Ce n'est que rétrospectivement, après avoir vécu ces expériences, qu'elle peut dire aujourd'hui que sa première vie avec son mari n'était pas heureuse. Elle avait, à cette époque, formellement du moins, la liberté d'aller à l'école, ce qui est d'ailleurs garanti par les lois indiennes. Cette histoire nous montre ainsi plusieurs choses :

1. À quel point, il est nécessaire de passer par **l'expérience réelle** des personnes dans l'énoncé des principes de justice sociale. La liberté comme principe formel, juridique, n'est pas la même chose que la liberté quand nous la considérons dans la situation concrète où vit Vasanti.

⁶ Pour de plus larges développements et des références voir Croufer O., *Les libertariens : une société juste est une société d'individus libres*, Centre Franco Basaglia, novembre 2013. Téléchargeable sur www.psychiatries.be

⁷ Pour de plus larges développements et des références sur cette approche voir Croufer O., *Une société est juste quand elle rend effectives des libertés d'accomplissement pour chaque personne*, Centre Franco Basaglia, novembre 2013. Téléchargeable sur www.psychiatries.be

2. Partant, il convient d'encourager une conception de la liberté à la fois **plus réflexive et plus sociale**. Plus réflexive, c'est-à-dire qui offre l'occasion de réfléchir à ce qui ouvrirait des voix à une vie plus humaine. Ce sont ces espaces de réflexion, de dialogue, de débat qui ont manqué à Vasanti quand elle vivait dans son village. Ce sont ces espaces qu'elle a pu vivre quand elle a fait l'expérience de la coopérative de femmes. Une liberté plus réflexive, et donc plus sociale aussi puisque pour permettre cette réflexion, les autres sont indispensables, comme interlocuteurs, comme mise à l'épreuve de chemins de liberté.

3. Pour avancer dans la justice sociale, la liberté doit s'éprouver au niveau de **chaque personne**. Ce n'est pas uniquement pour les femmes en Inde qu'il faut penser la liberté, mais pour Vasanti, là où elle vit. La liberté s'épanouit quand nous nous intéressons à chaque personne, quand nous partons à la rencontre des personnes où la liberté est mise en danger.

4. La liberté gagne à se référer à ce que serait une **vie pleinement humaine**. Il ne s'agit pas de simplement se demander si nous vivons dans une situation satisfaisante. Vasanti, n'éprouvant d'autres possibilités quand elle vivait dans son village, considérait sa situation comme relativement satisfaisante, sa vie relevait de la norme pour une femme de son village. Ce qui ouvre des chemins de liberté émerge à partir de la question « qu'est-ce que serait une vie pleinement humaine ? » Pouvoir recevoir une éducation, vivre dans un habitat décent, pouvoir affirmer des relations affectives, pouvoir développer des activités avec les autres ... ? Le passage par ces questions ouvre la liberté.

Cette conception de la liberté, plus réflexive et plus sociale, plus ancrée dans l'accomplissement d'une vie pleinement humaine, ouvre à d'autres politiques en psychiatrie. L'essentiel devient de pouvoir agir là où se déploie la vie quotidienne, là il est possible de s'intéresser à chaque personne dans les relations qui font son humanité. Un support de cette liberté se situe au niveau des institutions qui sont en relation avec les entourages, les espaces collectifs, les habitats, les institutions éducatives, ... car, dans ces relations, peuvent se réfléchir et s'accomplir des possibilités d'une vie pleinement humaine.

Dans le secteur de la santé mentale, ces institutions de proximité sont principalement les Services de santé mentale, les Habitations protégées, les Centres de réhabilitation psychosociale (ou autres conventions INAMI de ce type). Or, aujourd'hui, l'accent politique n'est pas du tout situé au niveau de ces structures de proximité. Elles occupent une petite fraction du budget global de la santé mentale. Les politiques psychiatriques ne courent pas vraiment vers la liberté si l'on entend celle-ci comme les moyens dont disposent chaque personne pour accomplir une vie pleinement humaine.

ÉGALITÉ

Une autre question de justice sociale qui était très présente dans les années 90 touchait aux inégalités. Quand on analysait les populations qui restaient si longtemps en hôpital psychiatrique, on se rendait compte qu'il y avait un gradient social. Plus tu étais pauvre, plus

tu avais de risque de rester en hôpital psychiatrique et d'y rester longtemps. Je me souviens notamment de cette étude de Ludwyne Verhaegen⁸ en 1991 qui analysait la répartition des personnes selon les différentes structures soignantes à Bruxelles et où il apparaissait que les plus pauvres allaient plus souvent en hôpital psychiatrique tandis que les personnes plus aisées bénéficiaient des Services de Santé Mentale et continuer à exister dans leurs milieux familiaux.

Justice distributive

Dans les soins de santé, ces inégalités devaient être combattues par un système de justice distributive, très institutionnalisé depuis la fin de la deuxième guerre mondiale à travers la sécurité sociale. Cette justice distributive tient dans un double mouvement : une équité horizontale (tout le monde a les soins dont il a besoin quel que soit son état de santé) et une équité verticale (les plus riches donnent plus, contribuent plus que les pauvres ou pour ceux qui sont malades). Et patatras, la situation en 1990 décrit tout le contraire de cette justice distributive. Les plus pauvres se trouvaient relégués dans des espaces finalement peu soignants tandis que les plus aisés bénéficiaient des soins, de thérapies plus ou moins articulés avec leurs milieux quotidiens. En psychiatrie, la justice distributive ne fonctionnait pas du tout.

Il était alors possible d'opérer des corrections à l'intérieur du système de justice distributive. Il était possible de réaliser une analyse critique des besoins de l'ensemble de la population, notamment ceux dont les ressources sont les plus faibles ou les plus fragiles et d'adapter les droits créances, en l'occurrence les services de soins. Ce qui apparaissait assez évident pour ceux qui étaient impliqués dans les alternatives était qu'il fallait disposer de ressources plus diversifiées qu'un hôpital psychiatrique de manière à enrichir les expériences possibles, à entretenir des contacts, à permettre une expression de la vie qui ne soit pas enrayée par la maladie, à être porteur sur des ressources plus faibles en matière d'éducation et de formation, etc.

La réforme en 1990 lançait un signe à travers les habitations protégées, il y avait là une expérience d'habitat nouvelle qui offrait de nombreuses connections avec la vie quotidienne dans les quartiers. Mais finalement, le processus s'est arrêté là. Des structures auraient pu jouer un rôle majeur dans le processus d'équité horizontale, de redistribution selon les besoins d'une population qui n'est manifestement pas homogène : notamment les Service de Santé Mentale et les Centre de Réadaptation Fonctionnelle. Mais très peu de choses ont évolué. La justice distributive fonctionne toujours avec l'hôpital psychiatrique comme captateur majeur des ressources financières et distributeur dominant de services. Cela ruine le processus de justice distributive. Au cours de ces 25 ans de réforme, nous voyons réapparaître régulièrement des études qui disent ces inégalités sociales. J'en mentionne juste une, celles de Mutualités Chrétiennes auprès de leurs affiliés en 2008 : *« 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*

⁸ Verhaegen L., *Perspectives de la politique bruxelloise de santé mentale*, Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale, 1991.

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 faible ont un risque de près de 60 % plus élevé par rapport à la population de référence (ensemble des affiliés).⁹ »

Cela peut être décourageant pour ceux qui portaient l'égalité comme une question majeure de justice sociale. D'autant plus décourageant que le système de justice sociale distributive s'est tellement institutionnalisé de façon bureaucratique que des groupements citoyens ne parviennent plus à y être entendu.

LA PERSPECTIVE DU COMMUN

Je vais vous raconter une histoire qui permet de penser différemment la question de l'égalité. C'est une histoire de semences¹⁰. Pour être commercialisées et multipliées, les semences doivent être inscrites dans un Catalogue des variétés. Pour figurer dans ce livre officiel, les variétés doivent évidemment répondre à des critères strictement contrôlés. Les variétés doivent être clairement distinctes les unes des autres, elles doivent être stables et homogènes pour ne pas devenir panais quand elles sont carottes, ou préférer le soleil et un sol acide alors qu'une semence de la même variété pencherait pour un autre milieu. La rationalité de ces critères se comprend aisément : grâce à l'homogénéité spécifique à chaque semence, le cultivateur pourra mieux prédire le résultat qu'il obtiendra de sa culture et le rendement de la superficie cultivée pourra être augmenté.

Mais il existe des agriculteurs qui défendent des semences paysannes qui, elles, ne se trouvent pas dans ce Catalogue des variétés. Ils contestent donc les critères d'inclusion dans cette liste officielle. Ils le font au nom d'une autre agriculture, biologique, qui à l'inverse des cultures industrielles a besoin d'une certaine variabilité des semences pour s'adapter aux écosystèmes locaux et résister aux éléments pathogènes qui s'y trouvent. Ils veulent dès lors modifier les règles qui permettent l'utilisation et le partage des semences. Ils souhaitent inclure les semences paysannes dans le catalogue officiel. Et ils veulent aussi que l'ensemble des semences soit accessible et utilisable par tous ceux qui le souhaitent.

Des groupements paysans qui défendent cette option disent qu'ils se battent pour « un commun ». Ils cherchent à instituer des règles qui ouvrent à un usage en commun des ressources. Cette perspective a ouvert un conflit politique intense et passionné. Si certaines semences sont exclues du catalogue des variétés et, dès lors, de leur commercialisation, ça tient aussi aux rapports de pouvoir dans lesquels s'impliquent des multinationales qui cherchent à obtenir une exclusivité sur des semences dont elles deviennent propriétaires. Les promoteurs des semences paysannes luttent contre ces appropriations. La controverse politique devient ainsi très vivante car ils ne se battent pas que pour des graines, mais pour la liberté d'être des

⁹ 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

¹⁰ Pour un développement plus détaillé de l'approche des communs ainsi que des références voir Absil M., *Constituer un commun : singularité, vulnérabilité, soin*, Centre Franco Basaglia, mars 2014 et Croufer O., *Commun et justice distributive*, Centre Franco Basaglia, décembre 2014. Téléchargeable sur www.psychiatries.be

agriculteurs à leur façon, soucieux de leur environnement, des rapports de l'homme à la nature.

Ce qui fait réfléchir, c'est cette notion de « commun ». L'importance d'un commun se situe au-delà de la simple utilisation des ressources ou du partage des ressources. Ces agriculteurs ajoutent toute une série de questions supplémentaires. Ils expliquent que des communs ne sont pas d'emblée des « biens communs », les graines par exemple. Pour eux, il n'existe pas des choses qui seraient – par nature – des choses que les humains devraient considérer comme des biens communs. Ils donnent plusieurs exemples. Quand l'eau est présentée comme un bien commun, c'est parce que des acteurs agissent ensemble pour la définir comme telle, de façon à ce qu'elle reste disponible à tous ceux qui en ont besoin, aujourd'hui comme demain. Le pétrole, aujourd'hui approprié par des multinationales, pourrait devenir bien commun si les hommes se mettent ensemble pour agir en ce sens. Si l'air devient aujourd'hui un bien commun, c'est que des acteurs soucieux de diminuer les émissions de CO2 défendent cette ressource pour que nous l'entretiennent en commun afin de préserver la vie sur terre.

Le commun n'est donc pas quelque chose que nous trouvons tel quel dans la nature. Dans leur langage militant, ces agriculteurs disent que le commun est une praxis politique, une action, une manière d'agir qui va organiser le vivre-ensemble en formulant ce qui devrait faire l'objet d'un usage en commun, l'eau, des semences, un parc immobilier, des institutions de santé mentale, des coopératives agro-alimentaires. Nous pouvons imaginer mille communs différents !

Sur ce point, je trouve qu'il y a une vraie différence, ou peut-être un complément, avec les approches de la justice qui portent uniquement sur une distribution des ressources. La porte reste ouverte pour permettre à tous de décider ce qui doit être institué comme commun. Ça fait un peu courant d'air, avec des turbulences sociales, mais ça donne du souffle. Cette aération permet de se parler, de tenter de se comprendre, de débattre sur les ressources, les biens, les services ou les choses qui feraient l'objet d'un usage, d'un entretien, d'une préoccupation en commun.

Si nous retournons vers la réforme, je crois que ses dernières phases, et notamment celles que l'on appelle réforme 107 ont tenté de poser des pratiques qui s'ouvrent pour une part vers un commun :

- Il y a la question du « **quoi ?** » : qu'est-ce qui fait que nous nous retrouvons à collaborer ensemble. Ce n'est plus uniquement le soin, qui s'est d'ailleurs ouvert à « qu'est-ce qui peut faire soin ? ». Ce n'est même plus uniquement la santé, puisque nous nous demandons s'il est possible de se faire des amis, de participer à la vie associative ou économique, comment habiter, ... Ce qui fait l'objet du commun est donc soumis à discussion collective qui – c'est un bon signe – peut être tendue.

- Il y a la question du « **avec qui ?** » : depuis les plates-formes instituées en 1990, le « avec qui ? » a nettement bougé. Nous n'en sommes plus à l'introduction des services conventionnés

INAMI qui avaient été oubliés dans la première mouture des partenaires des plates-formes. Dans un réseau 107, tout le monde peut potentiellement s'y retrouver. Un des aspects majeurs du « avec qui » est naturellement la participation des usagers et des proches à cette dynamique. On voit bien que l'on avance et en même temps que nous sommes très loin d'une reconnaissance de l'apport de ces groupes, de ces clubs, de ces associations, de ces fédérations. Il n'y a aujourd'hui aucun cadre législatif qui agrée et subsidie durablement les associations d'usagers en santé mentale. Ces associations restent dans le précaire, le projet-pilote, le vaille que vaille. Sur le plan politique, ils relèvent de l'accessoire, du dérisoire, de l'alibi.

- Reste la question du **droit d'usage**, c'est-à-dire de faire participer les acteurs d'un commun à l'usage et l'affectation des ressources. Là, c'est clair que nous n'avons pas vraiment avancé, si ce n'est que les plates-formes puis les réseaux 107 se sont constitués à partir de territoires, ce qui est un vecteur vers un commun car le territoire est l'occasion de rassembler tant les ressources que les acteurs en référence aux besoins d'une population. Encore faut-il que ces territoires soient adéquats aux bassins de vie et à l'utilisation des services par les participants, ce qui est loin d'être évident dans les découpages actuels. Quant au partage des ressources financières, rien. Les participants ne décident rien en commun. Chacun gère ses ressources de façon privée, que l'on soit par ailleurs une institution privée ou publique.

PERSPECTIVES

LIBERTÉ. Au cours de ces 25 ans, nous avons avancé vers la promotion d'une liberté qui tend à attribuer aux individus une capacité à faire ses choix parmi des propositions. Ce n'est pas rien en matière de problèmes psychiatriques. Cette conception de la liberté n'est pas simplement libertarienne, abandonnant autant que possible la liberté au niveau de l'individu. Trop schématiquement libertarienne, la liberté serait assez boiteuse en psychiatrie qui s'intéresse précisément aux personnes pour lesquelles trouver seules le sens pratique de la vie est une souffrance. Au cours de ces 25 ans de réforme, la liberté est dès lors engagée dans une voie plus réflexive en accompagnant les personnes par de l'information et des échanges qui invitent à réfléchir sur les opportunités d'un réseau qui peut faire soin. Cette liberté réflexive est à poursuivre en permettant que la vie ne soit pas sans cesse rencontrée par fragment, lors d'une crise par exemple, et qu'elle puisse se déployer dans des collectifs qui la nourrissent.

Les prochains pas pourraient être faits en direction d'une liberté plus sociale, plus ancrée dans les contextes à la fois singuliers et collectifs de la vie quotidienne. Ceux-ci sont la terre sur laquelle se vit et s'expérimente la liberté. Pour cette expérience de la liberté, nous avons besoin d'institutions. Il faudrait renforcer de façon majeure les institutions qui s'attachent au quotidien de cette liberté. Notamment les Services de santé mentale, les Centres de Réhabilitation Psychosociale.

ÉGALITÉ. Nous ne pouvons plus uniquement avancer grâce à la justice distributive. Certes, l'axe de redistribution horizontale pourrait être fondamentalement redéployé en

réorientant les services de manière à mieux répondre aux besoins des personnes les plus faibles qui demandent des soutiens plus importants et plus diversifiés dans leurs milieux quotidiens. Mais enseveli dans l'immense machinerie de la sécurité sociale, cet axe de redistribution horizontale risque de manquer de souffle. L'égalité gagne à être revitalisée autrement. La construction de communs en est une occasion. Cela commencerait par une définition de territoires pertinents qui permettraient aux acteurs locaux de développer et mettre en œuvre une politique commune. Des territoires d'une bonne dimension de proximité qui permettrait d'impliquer les acteurs sur ce qui fait vraiment la vie et les problèmes quotidiens des personnes psychiatisées. Des communs avec un renforcement de la participation des usagers et des proches car c'est évidemment avec eux que se déploient les questions cruciales d'égalité.

Et enfin, des communs où les acteurs pourraient exercer un droit d'usage des ressources. Les communs doivent aussi être un pot commun. Il faudrait instituer des forfaits par territoire, un montant financier dont les participants au commun pourraient faire usage dans la mise en œuvre de leurs politiques. Ce forfait territorial implique une redistribution de l'allocation des ressources actuelles. C'est-à-dire un transfert des moyens financiers des hôpitaux psychiatriques vers ce pot commun. C'était déjà une proposition que nous portions il y a 25 ans pour ne pas que se reproduisent les inégalités de générations et générations.