

Les élus locaux
face à la souffrance
psychosociale :
de la sollicitude
au politique

SÉMINAIRE DIV/ONSMP-ORSPERE

Les élus locaux
face à la souffrance
psychosociale :
de la sollicitude
au politique

SÉMINAIRE DIV/ONSMP-ORSPERE

REMERCIEMENTS

A tous les élu(e)s du séminaire qui se sont engagé(e)s avec cœur et rigueur,
A Catherine Richard, chargée de mission santé, département Cohésion sociale,
Délégation Interministérielle à la Ville,
A Valérie Battache, pour le travail de lien et de retranscription,
A Pauline Rhenter qui a contribué à une nouvelle rédaction du rapport

Jean Furtos
Psychiatre
Directeur scientifique de l'ONSMP-ORSPERE

Fernando Bertolotto
Sociologue
spécialisé en santé publique

Groupe organisateur

Martial Passi, Maire de Givors

Laurent El Ghozi, Maire-Adjoint, Nanterre

Catherine Richard, Chargée de mission santé, DIV

Christian Laval, Sociologue, ONSMP-ORSPERE

Fernando Bertolotto, Sociologue spécialisé en santé publique, consultant indépendant

Jean Furtos, Psychiatre, Directeur scientifique de l'ONSMP-ORSPERE

“Noyau dur” du séminaire :

Christiane Bernardin, Conseillère Générale, Tassin

Laurent El Ghozi, Adjoint à la santé, à la prévention et aux personnes handicapées, Nanterre

Marina Girod de l’Ain, Adjointe à la santé, Grenoble

Angélika Golembiowski, Conseillère Municipale, Montagny

Sylvie Guillaume, Adjointe à la santé, Lyon

Monique Perellon, Adjointe aux affaires sociales et à la solidarité, Bron

Bruno Philippe, Adjoint à l'action sociale, à la santé et à la prévention, Sceaux

Daniel Prévost, Adjoint à la santé, aux personnes âgées, à la famille et à l'état civil, Roubaix

Clotilde Tascon-Mennetrier, Adjointe à la santé, Rennes

Michèle Vullien, Maire, Dardilly

Ont participé également au séminaire :

Laurence Bourgeois-Genet, 3^{ème} Adjointe au Maire, Château Thierry

Nicole Briard, Adjointe à la solidarité et l'insertion, Cherbourg.

Henri Metzger, Délégué à la politique de la ville, Mulhouse

Martial Passi, Maire de Givors

André Secondi, Médecin du travail, représentant le député-maire d'Ajaccio

Sur la méthode :

Ce texte a voulu laisser la place à une parole des élu(e)s qui ne parlent pas pour ne rien dire. Nous avons laissé aux extraits leur style oral.

Les rédacteurs ont conservé l'anonymat des participants du séminaire quant aux citations, sauf contribution personnelle écrite de tel(le) ou tel(le) élu(e).

Il va de soi que les partenaires des élu(e)s, administration de l'Etat ou psychiatrie publique de secteur, pourront regretter l'absence de débat contradictoire. Mais c'était la loi du genre : un séminaire réservé aux points de vue et à l'analyse d'élu(e)s, le plus souvent maire-adjoint à la santé.

Les conclusions de ce rapport visent à légitimer un champ de pratiques effectives et ouvrent un travail à peine amorcé

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| Introduction et généalogie du séminaire | 8 |
| Partie I - L'interpellation des élus locaux | 11 |
| 1 - La détresse psycho-sociale | 13 |
| 1.1 Des situations individuelles aux situations collectives | 13 |
| a - L'incurie | 13 |
| b - La souffrance au guichet | 14 |
| c - Les souffrances collectives | 15 |
| 1.2 Lorsque l'espace public est saturé par la souffrance psycho-sociale | 18 |
| a - Les espaces publics d'expression | 18 |
| b - L'espace public : l'exemple des SDF | 20 |
| 2- L'urgence | 21 |
| 2.1 L'hospitalisation d'office (HO) | 21 |
| a - Le pouvoir exceptionnel de l' élu en matière d'hospitalisation d'office | 21 |
| b - La demande d'hospitalisation d'office, un indice de l'état de la santé mentale | 23 |
| 2.2 La gestion des situations de crise | 24 |
| a - La polyvalence de l' élu local | 24 |
| b - Les situations limites | 25 |
| Partie II - Les figures de l' élu en action | 27 |
| 1 - Les ressources des élus | 28 |
| 1.1 Les ressources personnelles | 29 |
| a - Ethique personnelle, militantisme et charge électorale | 29 |
| b - Les variables sociographiques | 30 |
| c - La variété des conditions d'exercice des hospitalisations d'office | 34 |
| 1.2 Un déficit de formation et d'information des élus | 35 |
| a - La méconnaissance de l'état des populations | 35 |
| b - Entre engagement personnel et responsabilités formelles : le cas spécifique des hospitalisations d'office | 38 |
| 2 - Les limites de l'intervention institutionnelle : un élu fragilisé | 40 |
| 2.1 La fragilité du cadre de référence institutionnel des élus | 40 |
| a - L'absence de cohérence des politiques sociales et l'inadaptation des cadres d'accueil de la détresse psychosociale | 40 |

| | |
|---|----|
| b - Rapports de pouvoir et insuffisance des stratégies transversales. La production locale de haine. | 43 |
| 2.2 Inégalités sociales, inégalités territoriales et santé mentale | 46 |
| a - Les ressources des communes | 46 |
| b - La taille des communes | 48 |

Partie III - La santé mentale, un objet légitime des politiques locales **51**

1 - La légitimité de l' élu à agir **52**

| | |
|--|----|
| 1.1 La légitimation politique de la plainte : "Etre père et maire à la fois" | 52 |
| a - La plainte, signe d'une souffrance objective et subjective | 52 |
| b - Interpréter et publiciser la plainte | 54 |

| | |
|---|----|
| 1.2 Une légitimité légale : le pouvoir d'enfermer | 56 |
| a - Entre débrouille compassionnelle et expertise politico-technique, les enjeux de l'exercice du pouvoir d'enfermer de l' élu | 56 |
| b - La prévention au risque de l' atteinte aux libertés individuelles | 58 |

2 - Une position stratégique **63**

| | |
|--|----|
| 2.1 L' indétermination, règle et levier de l' action locale | 56 |
| a - L' élu à l' interface entre les champs de compétence sanitaire, sécuritaire et sociale | 56 |
| b - Une action en termes de prévention secondaire et tertiaire | 59 |
| 2.2 Une stratégie en terme de santé publique | 61 |
| a - Santé mentale et gouvernance | 61 |
| b - L' élu local, une fonction de régulation | 63 |

Conclusions **75**

| | |
|---------|----|
| Annexes | 81 |
|---------|----|

| | |
|-------------------------|----|
| Annexe 1 - Méthodologie | 82 |
|-------------------------|----|

| | |
|--|----|
| Annexe 2 - Le syndrome d' auto-exclusion | 84 |
|--|----|

| | |
|-----------------------------------|----|
| Annexe 3 - Perspectives Concrètes | 90 |
|-----------------------------------|----|

Bibliographie **92**

Introduction et généalogie du séminaire

La santé mentale, au sens plein de ce terme, a une incidence directe sur le bien vivre ensemble, qui légitime la préoccupation active des élus en ce domaine. Considérer la capacité de bien vivre ensemble, à travers ses alternances de conflits et de paix, constitue une approche de santé mentale qui inclut et dépasse les pathologies psychiatriques. Cette capacité est facilitée par des régulations de nature politique. C'est à ce titre que les élu(e)s locaux exercent une intervention légitime en ce domaine. Telle est l'idée directrice de ce rapport. Le rapport Strohl-Lazarus (1995)¹ s'était doté d'un titre percutant : "Une souffrance qu'on ne peut plus cacher"; il a constitué le point de départ de la reconnaissance d'une souffrance psychique d'origine sociale singulièrement complexe, à l'origine d'une demande nouvelle, se manifestant au sein des dispositifs de proximité. Dans ce contexte, les dispositifs des multiples interventions sociales sont certainement interpellés en première ligne, associés ou non avec les secteurs de psychiatrie publique ; mais il semble que l'on méconnaisse souvent le rôle des élu(e)s locaux en terme de présence et d'action.

Bien que la souffrance psychosociale soit surtout considérée lorsqu'elle entrave la vie dans la cité, elle constitue depuis quelques années l'un des volets des politiques de lutte contre les exclusions, notamment celles consacrées spécifiquement à la santé des plus démunis (PRAPS²), à l'insertion ou via la politique de la ville. Elle apparaît comme un "marqueur spécifique" de la précarité sociale (Haut Comité de la Santé Publique³). Les travaux de l'ONSMP-ORSPERE (1999)⁴ ont conduit à authentifier une clinique psychosociale définie comme la prise en compte de la souffrance psychique sur les lieux du social, donc par des "non psy" ; ce qui exige de modifier leurs pratiques sans changer pour autant de métier et de s'ouvrir au travail en réseau, qui n'est ni un mot incantatoire ni un simple carnet d'adresses. Cette souffrance psychique, individuellement vécue par un grand nombre de personnes, apparaît de fait comme un problème collectif ; elle est en effet corrélée aux phénomènes sociaux tels que le chômage ou l'exclusion, mais aussi aux sentiments douloureux d'un changement sociétal qui fait douter de l'avenir et surtout des capacités des décideurs comme de soi-même à y faire face. La non maîtrise d'un avenir inconnu et menaçant facilite cette souffrance qualifiée de "psychosociale", dont certaines formes restent bénignes tandis que d'autres deviennent invalidantes.

Les séminaires DIV/RESSCOM menés en 2000-2001⁵ ont répondu au besoin ressenti par un certain nombre de chercheurs, d'acteurs et de cliniciens du champ de la santé mentale de faire le point sur les principales avancées en matière de prévention et de promotion de la santé mentale au regard des problèmes qui se posent aujourd'hui pour une fraction des habitants des villes (dépression, mal-être et mal-vivre, violences). Les contributions et les discussions ont fait l'objet, dans un premier temps, de comptes-rendus et d'un bulletin synthétique⁶, reprenant les différentes approches et modalités d'action développées ces dernières années, qu'il s'agisse d'actions proposées par des professionnels de la psychiatrie

1 - Rapport Strohl-Lazarus, " Une souffrance que l'on ne peut plus cacher ", rapport du groupe de travail " Ville, Santé mentale, précarité et exclusion sociale ", DIV/DIRMI, 1995.

2 - PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins.

3 - Rapport du HAUT COMITE DE SANTE PUBLIQUE : " La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé ", fév. 1998.

4 - Cf. Rapport " Points de vue et rôles des acteurs de la clinique psychosociale ", résultat de deux recherches-actions, ORSPERE-FNARS, décembre 1999. Cf. également, Furtos J., " Epistémologie de la clinique psychosociale : la scène sociale et la place des psy ", in Pratiques en Santé Mentale, 2000, n°1.

5 - On peut accéder aux comptes-rendus des séances du séminaire DIV/RESSCOM : " Villes, violences et santé mentale " sur les sites Internet suivants : www.resscom.org ou www.ville.gouv.fr

6 - RESSCOM, DIV, Séminaire Ville, violences et santé mentale, Bulletin n°1, avril 2001.

publique, de politiques locales, ou sous la forme d'un travail associatif ou communautaire. Dans un second temps, ces travaux ont été approfondis dans le cadre de l'ouvrage collectif réalisé sous la direction de Michel Joubert, "Villes, violences et santé mentale"⁷.

Le séminaire national de recherche clinique organisé par l'ONSMP-ORSPERE en 2001, centré sur la thématique "La souffrance psychique dans l'espace public : une question politique ?", a permis de confirmer que les élus, et plus particulièrement les élus de proximité, sont interpellés et affectés par cette souffrance psychosociale qui côtoie de près ou de loin les violences, désespoirs et folies du sujet, des institutions ou de la société ; le séminaire a en outre permis de constater l'importance du rôle des élus dans cet espace. C'est ainsi que l'ouvrage "La santé mentale en actes"⁸(2005) présente deux contributions d'élus : celles de Martial Passi et de Laurent El Ghozi.

De par la spécificité de leur mandat, les élus locaux sont confrontés aux effets de la modernité sur la santé mentale des individus, directement ou indirectement : au sein de leurs permanences, dans la gestion de l'espace et des services publics, dans leurs interventions publiques et dans la définition de leurs stratégies et choix politiques.

Situés à l'interface des dispositifs de gestion sociale, l'élu(e) local se heurte fréquemment aux conséquences concrètes d'une société de plus en plus marquée par la crise des systèmes de représentation politique ainsi que par les défaillances des mécanismes d'affiliation sociale.

Les nombreux travaux visant une meilleure appréhension de la "nouvelle pauvreté" et de la précarité, engagés depuis les années quatre-vingt, appellent aujourd'hui à clarifier voire à redéfinir la place des différents acteurs engagés dans la prise en compte de la souffrance psychosociale, et notamment celle des élu(e)s locaux. L'ambition est de mieux situer leurs interventions, tant au niveau des politiques municipales qu'au niveau personnel. L'Etat, par la voix de la Délégation Interministérielle à la Ville (DIV), a chargé l'ONSMP-ORSPERE de mettre en place un séminaire de recherche sur ce sujet.

La question de la souffrance psychosociale révèle les enjeux politiques et humains de sa prise en compte :

- Un enjeu de **légitimité** lié à la spécificité du mandat local : comment asseoir la légitimité de l'élu(e) compte tenu des écarts irréductibles entre le "penser global" et "l'agir local" ?
- Un enjeu **démocratique** : comment garantir aux plus démunis l'accès à des services et à des moyens susceptibles d'assurer le respect des droits fondamentaux des personnes (logement, soins, alimentation, sécurité...), dans un contexte de restrictions budgétaires et de "rationalisations" comptables de l'orientation des politiques sociales ?
- Un enjeu **symbolique** : doit-il et peut-il, en tant qu'élus, assumer "d'être le maire et le père à la fois"⁹d'une collectivité d'individus dont la santé mentale est menacée par la fragilisa-

7 - Michel Joubert (dir.), Santé mentale, ville et violence, Eres, 2003.

8 - Sous la direction de J. Furtos, et Ch. Laval, Eres, 4^e trimestre 2005. Le sous-titre de cet ouvrage est explicite : de la clinique au politique.

9 - Expression d'un élu de Seine Saint-Denis, choqué par l'impossibilité de dialoguer avec des jeunes en violence et leurs parents pour trouver des solutions "responsables" et "négociées".

tion des étayages traditionnels ou modernes du groupe, l'évitement du conflit¹⁰, le délitement des mécanismes d'affiliation et de socialisation républicains (famille, école, travail) ?

- Un enjeu **humain** : comment trouver l'équilibre entre l'engagement personnel indispensable à l'action politique de proximité, la fonction légitime de l' élu local, et les règles qui contraignent son action ?
- Un enjeu de **santé publique** : comment, dans le nouveau contexte de territorialisation des politiques publiques au niveau régional ou intercommunal, situer le niveau communal d'intervention sur une thématique aussi transversale que la santé mentale des citoyens, compte tenu de la diversité des moyens d'une ville à l'autre¹¹ ?

Cinq objectifs opérationnels ont été assignés au séminaire :

- 1) Dégager les éléments susceptibles de mieux faire connaître et reconnaître le rôle et la responsabilité des élus locaux dans la prise en compte de la souffrance psychosociale de ses administrés,
- 2) Interroger la légitimité et les limites d'une prise en compte locale des problématiques de santé mentale,
- 3) Valider et finaliser le travail de formulation de la problématique avec le concours et à partir de l'expérience concrète des élus locaux,
- 4) Dégager les enseignements et les orientations susceptibles de contribuer à l'optimisation des politiques publiques concourant à la santé mentale des populations, notamment celles en situation de précarité,
- 5) Interroger le rôle et la place des secteurs de psychiatrie dans l'attention portée à la santé mentale.

10 - Cf. notamment la contribution de René Roussillon " Nécessité de la conflictualité et complexité ", in bulletin Rhizome n°12, ORSPERE, juillet 2003.

11 - Les moyens d'une commune à l'autre apparaissent très inégaux (mais loin d'être inexistantes et/ou inadaptés si l'on analyse la réalité du champ ainsi que les capacités de réponse des dispositifs experts (Fernando Bertolotto, " 20 ans d'expérience locale en santé publique : quelle contribution pour le débat psychiatrie/santé mentale ?", Rhizome, n°9, ORSPERE, septembre 2002.

Partie I

L'interpellation des élus locaux

Partie I

L'interpellation des élus locaux

“Les élus locaux dans la nouvelle donne de la santé mentale” : la complexité du sujet se révèle clairement lorsque l'on considère les différents modes et cadres dans lesquels se manifestent ces problèmes. La participation des élus locaux à la gestion des situations de crise psychique, qu'elles relèvent de l'ordre psychiatrique ou d'une détresse de nature psychosociale, semble croissante.

Les témoignages des élus ont conforté l'idée d'une “nouvelle donne” : le mode d'interpellation des élus municipaux sur le registre de la santé mentale a considérablement évolué et, comme les intervenants professionnels de “première ligne”, ils sont directement confrontés à la “gestion” de la maladie mentale comme à celle des multiples formes de la souffrance psychosociale.

Le caractère souvent atypique des problèmes à traiter entrave généralement l'appréhension adéquate de situations ne relevant clairement ni de l'ordre public ni de l'ordre psychiatrique, mais plutôt d'un désordre social lié aux nouveaux modes d'organisation économique et sociale. Cette spécificité bouleverse les capacités d'adaptation des publics, déséquilibrant psychologiquement, parfois gravement, les plus fragiles, et rendant l'action publique souvent inefficace, ou en tout cas extrêmement difficile.

Elu 6 - Les élus locaux sont souvent le dernier recours... on peut se demander cependant pourquoi on est au bout de l'échec de toutes les structures, de toutes les institutions ?... quand la mission locale est en panne, qui elle va voir ? L'élu !... quand la police est plantée, qui elle va voir ? le ministre ou l'élu(e) ! et les gens aussi, je trouve qu'il y en a de plus en plus qui viennent directement nous voir !..

Elu 11 - Il y a quand même de plus en plus de recours à l'élu(e)... on le voit tous dans nos permanences de quartiers...

Elu 5 - On n'intervient pas tous d'emblée... on arrive en recours derrière pour reprendre les choses avec les professionnels qui nous disent : vous avez fait quoi ? Pourquoi ça ne marche pas ?

Situés à l'intersection des dispositifs sanitaires, sociaux et sécuritaires de proximité, le maire et par délégation ses adjoints, sont de plus en plus souvent amenés à intervenir dans le domaine de la santé mentale, notamment par le biais de l'hospitalisation sous contrainte qu'ils sont les seuls à pouvoir ordonner avec le Préfet (et le commissaire divisionnaire de référence pour la ville de Paris) sur le territoire de leur commune.

Les problèmes de santé mentale auxquels sont confrontés les élus locaux recouvrant des formes extrêmement variables, nous avons retenu deux motifs généraux d'interpellation de l'autorité municipale : la détresse psychosociale et les urgences en termes de maladie mentale.

1 - LA DETRESSE PSYCHO-SOCIALE

La détresse psychosociale est une forme de souffrance qui s'adresse particulièrement à l'intervenant de première ligne.

Afin de restituer les divers enjeux mis à jour par l'interpellation croissante des élus locaux par les citoyens, nous présentons des cas précis sous la forme de "vignettes". Les registres d'interpellation des élus locaux peuvent ainsi être classés en deux catégories: les situations individuelles, et les situations collectives.

1.1 - Des situations individuelles aux situations collectives

a - L'incurie

Manque de soin, négligences, laisser-aller, accumulations d'objets et de déchets au domicile, effondrement psychique du sujet..., l'incurie est apparue comme l'une des figures au travers desquelles la maladie mentale comme la précarité viennent se révéler à l'institution municipale en dehors des cadres d'expression habituels, au détour d'une intervention non nécessairement sanitaire, souvent en rapport avec une plainte de voisinage, et qui se manifeste dans l'espace de vie intime du sujet.

D'un point de vue clinique, les cas d'incurie abordés dans la discussion confirment la difficulté d'appréhension de ce symptôme qui dessine aujourd'hui une figure typique d'abandon de soi dans le quotidien. Deux formes principales peuvent être distinguées :

- celle où les personnes, malgré des modes de vie marqués par la pathologie, assurent encore un certain "travail de décontamination" entre les déchets (au sens propre) à jeter et ce qui est à conserver, ce qui leur permet de continuer à vivre dans leur lieu d'habitation. Dans ce cas, tant que les intérêts vitaux de la personne comme ceux de la collectivité ne sont pas clairement menacés, l'intervention institutionnelle ne se pose pas comme une contrainte ;
- celle où les personnes sont dans un état de vulnérabilité psychique avancée qui ne leur permet plus de réaliser le travail de décontamination indispensable à la protection de la vie, et dont les principaux symptômes, ceux qui signent précisément la gravité de la situation, sont justement l'absence de demande, la difficulté de l'interaction avec leur environnement, l'accumulation d'objets et de déchets organiques et corporels. Dans ces cas, l'intervention sans consentement peut s'imposer, ne serait-ce qu'au nom de l'obligation d'assistance à personne en danger.

L'incurie apparaît corrélative de la rupture (auto-entretenu) des liens avec l'entourage amical, familial et de voisinage ; elle débouche fréquemment sur une solitude vécue, dans la rue ou dans le lieu d'habitation, ce qui contrarie l'accès aux soins et favorise les réponses en urgence (urgence sociale, médicale, administrative).

Le cas d'une vieille femme dont on découvrira l'état de détérioration à l'occasion d'une intervention visant à réparer une fuite d'eau, apparaît comme un exemple relativement typique de convocation des élus locaux dans le champ de la santé mentale. Dans ce cas, en effet, c'est l' élu qui a été appelé en dernier recours pour trouver une solution.

Vignette 1 - L'incurie de la vieille dame

Elu 14 - ... Je voudrais proposer une situation qui s'est passé hier après-midi, où il était difficile de savoir quoi faire en tant qu'élu :

Il s'agit d'une personne qui vit seule. Elle a 71 ans, sans famille si ce n'est un fils clochard qui passe de temps en temps plus pour la dépouiller que pour autre chose... elle est logée par l'office d'HLM. On a été prévenus par les voisins pour des fuites d'eau importantes, et lorsque les pompiers arrivent, ils trouvent les robinets ouverts, mais elle ne savait pas qui les avait ouverts ;... chose importante, quand les pompiers ont ouvert la porte, ils ont vu que qu'elle vivait dans ses excréments, dans des tonnes de sacs, de cartons, de vêtements (car elle va toutes les semaines au vestiaire Croix-Rouge chercher des vêtements, plus qu'il n'en faut !, si encore, c'était pour jeter les précédents parce qu'elle ne les lavait pas, ça pourrait encore aller !) ; des problèmes d'alcool, des troubles du raisonnement... mais cette dame sort pratiquement tous les jours de chez elle, elle a une démarche titubante qui peut être mise sur son côté physique et pas simplement sur le plan alcoolique... je ne sais pas comment elle se lave car, quand on la rencontre dans la rue, ça ne se voit pas trop... j'avais été prévenu par les pompiers et par l'office d'HLM... je passais dans le quartier et je suis allé voir ce qui se passait... On arrive à accéder uniquement à une partie de la salle de séjour ; dans les deux chambres, on ne peut plus passer... ce n'est pas dans des sacs, c'est en vrac, avec en plus des problèmes d'excréments partout...

Il n'y aurait pas eu ces grosses fuites d'eau à répétition, les voisins auraient continué à la supporter..., et rien n'aurait filtré.

Elu 15 - Les aides à domicile du service de gérontologie n'avaient jamais alerté personne ?

Elu 14 - Il n'y avait pas d'intervention à domicile puisqu'elle se déplaçait.

Elu 6 - C'est une vraie question. Il y a à recueillir l'avis du social, du psychiatrique, du gérontologique, mais à partir du moment où l'élu(e) sait, il ne peut pas faire comme s'il ne savait pas.

Elu 14 - Le médecin généraliste qui la suit dit : " je n'ai aucune raison d'aller la voir ! ... ça fait huit mois que je ne l'ai pas vu... ".

Elu 1 - C'est toute la difficulté de la chaîne des intervenants : que la chaîne fonctionne...

Elu 5 - On arrive en recours derrière, pour reprendre les choses :
"vous, vous avez fait quoi ? Pourquoi ça ne marche pas ? Et vous ?"

b - La souffrance au guichet

Le cas d'un couple algérien révèle les questions que se pose l'élu(e) local amené à intervenir directement dans le processus de prise en charge des personnes qui manifestent leur souffrance psychologique aux guichets des services municipaux, et aussi la complexité des circuits activés à partir d'une telle situation. La description des conditions de gestion de la problématique au guichet met en évidence une nouvelle facette de l'intervention de l'élu(e) dans son rôle d'encadrement des services chargés de la gestion de ce type de publics.

Vignette 2 - Le couple algérien

Elu 1 - *Il s'agit d'une dame qui venait régulièrement à la mairie, à l'accueil, se plaindre des violences subies de son mari... elle a des triplés, elle voulait repartir chez elle, en Algérie, mais son mari ne voulait pas.... Elle se mettait en position d'apitoyer la personne de l'accueil qui l'écoutait et prenait parti pour sa cause... après, j'ai fait une relecture avec la personne qui l'a reçue, pour lui rappeler qu'à l'accueil on ne doit pas rentrer en discussion avec quelqu'un qui vient vous exposer son problème... on doit tout de suite lui donner RDV avec le travailleur social.*

Le récit de l'Elu 1 met également à jour la trame de la prise en charge sociale locale qui se complexifie au fur et à mesure que l'on "avance" dans le système.

Vignette 2 - Le couple algérien (suite)

Elu 1 -...*Il faut dire aussi qu'une dame nous avait déjà alertés en nous disant que cette jeune femme ne sortait jamais car elle avait des triplés, et qu'elle essayait de la faire rentrer dans une association de couture ou de gym pour la sortir... on a là une première alerte, on savait qu'il y avait quelqu'un qu'il fallait aider... Pendant qu'on essaie de se renseigner, cette femme vient nous voir... elle avait une femme de ménage envoyée par une association sur préconisation du Conseil Général...*

c - Les souffrances collectives

Le cas des inquiétudes générées par l'installation d'antennes de radiotéléphones dans la ville de l'Elu 3 a permis d'évoquer une zone d'intervention des élus relativement nouvelle, en correspondance avec les difficultés croissantes de la société à accepter l'incertitude en matière de santé, et à en assumer les risques éventuels tout en ayant tout de même des informations à disposition.

Vignette 3 - Les antennes radiotéléphoniques

Elu 3 - *Ces derniers temps il y a eu une illustration assez rigolote de plaintes qui, à mon avis, pose un problème, c'est la question des effets des stations de base de téléphonie mobile. ...Je pense que c'est plus compliqué que simplement répondre en se défaussant, ça fait appel au nouveau principe de précaution, et d'organisation. A Ville Elu 3, on a une charte avec les opérateurs, d'abord pour savoir où ils plantent leurs antennes, on a des services qui ont épluché des montages de textes.*

Il y a eu tout un tas de plaintes vis-à-vis de l'implantation sur les toits publics de la ville qui arrivent et qui sont traitées..., sans problème particulier, parce que l'on a des mesures, on vérifie, et l'on sent bien que l'on est passé à une autre phase, qui n'est plus seulement une phase de traitement individuel des plaintes... je passe sur les effets qu'auraient, qu'ont effectivement ces installations (je ne sais pas justement... c'est bien ça le problème). Ces stations de base et la santé des gens... personne ne sait vraiment... tu as une étude qui montre une chose... et une suivante qui montre le contraire.... c'est difficile de s'en sortir. Il y a tout un tas de symptômes décrits par les gens dont on ne sait pas s'ils sont dans la réalité. Il y a donc cette phase de radicalisation du discours sur les effets sur la santé, la cristallisation sur les effets de santé ; et puis ce ne sont plus des demandes individuelles mais collectives. Nous, on s'est mis d'accord politiquement, on a trouvé une position commune, un arbitrage avec des

méthodes... on a fait un dispositif un peu complet sur les antennes de téléphonie mobile et je pense que l'on va être obligé de passer à une autre phase maintenant, on va être obligé de dépasser ce cadre là...

Dans ce cas, c'est moi qui dois gérer directement la plainte parce que la cristallisation sur le principe de précaution dépasse les demandes individuelles pour passer dans le domaine collectif de la plainte, et puis parce qu'on en sait très peu de choses... même l'OMS ne sait pas sortir un truc à peu près précis et cohérent.

Les gens se plaignent de tout un tas de choses... il y a ce qu'ils ressentent eux et ce dont ils ont entendu parler. Il y a des gens qui vous disent " je me réveille toutes les nuits à la même heure et dans toute mon allée on s'habille à trois heures 10 du matin ". Des trucs non vérifiables à part être planté devant leur porte à trois heures 10 et vérifier leur petite lumière allumée à 3h10... Jusqu'à des choses plus graves alléguées : leucémie, morts multiples... la palette est large qui va de l'hypocondrie..., avec, pour moi à ce stade, un vrai hiatus parce que je ne sais pas quels sont les éléments tangibles qui pourraient me permettre d'aller dans un sens ou dans un autre : restreindre ce que l'on a fait au niveau de cette charte ou au contraire dire que l'on continue comme ça, indépendamment des urgences politiques que l'on peut avoir sur ce sujet.

A travers cet exemple, on peut observer que les élus locaux semblent à nouveau contraints d'inscrire dans leur agenda politique une attente sociale en matière de sécurité sanitaire, qu'ils ont porté jadis (cf. histoire de l'hygiénisme et des Centres Communaux d'Hygiène) et qu'ils avaient "déléguée" aux autorités sanitaires et à la médecine entre la fin du XIX^e et la première moitié du XX^e siècle. Ce phénomène peut être mis en corrélation avec la perte de confiance dans les institutions chargées de la protection de la santé liée aux "scandales de santé publique", mais aussi avec l'inflation du souci de soi et de son corollaire, l'aversion au risque¹², qui semble avoir considérablement abaissé les seuils de tolérance psychologique aux risques de maladie, de souffrance ou de mort, surtout depuis les années 1980.

On remarque clairement ici la configuration spécifique de l'intervention des élus confrontés à la gestion psychosociale des risques, marquée par l'indétermination des situations et le mal-être qu'elle génère, aussi bien dans la population que chez des élus relativement mal préparés à faire face à ce type de plainte ; d'autant que sur le plan psychologique, l'intrusion invisible par les ondes favorise des peurs archaïques que l'on peut observer dans certaines maladies mentales.

Vignette 3 - Les antennes radiotéléphoniques (suite)

Elu 3 - On va finir par demander que les antennes soient systématiquement posées à 800 mètres des sites sensibles... si vous ne prenez pas la responsabilité de les interdire, vous prenez la responsabilité d'être coupable des possibles conséquences (cancer, leucémie...)... on a tous tentés de dire que pour l'instant, il n'y a rien de prouvé... mais ils répondent que justement il n'y a rien de prouvé !... on leur a déjà proposé des rencontres (actuellement on suggère une rencontre contradictoire, mais ma crainte c'est qu'il n'en sorte pas grand-chose)...

12 - Pour une analyse fine et très éclairante de la nouvelle problématique de l'inflation du sentiment d'insécurité dans la société contemporaine, voir notamment Robert Castel " L'insécurité sociale - Qu'est-ce qu'être protégé ? ", Ed du Seuil et La république des idées, octobre 2003.

les contacts qu'on a eus sont très houleux et puis on arrive à une espèce d'impasse... il n'y a pas d'éléments d'accroche tangibles d'une thèse à l'autre... on tombe sur le principe de précaution...

Le problème des réfugiés, évoqué par plusieurs élus locaux, constitue le second exemple des modalités d'interpellation de la municipalité. Dans le cas présenté ici, l'élu est sollicité par de multiples acteurs, notamment associatifs, sur les questions de logement, d'aide alimentaire ou d'hygiène. L'essoufflement et l'impossibilité de répondre aux besoins urgents de cette population constituent les principaux motifs d'alerte en direction de l'élu.

Vignette 4 - Les migrants de l'Est

Elu 1 - Nous avons le problème des réfugiés des pays de l'Est : j'ai actuellement 140 réfugiés sur ma commune... Il y aurait là à décortiquer sur la souffrance de ces populations...
... Le jour où on s'est enfin réuni pour évoquer la question de ces populations en préfecture, j'ai vu à quel point cette situation touchait tout le monde !... je vous assure que les gens de l'association qui s'occupent de ces personnes, aussi bien son directeur que son équipe, étaient malades !... j'ai dit au directeur de prendre quelques jours parce qu'il devient fou avec ça, parce qu'il voit ce qui se passe sur le terrain, il voit que tout le monde se met la tête sous l'aile !... j'ai senti une véritable souffrance de cette équipe, et une souffrance des filles qui représentaient la DDASS aussi... elles avaient la tête baissée... parce qu'elles ne savaient pas quoi répondre... ça les dépassait !...

Elu 13 - Surtout que la Croix-Rouge fait des domiciliations. Je viens de découvrir que l'on avait 383 domiciliations Croix-Rouge à Ville Elu 13. Je suis comme Elu 1, je ne sais rien du tout ! Le même problème se pose chez nous. C'est une commune qui n'a pas loin de 30% de logements sociaux pour lesquels le délai d'attente actuellement pour quelqu'un qui a un travail est de 4 ans ! En plus, on va jusqu'à réquisitionner des hôtels. Comme nous avions un Formule I, on l'a réquisitionné. Il y avait deux hôtels une étoile réquisitionnés. Ce qui nous a valu l'année dernière des manifestations des sans papiers avec grève de la faim, avec occupation des logements de mauvaise qualité qu'ils viennent squatter. Pour le logement d'urgence, nous n'avons plus aucune possibilité, c'est zéro. Si bien que les gens qui viennent dorment dehors !

Dans notre commune, les restos du cœur et autres associations de ce type comme ATD Quart Monde saturent... on assiste à un phénomène nouveau : les grands exclus habituels, qui sont toujours nombreux, sont maintenant chassés de ces espaces par les gens de l'Est et on les retrouve de nouveau dans la rue... alors, les organisations caritatives viennent nous voir en disant qu'elles n'en peuvent plus... là aussi on se tourne vers la mairie...

Elu 5 - C'est le discours lancinant des structures associatives autour de l'aide alimentaire, de l'hygiène... où il y a le public traditionnel et le nouveau public autour des demandeurs d'asile... on est obligé de faire une organisation, du caritatif spécifique pour chaque type de public... il y a plusieurs associations sur Ville Elu 5 qui font des jours destinés aux publics précaires "traditionnels", et des jours pour les "sans papiers" !... en tant qu'élu je me refuse de rentrer dans ce truc là !... à Ville Elu 5 on parraine aussi l'intégration de ces publics... symboliquement c'est fort, mais lorsqu'on est face à la concrétisation des problèmes, c'est autre chose... c'est étonnant de partir de cas individuels et d'arriver à ces populations...

1.2 - Lorsque l'espace public est saturé par la souffrance psycho-sociale

a - Les espaces d'expression publics

Le cas de Monsieur Y., "ancien toxicomane mais qui ne l'est plus, bénéficiaire du RMI, étiqueté paranoïaque par les psychiatres", illustre un type de situation rencontrée fréquemment par les élus où la maladie mentale s'impose aux institutions en envahissant les espaces d'expression publics, en épuisant les différents services qu'elle met souvent en échec. Dans ce cas, la maladie convoque directement l'élu local qui ne peut s'y soustraire sans conséquences pour la cohésion sociale locale, tout comme pour le malade lui-même. Le malade, s'il est violent, peut rapidement devenir la cible de la violence institutionnelle et sociale. L'élu se rappellera alors l'humanité du malade comme ses droits à espérer une reconnaissance sociale ainsi qu'une juste prise en compte de ses besoins ; ce qui n'empêche pas qu'il soit un sujet de droit soumis à des devoirs.

Vignette 5 - Monsieur Y.

Elu 6 - Mr Y., 35 ans, connu des différents services qui s'intéressent à la précarité et au social, ancien toxicomane mais qui ne l'est plus, bénéficiaire du RMI, étiqueté "paranoïaque" par les psychiatres, suivi par intermittence par le service public de psychiatrie avec toutes les questions de difficultés d'observance du suivi thérapeutique, et qui très régulièrement "pète les plombs"... il pète donc les plombs en vidant son appartement, en jetant tout par les fenêtres du 3^e étage, en injuriant tout le monde, en disant au voisin qu'il a des armes... chaque fois ça produit des effets de maelstrom dans la mairie... il dit qu'il est armé... la police y est allée et n'a pas trouvé d'armes, ce qui ne prouve strictement rien. En tout cas, il le dit et ça suffit pour que, quand il vient à l'accueil voir les hôtessees en disant qu'il veut "voir Elu 6, le maire..." et en ajoutant : je suis armé et ce que n'a pas fait "D" je le finirai moi-même ! "... (cf. note 13, p. 18) ; ce genre de propos émeut...

C'est arrivé une fois : on l'a logé dans un immeuble dans lequel j'habite - ce qui n'a pas simplifié les choses -, il a tout cassé dans cet appartement !... on l'a changé d'appartement car il y avait une montée d'intolérance de la part de tous les cohabitants...

Bon, on l'a mis dans un autre immeuble, où ça s'est très mal passé, avec la police, les plaintes... tout ce que l'on connaît de la part de ce genre d'individu potentiellement dangereux sans qu'il n'y ait jamais eu d'HO...

[...] on prend des décisions par rapport à des individus, en responsabilité, et on est confronté après ça à ces individus sur un plan qui n'est plus un plan de responsabilité, mais un plan simplement de proximité humaine, individuelle...

[car il fait] des demandes normales... des choses que tout le monde devrait avoir et face auxquelles on est impuissant : des ressources, un lieu de vie et un environnement tolérant...

Il semble intéressant de noter ici l'ampleur d'un phénomène qui infiltre l'espace psychique individuel et collectif des acteurs, produisant une saturation des services spécialisés ne pouvant plus assurer seuls la fonction de contention sociale. Des "débordements" croissants s'effectuent alors envers des catégories d'acteurs jusqu'alors préservées de ce type de situation, tels les élus, qui se voient contraints de participer au travail de contention de la souffrance et de la maladie mentale.

Vignette 5 - Monsieur Y. (suite)

Elu 6 - On s'aperçoit que quelques situations seulement, mais très problématiques, finissent par occuper tout l'espace. Dans la mairie, tout le monde connaît Mr Y. alors que ce n'est qu'un paranoïaque, un peu... difficile à gérer... mais il monopolise..., on a eu des réunions de pré Conseil Local de Prévention de la Délinquance, où on ne parlait que de Mr Y. !... c'est excessif !... cette espèce d'envahissement du champ de notre action, de notre réflexion, comme si on était aveuglé par une ou deux situations... me paraît un point important sur lequel on devrait réfléchir... Mr Y. vient systématiquement porter sa souffrance auprès des élus, ce qui n'est pas le cas de tous, mais c'est une démarche dont j'ai le sentiment qu'elle se généralise... l'él(u) comme punching-ball, comme responsable de toute la misère du monde et de la misère individuelle, ce qui pour moi est quelque chose de nouveau et qui explique que l'on soit là, ensemble...

Elu 13 - L'exemple de Elu 6 me fait penser à un événement récent : à propos des conseils de quartiers (la loi de proximité les impose), le conseil municipal a eu à se prononcer puisque c'est un élément de conseil du conseil municipal. Là dedans, il y a un Mr D. qui a une structure lui aussi assez parano, connu de tout le monde, puisque la préfecture nous a envoyé un courrier en nous disant qu'ils ne voulaient plus le recevoir, connu de tout le monde en mairie, dangereux parce que manipulateur, manipule très bien les Assemblées Générales, monte les habitants de quartiers ; quand un thème est épuisé, il en monte un autre tout de suite. Lorsque le Conseil Municipal a eu à se prononcer, ils ont retrouvé ce monsieur. Un certain nombre voulait le mettre à la porte. Et puis il y a eu un débat et puis finalement, on va le prendre pour essayer de le neutraliser comme ça. Voilà, l'exemple d'un monsieur sur lequel il a bien fallu débattre sur "qu'est-ce qu'on va en faire ? " alors qu'on sait qu'on va droit à de sacrés problèmes. Il y a quand même des habitants derrière lui. Il fait les portes à porte. Il y a tout de même des cas où c'est plus facile...

La saturation des espaces d'expression publics se manifeste notamment par le renvoi, d'un service à l'autre, de la personne conflictuelle en souffrance, de sorte qu'une paralysie générale marque fréquemment tous les acteurs de la ville malgré une conscience aiguë de l'aspect critique de la situation.

Vignette 5 - Monsieur Y. (suite)

Elu 6 - Restent certaines situations que chacun connaît dans sa ville ou son quartier, d'individus qui vont mal et qui font peur. Chaque service les a reçus, y a été confronté parfois violemment : service social, service logement, école parfois, police souvent, élus bien sur ! et personne ne sait comment faire, ni que faire d'ailleurs ! Chacun, voisinage compris, n'a de cesse de le renvoyer à d'autres et tout particulièrement au psychiatre - qui attend la demande - soit à la Police - lasse d'intervenir sans résultat...

Ainsi de M. Y., connu des services de psychiatrie qui ne le voient jamais, armé dit-il et qui va d'explosions de colère en explosions de colère contre tous ceux qui l'entourent qui, ne répondant pas à ses demandes, sont vécues comme persécuteurs...

Il se réclame de Richard Durn¹³, si vous permettez que j'y revienne un instant : cet homme, très médiatisé après le drame, connu de tous, des travailleurs sociaux à l'ANPE, du club de

13 - Richard Durn a fait irruption en fin de conseil municipal de Nanterre le 27 mars 2002. Il a tué 8 élus et en a blessé 17 autres. Il s'est suicidé le lendemain matin.

tir où il s'entraînait aux partis politiques qu'il avait fréquenté un temps, des voisins aux élus maintes fois sollicités, des psychiatres enfin, croisés en urgence sans suite possible : chacun savait la dangerosité et la souffrance, jusqu'au Préfet lui-même.

Et pourtant ..., pourtant rien : ni écoute vraie, ni accompagnement, ni prévention (fut-ce en lui retirant ses armes...) ni soin, jusqu'à ces 9 morts, lui compris.

Où était l'urgence alors ? Ou fallait-il intervenir ? Et qui ? Et quand ? Sur quel risque ? Sur quelle alerte ?

A toutes ces questions, nous ne pouvons plus rester sourds, en attendant le drame !

...

Monsieur X. est lui atteint d'une démence alcoolique qui l'a conduit, plus souvent qu'à son tour, aux Urgences pour hémorragie digestive alternant avec des accès de grande violence. Les voisins tremblent et assaillent de plaintes les élus, les bailleurs, la police ; la famille n'en peut plus. Pourtant un suivi à peu près régulier au CMP se poursuit. La dangerosité est surtout verbale mais qui le sait ? Qui le dit ? Qui rassure ? Comment garantir une intervention, non pas inutile toutes les semaines mais quand elle sera vraiment nécessaire ?

b - L'espace public : l'exemple des SDF

La situation des personnes sans domicile fixe, et parmi eux, de ceux qui manifestement "vont mal", apparaît comme un exemple relativement éclairant des difficultés auxquelles sont confrontés les élus locaux en matière de prise en charge des problèmes de santé mentale. L'incidence des processus de précarisation en milieu urbain ainsi que les effets des choix politiques relatifs à la gestion de ces populations ont été abordés dans le séminaire afin d'en préciser les contours.

Il a été rappelé que la part des malades mentaux dans les populations errantes est plus élevée qu'en population générale, du fait des conditions de vie et des effets de la désinstitutionnalisation¹⁴ des hôpitaux psychiatriques. Il y aurait dans ces populations, selon la littérature internationale, 10% de schizophrènes (contre 1% dans la population générale) et au minimum 30% de malades mentaux authentifiés, en comptant les psychoses maniaco-dépressives, les dépressions graves et les détériorations polytoxicomaniaques.

Vignette 6 - Les sans domicile fixe

Elu 11 - Je ne sais pas s'il y a un thème que vous allez aborder : le problème des malades mentaux chez les marginaux de centre ville, ceux qui hantent le centre ville... c'est un problème qui peut être celui de Ville Elu 3 ou d'une grande ville.

Elu 11 - La question que l'on me pose toujours : est-ce que c'est le fait de vivre dans la rue qui les a rendus malades ? Ou est-ce que c'est parce qu'ils sont malades qu'ils vivent dans la rue ? Je dis ça parce que j'ai une réunion sur le thème la semaine prochaine et le maire m'a dit "tu trouves une solution". C'est un vrai problème... c'est étalé sur la place publique... des gens que l'on voit mal dans leur peau à tous les niveaux... c'est étalé dans le centre ville, c'est devant la mairie... on voit bien que l'on a déjà des gens gravement malades... c'est un problème majeur : qu'est-ce que l'on fait ? quelle est la place de l'élu ? ... et ce n'est pas qu'un problème d'insécurité... il y a une espèce d'angoisse de les voir allongés dans la rue la nuit,

¹⁴ - Ce mot signifie d'abord une diminution croissante du nombre de lits sans structures alternatives d'hébergement.

dans des états limites... en plus ils souffrent aussi d'autres types de maladies, il y a qui sont diabétiques et qui n'ont pas de soins, on les voit souffrir quelquefois véritablement, vous les voyez hurler (j'habite en centre ville, je suis aussi dérangée par les hurlements comme beaucoup de gens parce que je me réveille en sursaut, etc.)...

Elu 5 - ...Le monde de la rue en centre ville fait peur, pourtant, ce dont on se rend compte, c'est qu'il n'y a pas une recrudescence... on est sur un petit pôle avec quelques changements et quelques mobilités des uns, des autres, parce que ça circule, mais on n'est pas envahi... cette vision de l'envahissement c'est une grande peur de l' élu !...

Comme les extraits ci-dessus l'indiquent, la présence dans l'espace public de ces populations inquiète et interpelle directement ou indirectement les décideurs locaux, notamment par le biais des plaintes de leurs administrés. Les élus s'interrogent dès lors sur les conditions de prise en charge d'un public hétérogène qui, parce qu'il ne formule généralement aucune demande particulière et expose sa déchéance dans l'espace public, n'offre d'autre prise que celle de l'insécurité morale ou sociale générée par sa situation. Dès lors l'absence de solution adéquate pour la gestion de l'anxiété et de l'intolérance sociale tend à favoriser bien souvent une répression policière occupant, de fait, les espaces thérapeutiques, sociaux, éducatifs, politiques. L'accès aux soins reste (souvent) alors un vœu pieu, et l'on sait que, parmi les malades mentaux, la dangerosité sociale augmente en l'absence de traitement approprié, d'où la question des hospitalisations en psychiatrie sans consentement.

2 - L'URGENCE

2.1- L'hospitalisation d'office (HO)

L'actuelle configuration sociale génératrice d'exclusions, la réduction des lits d'hospitalisation en psychiatrie et les difficultés institutionnelles des services publics de psychiatrie, le développement des conduites à risques et autres conduites agies, ainsi que les caractéristiques de l'individualité contemporaine, semblent associées pour de nouvelles demandes sociales en santé mentale ; ces demandes sont caractérisées par une augmentation significative des passages à l'acte et une moins bonne tolérance sociale à la maladie mentale et à ses effets. Le recours aux hospitalisations sous contrainte répond d'abord à une demande de soins où le consentement du patient est estimé provisoirement impossible ; il répond de surcroît à une exigence de traitement pour des situations considérées en terme de dangerosité sociale des malades mentaux, mais aussi d'intolérance vis-à-vis de patients que les hôpitaux généraux "adressent", semble-t-il, de plus en plus aux services de psychiatrie sous la modalité de la contrainte.

a - Le pouvoir exceptionnel de l' élu en matière d'hospitalisation d'office

"La folle explosion des internements : les hospitalisations sous contrainte ont doublé en dix ans. Les psychiatres s'inquiètent", constatait un journaliste de Libération en juillet

2004¹⁵. Les élu(e)s s'inquiètent eux aussi depuis la promulgation de loi n°97-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation¹⁶, obligés qu'ils sont de s'engager dans la contention institutionnelle des personnes en situation de crise psychique grave.

Cette loi indique qu'il revient désormais au maire, et par extension à ses adjoints délégués, à l'exception de Paris où les commissaires de police détiennent cette compétence, de prononcer les arrêtés relatifs à l'hospitalisation d'office (HO) des personnes qui, de par leur état de santé mentale, représentent un "danger imminent pour la sûreté des personnes". Les dispositions régissant l'intervention du maire dans la décision d'hospitalisation d'office, issues de la loi du 27 juin 1990 modifiée par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002¹⁷ sont les suivantes :

Article L3213-1 du Code de la Santé Publique

A Paris, le préfet de police et, dans les départements, les représentants de l'Etat prononcent par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, l'hospitalisation d'office dans un établissement mentionné à l'article L 3222-1 des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Le certificat médical circonstancié ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement accueillant le malade. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'hospitalisation nécessaire. Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, le directeur de l'établissement d'accueil transmet au représentant de l'Etat dans le département et à la commission mentionnée à l'article L 3222-5 un certificat médical établi par un psychiatre de l'établissement.

Article L3213-2 du Code de la Santé Publique

En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique, le maire et, à Paris, les commissaires de police arrêtent, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'hospitalisation d'office dans les formes prévues à l'article L 3213-1. Faute de décision du représentant de l'Etat, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures.

L'auteur de l'article du journal Libération signale en outre l'existence d'un rapport achevé en juin 2004, non rendu public, dans lequel la députée Maryvonne Briot fait état des dernières données en matière d'hospitalisations sous contrainte (HSC) en France : "Entre 1992 et 2001, on est passé ainsi de 37 688 HSC¹⁸ à 72 519/an. Presque un doublement. Cette progression est encore plus marquée dans les hospitalisations à la demande d'un tiers (passant de 31 057 à 62 894) que dans les hospitalisations d'office [...] qui augmentent de 6 631 à 9 625 durant la même période".

15 - Article d'Eric Favereau, paru dans le journal " Libération ", du mardi 06 juillet 2004.

16 - Journal Officiel n°150 du 30 juin 1990. La loi du 27 juin remplace la loi Esquirol du 30 juin 1838 et abroge notamment l'article 18 de la loi de 1838 d'après lequel "Une personne, interdite ou non, dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes, doit être placée d'office dans un établissement d'aliénés, sur ordre motivé du préfet", (section II, Loi du 30 juin 1838).

17 - Journal Officiel du 5 mars 2002.

Dans la mesure où la Direction Générale de la Santé estimait en 1999 à 67.11% des hospitalisations d'office en urgence le nombre de mesures provisoires d'hospitalisations décidées par des maires¹⁹, on peut légitimement questionner la responsabilité des élu(e)s en la matière. Selon les propos recueillis au cours du séminaire, il apparaît qu'une telle responsabilité semble difficile à porter : souvent insuffisamment préparés personnellement et institutionnellement pour faire face aux questions éthiques, techniques et politiques posées par les hospitalisations d'office, les élus se sentent en charge d'une demande croissante d'interventions très complexes.

b - La demande d'hospitalisations d'office, un indice de l'état de la santé mentale

Les extraits reproduits ci-après pointent un mécanisme important dans la genèse des HO : les plaintes adressées aux municipalités apparaissent parfois comme de véritables analyseurs de l'état de santé mentale d'une collectivité et de ses modalités de réponse.

Elu 11 - Le travail sur les plaintes, c'est quand même ce qui nous amène aux HO, la plupart du temps, puisque c'est quand il y a un certain nombre de plaintes par rapport à une personne que les gens pensent " dérangée " qu'on fait une HO après enquête de notoriété.

... C'est une des voies d'entrée possible de l'HO même si elle reste peu utilisée. Je le dis : quand les gens se plaignent énormément, quand tu ne peux pas faire une HO, et que tu as vraiment quelqu'un qui, dans un quartier, pose un problème de notoriété publique et que la police n'y va pas (parce qu'il n'y a pas de flagrant délit), effectivement, tu dis aux gens de porter plainte. Quand tu as recueilli un certain nombre de plaintes, tu vas demander une HO sur la foi de la notoriété publique. C'est rare mais ça existe. Je peux te dire qu'il y a un certain nombre de villes qui le font...C'est une façon de résoudre certains problèmes assez graves. Quand tu as peur de quelqu'un, par exemple, une personne qui vit dans des monceaux de papiers, tu peux avoir peur qu'elle mette le feu... car ce sont surtout des personnes connues, qui souvent sont des malades qui ont déjà été hospitalisés... souvent il n'y a plus de famille, etc. ... tu n'as pas la possibilité de faire autrement, on ne peut que passer par une HO... Malgré tout, il reste difficile de faire une HO sur la notoriété publique...moi, je me refuse à faire des HO de cette manière... mais je sais que c'est une possibilité car j'ai des collègues qui en ont fait...

Un adjoint au Maire délégué à la Santé et aux Personnes Agées s'est ainsi interrogé sur les multiples courriers adressés au Maire émanant de citoyens ou d'institutionnels, pour lesquels une demande d'hospitalisation en psychiatrie est réclamée, bien que le trouble à l'ordre public ne soit pas manifeste.

Contribution écrite de Daniel Prévost

J'ai retenu quelques exemples récents de courriers adressés au Maire qui est de plus en plus sollicité sur des problèmes de santé mentale mais qui sortent du cadre strict de la loi :

► *Mme M.A. : le 21.05.2004 : écrit pour que sa fille âgée de 37 ans soit mise sous tutelle, elle-même habitant une région éloignée. Demande au Maire son hospitalisation en psychiatrie et ... le rétablissement de l'eau !*

18 - Hospitalisation Sous Contrainte.

19 - Cf. Rapport de mission remis au Ministère de l'Emploi et de la Solidarité et au Ministère délégué à la santé, par Eric Piel et Jean-Luc Roelandt, "De la psychiatrie vers la santé mentale", juillet 2001.

- M et Mme M. : le 07.08.2004 : personnes âgées de 65 et 60 ans, handicapées, fils de 37 ans, chômeur, violent, polytoxicomane : alcool, cannabis, anxiolytiques et psychotropes ; déjà multihospitalisé ; permis de conduire suspendu par le Tribunal. Demandent au Maire d'intervenir en vue d'une hospitalisation du fils en milieu psychiatrique
- Bailleur social : demande une intervention du Maire pour pouvoir hospitaliser un locataire au comportement asocial notoire mais toutefois sans violence.

Plus généralement, à l'écoute des récits des élus locaux, on constate que de plus en plus de citoyens, groupés ou non, et d'intervenants dans le domaine social, se tournent vers eux pour résoudre un problème de santé mentale dans l'impasse. Face à ces demandes, l'élu est souvent obligé d'en référer à la loi qui limite son champ d'intervention au cas de "danger imminent pour la sûreté des personnes".

2.2 - La gestion des situations de crise

a - La polyvalence de l'élu local

En complément des hospitalisations d'office, l'urgence constitue un contexte dont la composante psychologique oblige souvent les élu(e)s à gérer des situations où la décompensation psychique est une réalité, parmi beaucoup d'autres situations d'urgence. Les échanges autour de la mallette de l'élu d'astreinte ont permis d'éclairer la polyvalence des élus et de confirmer leur sollicitation dans les dispositifs de gestion de situations de crise. Les exemples restitués ici ne concernent pas la santé mentale: ils mettent en valeur l'obligation de polyvalence dans laquelle les élus sont souvent placés.

Elu 1 - Puisque l'on parle de santé, je voudrais parler, non pas de santé mentale, mais de santé tout court. Aucun d'entre vous n'a évoqué le cas d'un week-end où on vous dit : "épidémie de méningite. Est-ce que vous avez la liste des parents ?". Parce que l'on doit l'avoir maintenant. C'est récent, mais on doit avoir tous les parents, école par école.

*Elu 6 - Si tu as une méningite dans une classe, tu dois pouvoir prévenir immédiatement tous les enfants, donc les parents.
... Si c'est en centre de loisirs municipaux, tu es encore plus responsable.*

Elu 1 - Il faut des listes à jour en permanence. L'obligation est relativement récente. C'est un de mes collègues qui avait attiré mon attention, car il avait été confronté à ça avant qu'il y ait l'obligation ; on y tient comme à la prune de nos yeux car si un week-end on te dit "méningite", tu fais quoi ?

Elu 5 - Dans un cas concret d'immeuble où la terre rentre dans l'appartement, j'ai regardé l'immeuble, comment il était foutu, et je me suis dit, en tant qu'élue et dans ma responsabilité, "je dois faire évacuer l'ensemble de l'immeuble". Les services n'étaient pas d'accord, ils voulaient seulement évacuer l'arrière de l'immeuble, car évidemment il y avait un problème de relogement et de fric derrière. J'ai tenu bon en disant que l'escalier était tenant entre les deux immeubles, donc, je fais évacuer l'ensemble de l'immeuble. C'était vraiment ma décision d'élue, qui a d'ailleurs été tout à fait validée, après, par les services du patrimoine urbain. L'ensemble de l'immeuble a été mis en péril imminent. Mais tout ça, c'est une pro-

cédure.... j'ai cherché dans ma mallette, les hôtels...

Elu 6 - C'est toi qui a fait ça, avec ton téléphone ?

Elu 5 - C'était le bazar. Il fallait en même temps évacuer... donc, j'ai fait tous les appartements, j'ai toqué chez les gens... tous les services étaient derrière à regarder si la montagne allait plus ou moins encore s'écrouler...

Elu 6 - Sérieusement, c'est toi qui a appelé les hôtels ?

Elu 5 - Oui, parce qu'il y avait d'autres problèmes urgents c'est-à-dire voir ce qu'y allait se passer au niveau de la montagne ; donc, ils étaient plus avec les services techniques, derrière, à voir au niveau juridique... et moi j'étais avec les gens à les descendre.

Elu 15 - Nous avons eu une expérience comme celle-ci, il y a bien 15 ans : un immeuble en feu, où on a fait du porte à porte pour évacuer les gens et il a fallu trouver des endroits pour les accueillir, d'ailleurs on avait même demandé un hébergement à l'hôpital... Mais maintenant, c'est organisé car après une expérience comme celle-ci, on pose le problème et on met les choses en place. Faire ça une fois, ça va, mais une deuxième fois, ce n'est pas pardonnable.

b - Les situations limites

Certains exemples rapportés par les participants du séminaire mettent en avant l'exercice du pouvoir d'un adjoint à la santé ou d'un maire dans le cadre d'une situation de protestation citoyenne, avec des éléments de violence qui ne viennent pas nécessairement des individus, mais parfois des institutions. Ils attestent de l'intégration de la problématique de la santé mentale à une interrogation rarement perçue comme prioritaire, relevant des politiques sociales, des politiques de la ville ou de prévention et de sécurité, pointant le fait que la santé selon une vision curative est ici dépassée.

Tel ou tel a mis en évidence le pouvoir et la capacité des élus locaux à induire une régulation sociale lorsqu'elle fait défaut ; dans ce type de situation, le courage politique, voire personnel, est une composante majeure de l'alchimie qui donne l'autorité suffisante à l'élu local pour exercer cette capacité.

De même a été abordé le rôle concret de tel ou tel maire ou adjoint dans des situations sociales critiques comme la fermeture d'usines très investies par la population, ou des cas de figure d'autre nature ; mais nous avons dû nous résoudre à ne pas donner les détails polémiques de ces situations malgré les aspects évidents de santé mentale.

Partie II

Les figures de l'élu en action

Plusieurs figures de l' élu local ont été identifiées, qui permettent de mieux saisir le rapport de l' élu avec les problématiques de santé mentale. Trois dimensions jouent ainsi comme critères distinctifs des ressources dont disposent les élus locaux en la matière :

- La capacité et à la compétence personnelle des élus à faire face aux questions posées sur un registre psychologique, lorsqu'ils doivent gérer la souffrance des autres et porter cette question au sein des dispositifs publics dans lesquels ils sont engagés à ce titre, y compris au sein de l'appareil politique municipal.
- L'accès aux dispositifs de santé mentale tels que les désigne le sens commun, destinés à la gestion de la maladie mentale et de la souffrance psychosociale dans leurs manifestations individuelles et/ou collectives.
- Enfin, la dimension proprement politique des problèmes de santé mentale, soit qu'elle réfère aux déterminants de l'état de santé des populations (conditions de vie, degré de cohésion sociale, qualité des mécanismes d'intégration sociale), soit qu'elle interroge la capacité des dispositifs de gouvernance en place à considérer la problématique de manière suffisamment sensible et cohérente dans leurs programmes.

Une telle grille de lecture a permis d'analyser le matériau recueilli pendant le séminaire et de préciser comment les solutions envisagées et mises en œuvre par l' élu pour faire face à la détresse psychosociale, ou dans le cadre d'une HO, varient en fonction de facteurs attribuables aux ressources personnelles et institutionnelles de l' élu local.

1- LES RESSOURCES DES ELUS

Si l'on fait abstraction de l'aura positive ou négative de toute fonction socialement très valorisée, les élus reconnaissent qu'ils sont "des gens comme les autres". C'est avec leur propre bagage psychologique et émotionnel qu'ils s'engagent dans la vie politique, qu'ils se confrontent à la souffrance psychosociale et à la maladie mentale de leurs administrés. La possibilité de parler des difficultés personnelles, comme du mal être qu'elles génèrent, ont constitué, a priori, et d'autant plus a posteriori, une raison importante de la participation au séminaire.

Soumis à de multiples pressions difficiles à maîtriser, chaque élu local a pu identifier le caractère paradoxal et les limites de son "pouvoir", en tant qu' élu investi d'une fonction et en tant que sujet personnellement impliqué. On peut parler ici de paradoxe dans la mesure où ce mal-être constitue à la fois le passage nécessaire grâce auquel l' élu peut avoir accès, en tant que personne et en tant que mandaté, à des situations dramatiques en termes de santé mentale, mais aussi une source de souffrance imposant qu'il se protège des risques d'un surinvestissement affectif et qu'il renonce à la toute puissance de "réparer" ce qui ne va pas.

1.1 Les ressources personnelles

a - Ethique personnelle, militantisme et charge élective

Lorsque l'on peut parler en confiance au sein d'un groupe, comme cela s'est passé dans le séminaire, que constate-t-on ? Le plaisir d'une parole libre permet un travail groupal productif, qui permet de progresser. Les relations de prestance ne s'avèrent plus nécessaires, la culpabilité, le désespoir, le stress, le doute, l'impuissance, certaines humiliations, les violences, le désaveu ou l'incompréhension se permettent d'apparaître comme autant de figures du malaise des élu(e)s dans la gestion de la souffrance des publics dont ils ont la charge. Dans le même temps, ce malaise constitue un motif d'interrogation du statut et des modalités de leur action.

Elu 6 - Il y a des situations qui sont insupportables ! Il m'arrive d'arrêter ma permanence et d'aller prendre un café ! On fait une pause parce qu'au bout de trois situations sur lesquelles on ne peut rien, c'est bon quoi ! Ça me rappelle une époque où je faisais davantage de médecine, j'ai fait un peu de cancro : à des moments, c'est insupportable. Il y a deux choses : la souffrance en empathie avec celle de l'autre, et il y a la souffrance de ta propre impuissance par rapport à ça. Et ce sont deux choses qu'il faut distinguer car ta propre impuissance, il faut que tu te la coltines... et puis l'impuissance rend malade, on est dans la souffrance. La première rend fou, la seconde est insupportable. Comment nous qui sommes complètement confrontés à ça en permanence, à la fois dans l'urgence, dans les permanences et dans la gestion courante de la vie, nous sommes confrontés à des choses complexes sur lesquelles les prises sont extrêmement réduites, médiocres, partielles, incertaines... Comment on arrive psychiquement à gérer ça sans être dans la réparation, dans la toute puissance ou dans le don pour lequel il n'y aura pas de contre don et donc qui crée une dette, ce qui aggrave les choses ?

C'est quoi la réponse ?... Je n'en sais rien !

C'est bien l'indétermination et la gravité de nombre de situations qui provoquent le doute chez les élus : s'agit-il d'une maladie, d'une déviance sociale, d'une politique irresponsable ? Quelles conséquences redouter ? Quels acteurs sont légitimes à y répondre ? La situation est-elle imputable à la personne en souffrance ou lui échappe-t-elle ? En réalité, l'indétermination d'une situation de souffrance psychosociale, c'est d'abord ne pas savoir comment la comprendre et comment y répondre.

Si le malaise est général, il convient de remarquer que le poids accordé par les élus à leur possibilité de "réparer" les effets péjoratifs de l'exclusion sociale est variable. Le débat autour de l'utilité et du sens de certains actes apparemment inutiles, comme l'écoute des personnes en souffrance ou la rédaction de lettres d'appui à une candidature spontanée auprès d'employeurs, dont on sait la faible chance d'aboutir, a été notamment l'occasion de saisir une telle diversité. En l'occurrence, plus que de réparer, il s'agit davantage d'étayer et d'accompagner un espoir, une dignité bafouée.

En outre, l'analyse des conditions de gestion de situations extrêmes dans lesquelles la question de la santé mentale apparaît, a permis de confirmer l'importance des capacités de réaction personnelle des élus. Ainsi, en dehors de la grande variabilité et de la relativité des

protocoles d'action utilisés selon les municipalités, plusieurs points ont été notamment mis en évidence :

- Certains actes des élus, apparemment illégitimes au vu des conduites ordinairement recommandées, visent à protéger la capacité d'agir de l'élu. Les exemples en la matière soulignent la légitimité de certains actes eu égard à la nécessité pour l'élu de se protéger face à une souffrance susceptible de l'immobiliser plutôt que de le mobiliser (" Je n'en souffre pas, mais je le fais. Mais c'est peut-être parce que je le fais, que je n'en souffre pas "). Cela confirme ce que l'on sait déjà : la souffrance psychique pathogène, c'est celle qui empêche d'agir ; d'où l'impératif de garder cette capacité d'agir, de faire, sans que cela ne tourne au passage à l'acte ou à la fuite en avant.

- Le degré de culpabilisation que génèrent des situations extrêmes est d'autant plus élevé que les élus ne disposent pas d'un espace d'élaboration du sens de leurs actes ; ils n'ont pas, par exemple, d'analyse de la pratique avec des "psy", comme nombre d'équipes du travail social. Ils se retrouvent seuls avec leurs affects que l'obligation de prestance de l'élu empêche souvent de partager avec leurs pairs.

Par ailleurs, alors que l'on observe un changement radical des relations entre " électeurs " et " élus ", le sens de l'engagement personnel doit être questionné au regard de la capacité de l'élu à maîtriser au niveau " micro-local " des problèmes dont les déterminants économiques et sociaux sont " macro ". Il semble en outre qu'un contexte paradoxal constitue le cadre de leurs actions, qui donne à voir dans le même temps des citoyens de moins en moins engagés politiquement, sous l'effet d'une individualisation croissante, et de plus en plus exigeants vis-à-vis des élus locaux : des agressions verbales et/ou physiques dirigées contre les élus ont notamment été évoquées avec, à l'horizon, le drame de Nanterre²⁰.

C'est bien au sein d'un questionnement général sur le fonctionnement du modèle démocratique que les élus ont livré leurs souffrances issues des injonctions contradictoires inhérentes à la gestion du bien commun. C'est également dans ce cadre que la question du militantisme a été posée, et avec elle, celle de la nécessité d'une actualisation des bases idéologiques et symboliques qui fondent l'engagement des élus dans la vie publique. A titre d'exemple, les réflexions d'un groupe d'assistantes sociales ont été rapportées : isolées dans leurs pratiques, celles-ci se sont aperçues, après vingt ans de pratique, qu'elles avaient toujours pris le parti des femmes étrangères battues, en humiliant les hommes, ce qui avait finalement souvent abouti à des femmes sans mari et à des enfants sans père. Le fait de " militer " contre l'homme violent plutôt que contre la violence des hommes avait ainsi montré les risques généraux de l'engagement militant: la tentation d'une démarche qui passe nécessairement par la désignation d'un ennemi à combattre, emportant parfois avec elle l'abandon d'un effort de clarification des problématiques complexes de santé mentale ; en cette matière, il y a nécessité plus qu'ailleurs d'alliances et d'une position réflexive qui nourriront l'engagement.

b - Les variables sociographiques

Plusieurs variables ont été identifiées comme conditionnant la réponse faite par les élus aux problèmes de santé mentale. Aux premier et second rangs de celles-ci figurent le profil professionnel de l'élu et les différences de genre.

²⁰ - Cf. note 13, page 19.

Le profil professionnel de l' élu

C'est avant tout en matière d'hospitalisation d'office que le profil professionnel des élus semble jouer dans la différenciation des stratégies personnelles. Ainsi, les élus proches de la culture du secteur médico-social paraissent plus à l'aise que les autres. Plus spécifiquement, ils parviennent visiblement mieux à garder une distance protectrice face aux situations de détresse.

En outre, l'élaboration de liens davantage structurés avec les opérateurs du dispositif de l'hospitalisation sous contrainte, au premier rang desquels on trouve le corps médical et les fonctionnaires de police, permet un positionnement plus facile en cas de rapport conflictuel, notamment pour imposer sa décision d' élu indépendamment d'un regard expert. Notons que les élus participants au séminaire ont toujours insisté sur le souci éthique qui les animait.

Plus particulièrement, le profil professionnel de l' élu joue comme critère de distinction au sein de l'équipe municipale pour la compétence en matière d'hospitalisation d'office, au point parfois de contredire la qualité de tiers que les textes légaux lui attribuent.

Elu 13 - Il est vrai que dans ma ville les élus désignés par le Maire pour signer les hospitalisations d'office au nombre de quatre se reposent sur l' élu médecin (quand il est disponible) ou sollicitent son avis.

Elu 6 - La réponse que vous avez trouvée, c'est finalement de faire signer les HO par "le médecin élu de service" ... c'est bien, sauf qu'il n'y a pas toujours des médecins dans tous les conseils municipaux, et en plus il n'y a pas de raison pour que ce soit lui qui signe toutes les HO ! Il y a distorsion...

Hommes et femmes politiques : le poids des différences de genre dans le rapport à la souffrance, de la sollicitude à la Justice.

A la surprise des animateurs-chercheurs, les discussions du séminaire ont mis en évidence que les différences partisans de type gauche/droite ne constituaient pas nécessairement un élément essentiel de la capacité d'écoute et d'appréciation de la souffrance psychosociale. En revanche, le fait d'être un homme ou une femme est davantage apparu comme un point majeur au sein d'un questionnement plus général sur la sensibilité et l'engagement de certains élus dans la prise en compte de la souffrance psychique.

L'exemple du couple algérien a permis de saisir l'importance accordée au poids de la "fraternité féminine" dans la structuration du lien entre la personne en détresse et l'institution. Mais loin de "naturaliser" le côté "féminin" de l' élu(e), il s'agit plutôt ici de la capacité de s'identifier plus facilement à des personnes en difficulté de même sexe que soi-même.

Le couple algérien (suite)

Elu 1 - Il s'agit d'une dame qui venait régulièrement à la mairie, à l'accueil, se plaindre des violences subies de la part de son mari... Elle se mettait en position d'apitoyer la personne de l'accueil, qui l'écoutait et prenait parti pour sa cause.

En fait, il y a déjà eu cette première dérive, une espèce de lien de fraternité féminine qui s'est fait...

Elu 1 - ... En tant que Maire, je vois les cas les plus complexes : quand ça arrive dans mon bureau, c'est que vraiment ça a été vu et revu par tout le monde, tourné dans tous les sens... Vraiment on a toute une série de cas, et notamment des cas concernant des femmes qui, comme on le disait ce matin, viennent plus volontiers me parler d'un certain type de problèmes dont elle ne parlerait à un homme... par exemple on a, notamment dans mon secteur, des femmes ayant la cinquantaine, qui sont brisées et à la limite de la rupture mentale parce que leur mari les a laissées ou les maltraite, y compris dans les groupes sociaux favorisés, où les dégâts sont parfois plus grands que pour d'autres personnes, car cela se cache, et on n'est pas préparé à affronter un changement de vie aussi radical que celui qui se présente lors de la rupture (certaines femmes avec des enfants n'ont par exemple jamais travaillé !)... et cela peut conduire à un problème de santé mentale réel... quand vous parliez des délires tout à l'heure... j'en ai des gens délirants sur ma commune, notamment des femmes, qui ont eu à un moment de leur vie une rupture telle, un changement tel, qu'elles se sont réfugiées dans un autre monde... et moi, je ne sais pas faire...

Cependant la question doit être poussée au-delà : la position féminine en elle-même facilite-t-elle l'empathie avec la souffrance d'autrui ? Il nous faut reconnaître que ce point a souvent été invoqué comme condition de la reconnaissance de la souffrance de l'autre en qualité d'objet d'intervention légitime, avant même une interrogation sur le bien-fondé de la plainte.

Si l'on reprend la distinction Jungienne²¹ animus-anima (animus-masculin et anima-féminin dans chaque être humain, chaque pôle étant plus ou moins manifeste), on peut faire la proposition suivante : les discussions ont insisté sur les qualités "anima" d'écoute et de disponibilité réflexive avant d'agir, qui caractériserait la capacité "féminine" des élus (femmes et hommes) en matière de préoccupation active de santé mentale. Bien que chaque personne soit susceptible de présenter les qualités psychiques des deux sexes, il reste que des différences culturelles, en fonction des lieux et des époques, marquent les conduites sociales, et le comportement des élus n'échappe pas à cette différence.

Une approche intéressante de cette sensibilité "féminine" à la souffrance et à l'injustice peut être envisagée à partir des réflexions proposées par Emmanuel Renault²², lorsqu'il invoque les apports des théoriciennes féministes de l'éthique de la sollicitude (care), pour mettre en question les conditions de la prise en charge "des problèmes liés à la souffrance comme relevant de la normativité de la justice ou d'une normativité d'un autre ordre". L'auteur rappelle notamment que le langage de la justice, fondé sur des principes rationnels censés garantir l'objectivité et l'universalité des droits des individus, ne suffit pas toujours "à rendre compte des intuitions et des pratiques généralement attribuées aux femmes", et qu'il semble nécessaire de compléter ce langage dominant en introduisant la dimension affective de l'intérêt porté à un autrui vulnérable et passif, en considérant aussi ses besoins singuliers et non seulement ses droits dans l'universel. Partant de ces réflexions, il semble intéressant de s'interroger sur les enjeux relatifs aux différences d'approche de la souffrance et de la maladie mentale par les élus masculins qui auraient tendance à privilégier une approche centrée sur les droits, alors qu'une élue femme privilégierait davantage les besoins de la personne.

21 - Jung, psychanalyste suisse, qui était l'un des tous premiers élèves de Freud.

22 - Emmanuel Renault, L'expérience de l'injustice - Reconnaissance et clinique de l'injustice, Ed. La Découverte, Paris, 2004, pp. 353-354.

La discussion a permis de rappeler le rôle de la loi sur les parités et le fait que les adjoints à la santé sont majoritairement des femmes, ce qui n'était d'ailleurs pas le cas dans le séminaire où la parité était parfaite.

On retiendra également du témoignage des élus que le mode d'organisation et de fonctionnement des appareils et institutions politiques locales semble bien traversé par une problématique de rapports hommes/femmes, producteurs d'une toujours possible domination des uns sur les autres. Une élue a prononcé cette phrase : "Je suis devenue féministe depuis que je suis élue". Les extraits ci-dessous mettent particulièrement en valeur la superposition des clivages de genre avec les clivages professionnels :

Elu 1 - C'est vrai que l'image de l'homme par rapport à la femme marque les rapports entre hommes et femmes élus : il y a un déni des hommes par rapport aux femmes élues qui leur rend la vie difficile ... pourtant, ça devrait être naturel, comme pour l'activité professionnelle...

Elu 11 - Quand j'ai vu le compte-rendu, je me suis dit : comment se fait-il que des élus chargés de la santé aient parlé de la parité homme/femme ? Ce devrait être une dualité considérée exclusivement dans le fait d'être élu chargé de la santé, ou plus largement sur le fait d'être élu tout court ?

Elu 6 - ...On peut aussi considérer que la question de la parité est le lieu d'expression d'un certain nombre de souffrances qui traversent l'ensemble de la société y compris ceux que l'on représente, à la fois en terme personnel et en terme d'observateur ou d'acteur de la société... pour le dire autrement : si la société était réellement égalitaire et si les places de chacun étaient plus libres, moins prédéterminées, la société irait mieux. Est-ce que ce n'est pas ça que l'on dit en mettant en avant la question de la parité ? ... lorsque l'on doit parler de la souffrance psychosociale, je préfère dire que c'est aussi de l'inégalité homme/femme qu'on parle... Quand on disait que la majorité des acteurs de 1ère ligne "sont des femmes", on renvoie ainsi aux femmes une tâche soignante (d'infirmière, de bonne sœur, d'assistante sociale) qui n'est pas sans interroger les hommes... qui font la même chose !... on n'est pas capitaine de cavalerie !...

Elu 11 - Une étude a été faite sur les adjoints à la santé (il n'y aurait en France que 35 adjoints exclusivement chargés de la santé) : on apprend que lorsque cette délégation est proposée aux hommes c'est forcément parce qu'ils sont médecins,; alors que pour les femmes c'est différent : il y a certes des médecins, mais la majorité ne le sont pas. Ca renvoie aussi à toutes les images que l'on a dans les CA des hôpitaux auxquels les élus à la santé doivent participer en général : beaucoup de femmes élues avaient du mal dans certains conseils d'administration, car on a surtout des hommes présidents de CME... et on a la plupart du temps des professeurs masculins en face de soi... le pouvoir médical est représenté par des hommes, même si c'est une profession féminisée au niveau des médecins !... les premières femmes élues chargées de la santé avaient beaucoup de difficultés à se faire reconnaître dans les institutions... si bien qu'un certain nombre de maires ne les mettaient même pas dans les CA des hôpitaux (et ceci a été confirmé par des travaux récents)...

Elu 13 - Sur les thématiques confiées aux hommes ou aux femmes, il faut nuancer, car ça dépend aussi de la politique de la municipalité.

Une remarque a été faite dans le séminaire concernant les différences de genre: les rapports de domination homme/femme travaillent la société dans son ensemble, de sorte que les femmes apparaissent plus vulnérables en termes de santé mentale (par exemple plus dépressives). Toutefois, il ne s'agit pas de se méprendre sur la réalité de ce phénomène dans la mesure où l'on peut aussi l'interpréter comme le résultat d'une meilleure acceptation de la souffrance. Le séminaire n'a pas permis de trancher entre les deux options : une vulnérabilité sociale croissante des femmes en souffrance, ou une meilleure acceptation et visibilité de cette souffrance favorisée par la féminisation des fonctions d'adjoint à la santé, comme dans les métiers du travail social et de la santé. Cependant, la seconde option paraît intuitivement plus plausible, elle favoriserait l'empathie et la sollicitude. Cette capacité "féminine", nous l'avons écrit plus haut, concerne aussi bien les hommes que les femmes, bien que les normes et stéréotypes d'une époque exercent une empreinte indéniable à leur endroit.

c - La variété des conditions d'exercice des hospitalisations d'office²³

Elu 5 - Je signe sur certificat médical que je fais refaire dans certains cas... selon les villes, on a des pratiques très différentes sur ces questions là : il y a des villes de même taille que la notre qui n'ont jamais d'HO !... il y en a qui ont des chiffres incroyables, et il y en a qui ne seront jamais confirmées par le préfet... qu'est-ce qui se passe ?

Le constat, au-delà des ressources personnelles des élus, tient à la grande diversité des procédures et des modes de gestion des HO d'une ville à l'autre, mais aussi d'un élu à l'autre, y compris au sein d'une même municipalité : "Ce n'est pas la même lecture en fonction de la personne qui signe l'HO : l'adjoint à la sécurité va signer en lisant le document sous l'angle de la sécurité..."²⁴ ; et ce, malgré l'existence fréquente d'une fiche pratique dans le classeur ou la mallette de l'élu de garde.

Le maire ou ses adjoints amenés à signer l'arrêté provisoire d'hospitalisation sous contrainte témoignent en effet de leur difficulté à manier le pouvoir dévolu par les textes légaux, tant au niveau personnel que dans une perspective de santé publique. Plusieurs questions ont été soulevées, qui ont permis de mettre à jour les mécanismes autour desquels s'opèrent les principales différences de perception et de pratiques.

L'inégal degré d'exposition des acteurs participant à la gestion coercitive des problèmes de santé mentale semble contribuer à l'explication de leur inégale mobilisation sur le terrain. En effet, l'analyse des "risques" évoqués par les élus dans leur engagement de proximité paraît surtout liée à la gestion des effets sociaux de leurs décisions sur le moyen et le long terme. Ainsi, le risque de désaveu consécutif à une levée rapide de l'hospitalisation d'office, et l'incompréhension de la décision par la personne concernée ou son entourage, peuvent expliquer le faible engagement d'acteurs tels que les élus ou les médecins libéraux dans le circuit, au profit d'acteurs plus protégés tels que le commissaire de police ou le médecin hospitalier des urgences.

23 - Pour une actualisation des références réglementaires et techniques à considérer dans la mise en œuvre des HO, on peut se référer notamment au récent manuel publié par la Haute Autorité en Santé (HAS, ex ANAES) : Recommandations pour la pratique clinique, " Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux ", avril 2005.

24 - Elu 13.

Outre qu'elle a permis de rappeler la complexité des situations sociales qui mènent à l'hospitalisation d'office, la description de cas concrets a mis en évidence des différences d'une ville à l'autre qui jouent indépendamment des variables liées à la profession et au sexe de l'élu(e). La configuration propre des villes, qui conditionne la distance entre les élus de leurs administrés, semble ici déterminante en ce qu'elle impose une gestion objective et subjective des hospitalisations contraintes : on ne peut pas agir de la même façon dans une petite ville, où "tout le monde se connaît", et dans une grande ville, où "personne ne se connaît".

Les travaux de Michel Foucault relatifs à l'exercice du pouvoir au travers des politiques du corps et du vivant²⁵ sont à invoquer ici, car ils permettent de mieux objectiver les enjeux de positionnement des élus locaux qui, souvent situés dans une position tierce entre les publics et les institutions, peuvent, selon leurs choix stratégiques, contenir ou favoriser les systèmes dominants, essentiellement organisés autour des référentiels médicaux ; ils peuvent ouvrir la possibilité que se modifient les points de résistance autour des déterminants sociaux, culturels et économiques de la santé mentale.

1.2 Un déficit de formation et d'information des élus

Le malaise des acteurs confrontés à "la misère du monde" provient fréquemment d'un déficit d'information et de formation sur les spécificités des populations en situation précaire. Ces déficits conduisent à développer des stratégies inadaptées qui les mettent personnellement en difficulté et produisent des effets contraires à ceux consciemment visés. Ainsi se génèrent des dynamiques anti-préventives susceptibles de compliquer les conditions de prise en charge des problèmes de santé mentale.

La relecture de l'histoire des situations problématiques, relevant a posteriori l'importance des signes avant-coureurs de la détresse extrême à laquelle les élus doivent faire face, apparaît ici comme un bon moyen de proposer une approche préventive.

a - La méconnaissance de l'état des populations

La bonne résolution des problèmes de santé mentale passe par une connaissance des déterminants de la santé des populations, ce qui, au niveau local, constitue souvent un obstacle du fait de la rareté des systèmes d'observation fonctionnant à l'échelle territoriale des municipalités, même si, pour ce qui réfère aux Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS), la connaissance de "l'état social" des populations fait l'objet d'une obligation légale depuis 1995. L'observation en santé est en effet un exercice délicat et coûteux à mettre en œuvre et qui peut rapidement s'avérer difficile à porter lorsqu'il révèle une réalité inquiétante, tant du point de vue des populations que de celui des institutions :

Elu 5 - ... C'est une mission des villes, il y a eu un décret, et c'était même le devoir des CCAS... mais, quelle ville a appliqué ce décret de 95 pour avoir un état social de sa popula-

25 - Cf. notamment Histoire de la sexualité 1 : la volonté de savoir (chapitre IV le dispositif de sexualité - La méthode, pp. 121-135), où Michel Foucault aborde la question des anatomo et biopolitiques, dans son analyse " d'un certain type de savoir sur le sexe, en termes non de répression ou de loi, mais de pouvoir ".

tion ? ... on est sur des sujets sensibles... A Ville Elu 5, je me suis beaucoup battue pour que ça se mette en place, c'est la loi, on l'applique... il y a un très gros CCAS à Ville Elu 5, donc, on pouvait dégager un peu de temps pour mettre quelqu'un là dessus... on a eu un début de quelque chose, une personne qui a un peu compilé des premières données, etc... c'était fort inquiétant... c'est resté dans un tiroir !... aucun élu ne le connaît !... je suis au CA du CCAS, donc, je le connais... mais aucun élu de la ville n'a connaissance de l'état social de cette population, alors qu'il y a eu un début de travail...

Elu 16 - Une jeune étudiante qui prépare un DESS travaille actuellement sur les urgences. Elle a demandé si elle pouvait le faire aux urgences du CH de Ville Elu 16. Le CH de Ville Elu 16, c'est 15.000 passages/an aux urgences... pour une population de 19.500 habitants c'est énorme !... on s'est rendu compte que les communes extrêmement défavorisées se servent du service des urgences comme ailleurs des médecins libéraux...
...ça m'a interrogé. Je demande à cette jeune femme "est-ce que vous avez fait des comparatifs avec des villes qui ont la même structuration de population que Ville Elu 16 (population extrêmement vulnérable, population hétérogène d'un point de vue ethnique) ?". Elle me dit : "J'ai essayé, mais je ne peux pas". Les données qu'on demande aux populations quand elles rentrent aux urgences sont des données qui ne peuvent servir ni d'un point de vue social ni du point de vue d'un travail sur les différentes pathologies. Les seules données que l'on nous demande, c'est pour faire du PMSI²⁶...

Le récit suivant fournit un contre exemple de la méconnaissance de l'état des populations : la mise en place d'un ensemble de services techniques locaux s'avère être en pratique un outil préalable à la remontée des informations en direction des élus, ainsi qu'à la construction d'une stratégie d'action. Cet exemple montre en outre que le développement d'un service entièrement consacré à la connaissance des populations locales débouche parfois, incidemment, sur la découverte de situations d'extrême pauvreté jusque-là invisibles.

Elu 13 - Je voudrais rebondir sur ce qui vient d'être dit, en parlant de ce qui se passe dans ma ville. C'est mon premier mandat en tant qu'adjoint à la santé... après avoir été conseiller municipal d'opposition... et je me rends compte que, selon la place qu'on occupe, on n'a pas le même regard sur ces questions... je dois dire aussi que j'ai hérité d'une situation particulière (je fais un bref rappel d'une situation antérieure), puisque c'est depuis début 90 que notre municipalité a décidé de prendre dans sa compétence la santé, et qu'encore aujourd'hui nous sommes la seule ville de la communauté urbaine à le faire... ainsi, la ville a mis en place un ensemble de services techniques que l'on appelle la DGAS (Direction Générale des Affaires sociales et de la Santé), ce qui n'existe pas dans beaucoup de villes, et qui est très différent du CCAS... c'est-à-dire qu'il y a un service propre qui se met à réfléchir et qui a abouti à une réflexion sur la précarité dans notre ville, qui tenait compte de sa spécificité... je pense que la précarité est assez différente d'une ville à l'autre... je dirais même que dans une ville comme la mienne, elle peut varier d'un quartier à l'autre... les maires de quartiers me le disent : on n'a pas tout à fait la même situation... comme vient aussi de le souligner Elu 5, entre les quartiers plus populaires ou les quartiers plus aisés, il y a des différences assez marquées... et on a aussi un souci de sécurité chez nous... comme ma ville est avant tout une ville paupérisée, c'est surtout un besoin de sécurité qui s'exprime... ce qui fait que

26 - Programme de Médicalisation du Système d'Information.

je travaille beaucoup avec l'adjoint à la sécurité, qui m'interpelle très souvent, notamment sur les HO... Mais ce que je voulais dire, c'est que j'ai trouvé un service, la DGAS, très sensibilisé à ces questions, qui permet de faire remonter les problèmes... on a donc une direction propre santé... et cela est important car je vais vous dire en quoi ça m'aide : sur la précarité, ils avaient déjà réfléchi, ils ont créé une structure porte ouverte... c'est un bâtiment municipal d'ailleurs, avec des fonctionnaires municipaux, qui favorise une réflexion sur comment aller vers des gens en grande précarité qui ne se préoccupent plus du tout de leur santé et décrochent même de leurs droits sociaux... on a fait une première tentative en adoptant une stratégie d'accueil, afin de les laisser venir... cette expérience qui est passionnante marche bien... c'est une porte ouverte où l'on peut s'asseoir, boire du café, se chauffer, on peut prendre une douche, laver son linge... et c'est seulement à partir de là qu'on peut envisager de commencer à entrer dans une réintégration (tout du moins, là, il y a des travailleurs sociaux). D'autres expériences ont aussi été menées comme par exemple un travail qui a été fait plus particulièrement sur les sourds et les malentendants, il y a l'alcool également, mais pas la toxicomanie parce qu'elle est traitée en un autre lieu. Un autre exemple intéressant concerne le jour où le directeur de la DGAS me fait remonter par mél. : "il faut absolument que je vous vois... dans un quartier, je viens de faire une analyse de poux particulièrement virulent", et on a détecté que là il y avait un certain nombre de familles qui posaient problème. On s'est mis autour d'une table, on a organisé l'affaire et effectivement on a envoyé quelqu'un à domicile, dont aujourd'hui c'est la fonction de s'occuper des poux, une fille qui va donc à domicile ... on a détecté 40 familles dans le dénuement le plus total !... je me suis déplacé personnellement pour aller en voir quelques-unes, et je vous assure qu'après 35 ans de métier, je n'avais jamais vu ça ! jamais !... ça serait trop long de donner le détail, mais ce que je voulais dire, c'est qu'à partir de là, on a pu détecter 40 familles en difficultés, et commencer un travail en faisant fonctionner le réseau (le caritatif...) : certains enfants dormaient à même le sol sur des palettes ...! Oui, les enfants dormaient sur des palettes ! 40 familles ! qui ont été détectées uniquement par le biais des poux... parce que l'on a un service qui est en capacité d'enregistrer, d'analyser, d'aller sur place et ensuite d'avoir une réflexion... je donne cet exemple parce que c'est vrai que l'on a souvent des difficultés si l'on ne se structure pas ... Dans ma ville, mon boulot depuis trois ans a été de consolider cette chose là en disant ce que nous faisons à une équipe municipale qui quelques fois nous dit : "mais la santé, ce n'est quand même pas notre compétence"... parce que ça coûte...

Le témoignage suivant atteste de surcroît de l'utilité, en terme de santé mentale individuelle et collective, d'un partage des connaissances entre partenaires de différents champs.

Elu 11 - *Finalment les solutions, quand on a vraiment des problèmes graves, c'est de faire appel à l'assistante sociale de l'hôpital psychiatrique, de voir si effectivement ce ne sont pas des gens qui sont en rupture de soins, si ce ne sont pas des gens qui ont besoin d'être de nouveau suivis, s'ils n'ont pas eu un parcours psychiatrique important avant... on retombe sur beaucoup de ces situations là dans les plaintes reçues dans ce service... je sais bien qu'elles ne sont pas toujours gérées par les élus chargés de la santé, mais plusieurs adjoints à la santé ont essayé de récupérer ça pour avoir une meilleure connaissance de ce qui se passe notamment dans le patrimoine général de la ville et ce qui se passe par quartier... car c'est un excellent indicateur du bien être social des personnes. Ça correspond à la démarche du réseau Villes Santé de l'OMS, qui vise le bien être physique, le bien être social et psychique. Je suis assez intéressée par l'éclairage des psychiatres pour voir comment on peut parfois réagir à*

ces délires de persécution...

Plus généralement, le problème se pose pour toutes les situations individuelles dans lesquelles la demande de prise en charge n'existe pas ou ne dépasse pas le champ de compétence mobilisé.

Elu 5 - Lorsque Jean Furtos nous dit que "l'absence de demande est un signe de gravité"²⁷, ça voudrait dire que tous les cas gravissimes, nous ne les connaissons pas ?!... ; on ne verrait, nous comme élu(e), qu'une petite marge de ceux qui vont mal et qui demandent !... le travail social marche beaucoup comme ça... le travail social n'a pas toujours accès aux populations les plus fragiles, parce qu'il n'y a pas de demande et que le travail social est tellement dans cette construction du projet individuel !...

Elu 5 - Pour vous donner un chiffre : au centre de santé de Ville Elu 5, on travaille sur la précarité : sur les 20.000 patients/an que l'on a, plus de 50% sont des grands précaires, mais lorsqu'on examine la situation de ces derniers, on se rend compte que 54% de ces grands précaires, connus et suivis au centre de santé, n'ont pas de suivi social !... on est dans l'urgence médicale... il n'y a pas assez de place pour les problèmes sociaux... ce n'est pas un manque d'équipements ni de professionnels...

Enfin, les discussions ont pointé la nécessité de développer une information intercommunale afin de recenser les expériences locales productrices d'une meilleure connaissance de l'état des populations comme préalable à l'action. Le groupe de travail institué par l'ONSMP-ORSPERE constitue en l'occurrence une ouverture pour le partage de méthodologies en la matière.

**b - Entre engagement personnel et responsabilités formelles :
le cas spécifique des hospitalisations d'office**

Il est apparu qu'à l'exception de l'un d'entre eux, aucun élu(e) participant au séminaire ne connaissait avec précision l'ampleur des hospitalisations sous contrainte sur sa commune²⁸. Face à la méconnaissance et en l'absence de données précises sur ce dispositif, la DIV a souligné l'intérêt de lancer une étude nationale qui permettrait de clarifier la situation.

Une autre difficulté a été pointée dans le cadre des délégations de signature : le témoignage d'une adjointe à la santé a permis de rendre compte des difficultés liées à la notification de l'hospitalisation à la personne concernée. En l'occurrence, l'annonce de l'HO à la personne dans un commissariat de police, ce qui a provoqué le malaise d'une élue débutant son mandat. Une telle anecdote atteste de la nécessité d'acquiescer les "codes" utiles non seulement au bon déroulement de l'hospitalisation d'office mais également au vécu de légitimité de l'élue.

Elu 5 - Dans le cas d'une HO, je m'étais donné l'engagement d'aller rencontrer la personne pour qui je signe l'arrêt. Une personne était au commissariat de Police, en garde à vue, on m'avait dit qu'elle était très dangereuse. J'y vais... j'arrive au commissariat en demandant

27 - Cf. Annexe 2, p. 77 et p. 79.

28 - Le taux d'HO pour la France était de 15 HO pour 100 000 habitants en 1999, et de 16 en 2001, contre 11 HO pour 100 000 en 1992 (chiffres du rapport Piel-Roelandt suscité).

à voir cette personne pour lui lire l'arrêté que je viens signer: dans cette cellule était un pauvre monsieur tout maigrelet qui s'était fait pipi dessus, dans un état de prostration totale (le danger n'existait donc pas à cet instant là). Je lui ai lu l'arrêté et je suis vite partie les jambes à mon cou !

J'étais celle qui était censée avoir le pouvoir, le type dans sa cellule m'appelait Procureur... il y avait une confusion complète. Je ne me voyais pas, entourée de ces 25 policiers, ré-expliquer quel était le rôle de l'élu(e) dans la signature de l'arrêté. Je me trouvais dans une situation où je ne pouvais exercer mon pouvoir. C'était humiliant d'être la risée de tout le commissariat...

Ca reste malgré tout un moment fort du début de mandat, de l'apprentissage des débuts qui ne sont pas évidents, il y a à apprendre tous ces codes... c'est vrai que depuis cet épisode je l'ai toujours refait dans le circuit hospitalier, et je ne suis jamais retournée à l'hôtel de police !...

Plus généralement, et au-delà de cet exemple, les élus ont souligné qu'il était "plus facile de signer que de ne pas signer", tant l'organisation municipale et politique a l'habitude de s'appuyer sur l'avis médical ayant conclu à la nécessité de l'hospitalisation. Transparaissent également des commentaires les difficultés propres à l'hyperactivité des élu(e)s, qui n'arriveraient plus à prendre le recul nécessaire à une prise de décision éclairée.

Elu 5 - ...Je trouve qu'il y a des choses extrêmement fortes qui ont été dites sur les HO, sur le pouvoir, les pratiques, et une phrase de Elu 11 "Il est plus facile de signer que de ne pas signer"... j'ai trouvé cette phrase très forte, car signer c'est aussi simplifier la vie de l'élu(e).....

Elu 11 - Il m'est arrivé de refuser des HO pour des raisons d'horaires... chez nous, on se déplace obligatoirement au commissariat, parfois au domicile... jusqu'à il y a deux ans, c'était l'élu(e) chargé de la santé qui était appelé en priorité avec trois personnes en dessous... mais comme je suis assez souvent absente, les collègues en avaient raz le bol : maintenant, c'est celui qui est de permanence de semaine qui s'en occupe et éventuellement, je suis aussi appelée si je suis là... ça a changé les choses, ce qui fait le plaisir de la police... parce que les adjoints qui ne sont pas dans le secteur sanitaire, on leur donne un certificat médical, ils se déplacent à 3 ou 4 heures du matin, et ils signent... ça m'est arrivé de refuser de signer deux ou trois fois... mais refuser de signer une HO, ça prend du temps !...

Elu 6 - Tu ouvres une autre question : si on ne signe pas, si on considère qu'il n'y a pas de dangerosité, tu considères que tu dois continuer à prendre en charge la situation psychologique, ou psychosociale présentée par la police, elle te concerne en tant qu'élu même surtout s'il n'y a pas lieu à HO ?

Elu 11 - Je ne quitte pas avant d'avoir trouvé une autre solution par rapport à l'HO... c'est un problème de responsabilité... c'est beaucoup plus facile de signer !...

L'interrogation sous-jacente à cette affirmation concerne l'indépendance du pouvoir de l'élu par rapport à l'avis de l'expert médical. "L'impression" d'avoir "le pouvoir sans la compétence" contribue en effet à favoriser la conformité de l'arrêté municipal avec l'avis

médical, au point que l'élú se sent parfois instrumentalisé par le corps médical ; d'autres élus acceptent fort bien d'être dans l'obligation de faire confiance au certificat médical, n'étant pas en position d'analyste critique sur le terrain.

Partant, le premier facteur de différenciation des modalités d'intervention renvoie donc au degré d'information de l'élú, en terme de maîtrise du dispositif, et au degré de conscience des enjeux propres aux hospitalisations d'office. En l'occurrence, la connaissance des élus semble souvent relativement faible, ce qui fragilise nécessairement le déroulement de l'intervention, voire son bien-fondé. Certains élus réclament une autre préparation à la gestion de cette procédure, qui mériterait la mise en place de formations spécifiques.

Elu 1 - C'est un travail permanent qui doit être fait par les élu(e)s. Personne n'est formé à cela quand on est élu et le rôle respectif du fonctionnaire, des services et des élu(e)s est très compliqué : qui est le patron, qui fait quoi, on est toujours sur le fil du rasoir, ...

Elu 6 - Dans ma ville, on est 15 adjoints, et les adjoints signent quand ils sont de permanence... au premier mandat, un certain nombre m'ont dit qu'ils ne savaient pas quoi faire...

Elu 5 - Pour continuer sur ce que ça m'a évoqué le débat sur les HO... je me suis dit qu'il y avait besoin d'une formation des élus pour cette première partie. Il y a un droit ouvert à la formation des élus, mais quels sont les élus qui profitent de ce droit ? A mon avis pas beaucoup. C'est aussi un problème de la mise en œuvre de la loi démocratie de proximité, ainsi que de formation des élus. Il y a un vrai problème de formation, d'accès tout simplement à la prise de distance, à la pensée...

2 - LES LIMITES DE L'INTERVENTION INSTITUTIONNELLE : UN ELU FRAGILISE

La fonction d'interpellation de l'élú, que nous reprendrons plus loin, souligne le travail proprement politique de l'élú qui tente de générer des conditions de vie locales favorables à la santé mentale des citoyens mais aussi les limites de la gestion globale d'une souffrance située à l'interface du "social" et du "psychologique".

2.1 - La fragilité du cadre de référence institutionnel des élus

Les échanges relatifs aux conditions d'engagement des communes dans la gestion des problèmes de santé publique comme ceux de santé mentale révèlent la fragilité du cadre de référence institutionnel des élus.

a- L'absence de cohérence des politiques sociales et l'inadaptation des cadres d'accueil de la détresse psychosociale

Le cadre de référence des élus correspond le plus souvent à une position pragmatique, face à l'ampleur des problèmes, plutôt qu'à un projet défini en cohérence avec les institu-

tions chargées des politiques publiques de santé, en particulier l'Etat, qui détient les compétences en matière de politiques de lutte contre l'exclusion. On observe une incidence locale des désengagements des politiques de lutte contre l'exclusion menées par l'Etat : après avoir contribué à des programmes participatifs, notamment grâce aux PRAPS, l'Etat réduit les moyens de manière drastique, ce qui fragilise les dispositifs de soutien social de proximité aux plus défavorisés. Le domaine de la santé scolaire apparaît emblématique :

Elu 6 - Dernier point sur les transferts que l'on prend en charge : les psychologues municipaux qui ont travaillé avec la PMI, qui normalement relève du département, avec les réseaux d'aide et de soutien qui sont désertés par l'Education Nationale, pour lesquels peu ou prou on essaie de financer des postes d'éducateurs, de psychologues, de bricoler de ci, de là...

Elu 5 - ... Je pense aussi à la santé scolaire : on a un gros service de santé, 80 personnes, fait unique en France ; on a 15 AS pour la ville de Ville Elu 5 pour le primaire. Seule ville en France où l'on a des AS en élémentaire. Sur la question de la santé mentale, on a une entrée tout à fait intéressante auprès de la famille, du suivi, des enfants signalés... ; on a l'impression que la ville fait tellement mieux que celui qui a la compétence réglementaire, là en l'occurrence l'Etat et l'Education Nationale. Quand on voit la misère de la santé scolaire de l'éducation nationale, on se dit : on ne va pas se retirer de ça, même si ça coûte en effet énormément cher et que l'Education Nationale ne nous donne pas un centime pour le faire, etc. C'est même scandaleux. En même temps, on est en capacité de pouvoir faire des choses bien, quand il y a des enfants signalés, de ne pas faire des bilans comme le fait l'éducation nationale, à la chaîne, et puis voilà, on fait des bilans, on a des enfants bilantés, on est content mais c'est autre chose de pouvoir revoir les enfants signalés, de les suivre jusqu'à la mise en place de quelque chose par rapport au signalement. Cette histoire de la compétence de la ville, d'en prendre plus, c'est très tentant parce qu'on a tellement l'impression que c'est un échelon pertinent sur la question de la santé publique et qu'on est performant ; ... Ca pose des questions financières difficiles.

L'autre facteur qui semble entraver la cohérence des politiques publiques locales et nationale réside dans les différences du rapport au temps des acteurs locaux dans la gestion des problèmes. L'institution municipale apparaît en première ligne quant aux demandes des citoyens et des professionnels, mais il y a un décalage entre le temps de la plainte et le temps inhérent à la réponse municipale, qui intervient comme facteur aggravant du sentiment d'impuissance des élus :

Elu 5 - Un autre facteur de tensions entre les décideurs politiques et les acteurs de la ville c'est les différences d'appréhension du temps... par exemple il y a une grève des médecins libéraux de garde à Ville Elu 5, qui démarre aujourd'hui, parce qu'ils veulent qu'on leur achète une voiture ; mais la demande de subvention officielle est arrivée il y a seulement 15 jours... on n'est pas du tout sur les mêmes temps... avec une demande de subvention il y a 15 jours et un courrier que l'on a reçu il y a une semaine, ils se mettent en grève à partir d'aujourd'hui... ce n'est pas du tout le temps de la ville... c'est aberrant !

L'histoire rapportée ici sur le couple algérien montre les limites des capacités d'accueil et de gestion des situations de grande détresse lorsqu'elles se présentent aux guichets de l'institution municipale, laquelle se trouve en décalage avec l'expérience des publics sin-

gulièrement fragilisés et stigmatisés par leur histoire et leur condition. La double tentative de suicide dans le cas du couple algérien déjà présenté constitue un risque qu'il conviendrait, idéalement, de prévenir, mais comment ?

Le cas du couple algérien (suite)

Elu 1 - On découvre à un moment donné qu'effectivement cette femme a pu partir en Algérie avec seulement deux des enfants, elle disait que son mari gardait la troisième petite fille en otage... en fait, elle voulait repartir dans sa famille pour ne pas revenir... il y a eu tout un imbroglio qui a abouti à un moment donné à ce que cette femme, qui n'en pouvait plus, s'est jetée sous une voiture en revenant d'Algérie !

...Elle a été envoyée avec ses trois enfants dans un lieu inconnu du mari... [alors que] cette femme était identifiée comme quelqu'un qui affabulait ...

Les gendarmes m'en parlent et quand ils voient le nom, il y a un nouveau major, qui dit : "oh mais, le gars, je le connais bien !... je l'ai eu en face de moi dans une prise d'otage à la gendarmerie...", ce qui fait que déjà le gars est étiqueté violent, et à partir de là tout se met en place contre cet homme...

C'est alors que le mari est venu me voir à la mairie, il voulait voir le maire et pas l'AS !... je l'ai reçu avec l'AS et pendant une heure on a parlé avec cet homme qui s'est effondré... et peu de temps après, il a fait lui-même une tentative de suicide... il est actuellement entre la vie et la mort... Il s'est tiré une balle près du cœur... et ce que le gendarme m'a dit après, à propos de ce monsieur, m'a interrogée : il m'a dit qu'après tout il avait payé... car à un moment donné, il était aussi allé s'effondrer près de la gendarmerie...

Ce qui me pose question dans ce cas, c'est qu'il a fallu que cette femme arrive à faire cette tentative de suicide pour que des choses se déclenchent. Je m'interroge aussi sur notre difficulté à entendre la souffrance de cet homme... je me demande si le fait de l'avoir étiqueté violent ne nous a pas empêchés de percevoir qu'il n'allait pas bien non plus... je me demande ce que nous aurions pu faire pour éviter ce drame... on ne pouvait peut-être rien faire... mais on pouvait peut-être travailler autrement !...

S'occuper de ces familles, c'est d'autant plus délicat que sur notre commune ils n'ont pas d'attaches familiales, puisqu'ils ont eu leur logement par attribution de la préfecture, c'était un cas d'urgence avec naissance de triplés... ce sont des gens qui arrivent sans connaître personne... dans un premier temps il avait trouvé du boulot, mais lui a été malade, et après il n'avait plus de boulot... elle ne travaillait pas... et sans travail, les dettes de loyer commençaient à s'empiler, dettes d'électricité... on est dans la règle des 80/20 : généralement dans la vie, tout se règle dans 80% des cas par une procédure normale et 20% par quelque chose d'un peu plus... l'envahissement psychique que l'on évoquait précédemment se produit justement lorsqu'on est dans les 20% parce que c'est plus prégnant, à savoir que, quand toutes les structures ont épuisé toutes leurs ressources et quand les travailleurs sociaux se sont épuisés eux-mêmes, on se tourne vers l'élue(e) pour essayer de trouver une solution... c'est ce que l'on voit en CLI... mais nous on n'en sait pas plus !

Ce que je voudrais apporter au groupe, c'est que l'on ne sait pas toujours quoi faire et quoi dire ? Qu'il faut que l'on arrive à faire quand même ? ou doit-on admettre qu'il y a des choses que l'on ne sait pas faire ?... mais que se passe-t-il alors pour ces personnes puisque dans ces cas on est apparemment leur dernier recours ?

L'action de l'élu(e), comme celle d'autres intervenants, trouve ici ses limites : le suicide intervient certes comme le dernier moyen d'une impossible communication entre deux êtres en souffrance, mais aussi entre ces êtres et un système qui, centré sur le symptôme, cherche la justification de la souffrance psychique avant de la reconnaître et de la prendre en charge.

Au seuil des représentations sociales dominantes, la fonction et les capacités des intervenants sont effectivement mises en question par la réalité de la souffrance psychique en rapport avec une situation sociale précaire, qui, en l'absence d'une véritable reconnaissance, se retourne contre les acteurs, générant, à son tour souffrance et perturbations au sein des institutions. Il y a donc un intérêt certain à poursuivre la réflexion sur le processus de disqualification institutionnelle produit par la complexité de la souffrance psycho-sociale, dont les effets résident dans la déstabilisation des dispositifs d'accueil ordinaires et l'interpellation des acteurs institutionnels sur le registre de leurs " responsabilités ".

Elu 1 - ... On perçoit que, dans certains cas, on se sent impuissant malgré un travail partenarial entre la mairie, la gendarmerie et le conseil général... c'est pour mettre en lumière la difficulté que l'on a à travailler avec différents partenaires, au motif de la transparence, du secret, mais aussi de nos propres limites à intervenir sur des situations complexes...

b - Rapports de pouvoir et insuffisance des stratégies transversales. La production locale de haine.

Comme nous l'avons fortement suggéré, l'analyse des rapports qu'entretiennent les élus locaux avec l'objet "santé mentale" conduit naturellement à la mise en évidence de sa pleine appartenance au domaine du politique, en tant qu'il est soumis à des "relations de pouvoir mobilisées dans l'espace public pour le contrôle des décisions et des actions qui ont pour objet des biens considérés comme collectifs"²⁹,

La souffrance de certains groupes sociaux singulièrement fragilisés dans leurs conditions d'existence est aggravée par ses effets désorganisateur sur les dispositifs de droit commun destinés aux publics vulnérables, et par des antagonismes plus ou moins explicites entre institutions et/ou opérateurs qui en ont la charge.

Il est question des rapports de pouvoir entre l'Etat, les municipalités et d'autres collectivités politiques, et des rapports personnels entre les élus locaux, leurs publics et leurs partenaires (notamment la police, la médecine de ville, la psychiatrie publique, l'école).

Les relations inter-institutionnelles et/ou inter-partenariales non régulées menacent en effet l'accès des publics concernés aux services, et perturbent psychiquement les personnels qui y travaillent, avec des effets psychiques dévastateurs.

29 - Cf. le préambule introductif de l'ouvrage de Didier Fassin (L'espace politique de la santé, PUF, décembre 1996, p. 24) consacré à l'étude des transformations des rapports de pouvoir qui sont en jeu dans la gestion de la maladie dans les sociétés, à travers lesquels l'auteur tente de réaliser une généalogie de l'espace politique de la santé. L'auteur précise ici, que sa définition du politique repose sur quatre éléments principaux, à savoir : " les relations de pouvoir, qui sous-tendent toute structuration d'un champ ; l'articulation des sphères publique et privée, qui résulte d'un processus historique et produit le domaine d'expression du politique ; le contrôle des décisions et des actions, qui correspond au niveau spécifique de l'intervention politique ; enfin, l'orientation invoquée vers des biens collectifs, qui légitime la mise en œuvre des rapports de forces publics ".

L'écrit ci-dessous témoigne clairement de la difficulté de stratégies transversales où les maires puissent jouer pleinement leur rôle.

Contribution écrite de Michèle Vullien : "Le Maire et le Préfet : moderne fable"

Je voudrais revenir sur le sujet des demandeurs d'asile traité dans la plus grande indifférence générale.

Lors des tragédies comme l'incendie de deux jeunes filles dans une caravane au milieu des immondices, le serviteur de l'Etat déplore, on communique consterné... Les rapports et les notes de synthèses des énarques succèdent aux statistiques et l'on prend des décisions, chiffres à l'appui.

Regrouper quelques 160 personnes dans un même hôtel paraît logique puisqu'il semble y avoir le nombre de matelas nécessaire et un tenancier volontaire pour encaisser de confortables subventions...

Ah bon ? Il ne faut pas mélanger serbes et croates ? Ni les clochards de nos rues avec un pasteur angolais réfugié avec sa femme et six enfants ?

Des femmes enceintes dites-vous ? Le linge de toilette semble aussi sale après qu'avant lavage par l'hôtelier ? Des pères se plaignent des infections de leurs enfants par manque d'hygiène de l'hôtel ?

Des mères de familles ont interdiction de sortir de la chambre avec leurs enfants de peur des bagarres ? Des grillages ont été installés autour de l'hôtel ?

Les gendarmes sont appelés fréquemment pour des violences à répétition ?

Mais si, il y a une assistante sociale voyons ! Vous savez qu'elle doit s'occuper de plus de 800 personnes dispersées dans 35 points différents de l'agglomération ?

Je ne sais pas comment faire et d'ailleurs nous sommes débordés comme vous pouvez le constater puisque je ne réponds même plus à vos lettres!!

La souffrance ? Mais quelle souffrance ? Où voulez-vous que je les mette tous ces " dossiers " que mes services étudient ...S'il y en a qui attendent depuis septembre 2003 ce n'est pas ma faute mais ils sont si nombreux et puis avec la RTT et les vacances qui s'approchent...

Voici donc la " suite " de cette lamentable histoire : je me suis rendue dans l'hôtel avec l'adjointe au social et celle à l'enfance, avec notre assistante sociale communale et celle de l'association SSAE ainsi que notre responsable accueil enfance. L'hôtelier était absent et la réunion avec les demandeurs d'asile tournait surréaliste !! Ne parlons pas des chaises de la salle des petits déjeuners où nous avons hésité à nous asseoir tellement l'hôtelier ne remplit plus ses obligations de nettoyage !

Des gens tellement différents les uns des autres, n'ayant plus de points de repère, ne sachant plus quoi espérer... Nos trois interprètes effarées faisaient de leur mieux...

Aucun service de l'Etat n'a participé à cette réunion et je relance ce jour le Préfet pour qu'il nous aide à organiser les journées désœuvrées des grands et des petits. La tension monte dans le quartier et les pierres volent sur les voitures...

J'ai refait le point avec le responsable de notre gendarmerie profondément désarmé et révolté de n'avoir pas été prévenu ni d'avoir reçu des moyens supplémentaires en effectifs. La responsable des services de la maison du département n'a aucune instruction particulière mais tient la liste aléatoire et non exhaustive des aides diverses et bons d'urgence.

Avec mon équipe nous essayons d'apaiser le voisinage en sensibilisant les consciences à cette détresse mais la peur et la haine, cela s'installe vite.

Je crois que nous sommes en plein au cœur du sujet de nos entretiens : l'élus confronté à la souffrance de gens venus d'ailleurs et qui ont atterri là un peu au hasard, à la souffrance et

*au rejet des citoyens qui ont envie de vivre en paix et qui ont assez du fardeau de leurs propres soucis, à la souffrance de mes adjointes et des travailleurs sociaux...
Quant à moi je crois que je ne souffre pas mais que je suis en profonde révolte !... C'est sans doute le symptôme de ma propre souffrance...
La poudrière est prête...pourvu que personne n'allume la mèche !*

Ce cas des demandeurs d'asile a été décrit comme symptomatique d'un manque de concertation entre l'autorité préfectorale, les élus locaux, les fonctionnaires de police, les écoles, le Conseil Général, les associations. Cette concertation constitue le préalable à un partenariat utile à la santé mentale des populations concernées ; elle constitue, lorsqu'elle est en place, le cadre qui rend l'expression de la demande d'aide et de reconnaissance possible, à défaut de quoi celle-ci se transforme en plainte indifférenciée, en symptômes ou en violence.

Elu 16 - J'ai vécu une expérience similaire de " mépris institutionnel ", lorsque j'ai appris par la presse, que le ministère de la Justice avait acheté un château sur ma commune pour mettre des délinquants !...

En référence à la problématique des conditions de gestion des populations migrantes, plusieurs élus participants au séminaire ont témoigné des perturbations individuelles et collectives générées par le manque de concertation entre les services de l'Etat et les municipalités, qui peuvent parfois opérer comme de véritables générateurs de haine et de dissociation sociale qui facilitent les dynamiques psychosociales de persécution ; nous revenons sur ce point en abordant la question des plaintes, précisant cependant que les mécanismes de persécution ici en cause déploient une dynamique psychique à différencier des persécutions de type bourreau-victime dans la réalité des chairs et des esprits. Il est important, dans toute analyse, de discriminer ces deux niveaux de réalités, même s'ils peuvent être intriqués.

Le cas des demandeurs d'asile a été très commenté. Un fort contingent des pays de l'Est a donc été orienté sur une petite ville de 8 000 habitants, sans réelle coordination entre les services de l'Etat et les services de la commune (mairie, gendarmerie, école). Les adultes et les enfants " débarquent " dans un hôtel, sans préparation, sans accueil anticipé par la population, orientés vers les hôtels. De nombreuses situations rapportées au groupe ont mis en évidence une production locale de haine et de ressentiment qui, à l'évidence, va à l'inverse d'une santé mentale suffisamment bonne des demandeurs d'asile comme de la population accueillante. L'exaspération vécue par les habitants, proche parente du racisme qui se nourrit d'elle, constitue un indice péjoratif de santé mentale, à l'intersection du psychique et du politique, via une politique sociale qui gère davantage les flux que les personnes ; et ce au grand dam des responsables des différentes instances dont la bonne volonté n'est pas en cause. A l'évidence, il s'agit d'un problème politique d'organisation du vivre ensemble, peu coordonné entre la Ville et l'Etat. Il convient de préciser que nous n'avons pas interrogé le point de vue des représentants de l'Etat.

Les travaux de l'ONSMP-ORSPERE sur ce thème³⁰ ont reconnu que les différentes ins-

30 - Colin V., Laval Ch., mars 2005, rapport " Santé mentale et demandeurs d'asile en région Rhône-Alpes. Modalités cliniques et interpartenariales ", recherche-action commanditée par la DRASS Rhône-Alpes.

tances concernées, de l'Etat aux associations en passant par les communes, sont soumises à des " flux " difficiles à gérer techniquement et humainement, et sont ainsi contraintes de gérer des situations extrêmes en s'attachant à résoudre, dans des conditions précaires, les difficultés qui se posent. Les exigences d'une bonne coordination transversale sont d'autant plus nécessaires, indispensables même, et constituent le préalable sans lequel on entre dans le cycle disqualification-haine-violence-implosion ou explosion. Ces actions loco-régionales sont soumises aux options politiques nationales, dans un contexte européen.

2.2 - Inégalités sociales, inégalités territoriales et santé mentale

a - Les ressources des communes

D'une manière générale, les services sociaux et médicaux ne peuvent atteindre les déterminants de la plupart des problèmes de souffrance psychique d'origine sociale qui sont corrélés avec les inégalités sociales et territoriales de santé. En revanche, l'élu(e) peut initier des actions qui dépassent de loin ses compétences légales centrées sur les hospitalisations d'office, et qui n'en sont pas moins légitimes.

Elu 16 - Je voudrais intervenir sur la différence entre les dispositions légales qui sont celles des élus locaux en matière de santé publique, pour les HO, dont on a déjà parlé, et la souffrance psychique ou la souffrance psychosociale aujourd'hui générée dans nos villes... si je regarde notre expérience des HO, on n'en a pas tant que ça pour une ville de 20.000 habitants, et ils relèvent plutôt de la maladie mentale.

Par contre, en dehors de ces dispositions légales, les élus s'occupent de beaucoup d'autres questions qui sont aussi directement liés à ces questions... au niveau de ce qui génère de la souffrance psychique par exemple ; si je prends ma ville, c'est tout ce qui amène à ces problèmes de précarité, manque de logement, habitats insalubres, chômage... il y a aussi la question des comportements que l'on peut détecter dans une classe, mais là, il y a des services : le service de pédopsychiatrie qui a généralement un CATTP³¹, un CMP... il y a généralement des services qui peuvent aider... tandis que lorsqu'il s'agit du manque de logement, de la fermeture d'entreprises, du chômage massif, du pouvoir d'achat..., pour ça, globalement, il n'y a pas de service spécialisé !...

Toutefois, ces compétences sont tributaires du niveau de ressources des communes. La possibilité de créer des postes, fonction des moyens de chaque commune, produit à terme une rupture d'égalité devant les services publics de santé entre citoyens habitant dans des communes limitrophes.

Elu 16 - Je crois que tout cela me fait toucher du doigt en permanence les carences qu'il y a en matière de santé publique. Que la Ville de l'Elu 13 fasse un truc sur les poux, je trouve cela fabuleux. Que tu fasses un truc sur les plaintes, c'est terrible. Mais en même temps, on est en train de casser complètement l'unicité de la réponse de santé publique. Ville Elu 13 est capable de le faire parce qu'ils l'ont décidé ou parce qu'ils ont les moyens de le faire. Mais à Ville Elu 16, on n'est pas capable de dégager un demi- poste pour aller s'occuper des poux !

31 - Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel.

... On m'avait envoyé une journaliste pour entrer dans un réseau des villes sur la santé mentale, je crois. Elle était venue me voir et elle me dit : "Elu 16, avec le travail que vous réalisez, il faut que la ville mette un temps plein pour suivre ce truc là". Je lui ai dit : "nous sommes incapables de mettre un temps plein sur ça. On va trouver l'argent où ? Ce n'est pas possible !".

C'est-à-dire que l'on sera mieux traité si on a des poux à Ville Elu 13 que l'on ne le sera à Ville Elu 16 parce qu'on a aura des collectivités locales qui n'auront pas les mêmes moyens pour traiter ces questions là. Bien sûr, Je ne dis pas qu'il ne faut pas le faire à Ville Elu 13.

Elu 6 - Ceux qui s'engagent et arrivent à faire ce que d'autres, dans la commune à côté, devraient aussi pouvoir faire et ne font pas faute de moyens, souffrent... car on rajoute de l'inégalité. Autour de la table, nous sommes grosso modo tous des républicains convaincus... je trouve insupportable que, entre deux villes contiguës, avec un quartier quasiment commun, il y ait des prestations servies aux habitants de Ville Elu 6 et que les gens qui habitent de l'autre côté de la rue ne puissent pas y avoir accès parce que ce n'est plus la Ville Elu 6 !... C'est insupportable ! Ce n'est pas théorique, c'est insupportable ! C'est un profond dysfonctionnement de la société. Ça crée des tensions sociales fortes, de la violence, et l'on est complètement impuissant par rapport à ça. Ça crée de la violence, ce n'est pas acceptable...

Elu 16 - Le séminaire traite aussi de cette question là : comment se situe l'élu(e) face à ça, quand dans la ville d'à côté ou sur le territoire d'à côté, le maire qui a des moyens peut développer un dispensaire, mettre des moyens sur un dispensaire, faire de la prévention de façon plus importante, et que nous on a une population qui vient nous dire "à 10 Kms de là, ils paient moins d'impôts locaux, et ils ont un dispensaire". Sauf qu'à 10 kilomètres de là, ils ont une centrale nucléaire qui permet d'avoir des taux nuls en terme de fiscalité locale !... Comment l'élu(e) prend ça ? En termes de culpabilité !

Elu 13 - Autre conséquence de l'opposition ville pauvre/ville riche : sur les sans papiers. Notre ville reçoit un nombre complètement inégalitaire de sans papier parce que l'on avait des services sociaux plus développés qu'ailleurs. Le Préfet que fait-il ? Il renvoie sur ville élu 13 !... Voilà un autre exemple de traitement inégalitaire par l'Etat cette fois-ci avec toutes les conséquences que ça peut avoir. On est constamment dans l'inégalité.

Elu 16 - On a un médecin scolaire pour 2000 enfants à peu près. Un gosse en souffrance n'a pas la possibilité d'avoir une AS payée par la ville pour voir rapidement son dysfonctionnement (quelle cause ? Son environnement ? Lui ?....). Ce gosse là va trimbaler ça toute sa scolarité, s'il n'a pas la chance d'avoir un(e) enseignant(e) qui est suffisamment attentif(ve) au gamin ; ça va générer de l'échec scolaire. ...là où tu ne peux pas compenser, tu te trouves face à des grandes difficultés en matière de santé publique aujourd'hui dans les banlieues... Il y a des gens qui ne peuvent pas se faire réparer les dents, changer de lunettes, qui ne peuvent pas payer une mutuelle et tu as la ville à côté (l'indignation de Elu 6, je l'admets) qui a un dispensaire mais pour sa population. Le gars de Ville Elu 16 ne peut pas aller dans la ville d'à côté parce que c'est le dispensaire payé par les impôts locaux de la population, ce qui à la limite peut, dans une logique comptable, se considérer.

Penser le problème des ressources communales selon une bipartition "communes pauvres/communes riches" risque pour autant d'occulter une certaine complexité ; tout

comme il serait restrictif de parler de ressources communales uniquement en termes de moyens financiers, susceptibles de permettre des actions préventives par exemple. Plusieurs témoignages attestent que les ressources des communes comprennent aussi les ressources professionnelles, qu'il s'agisse de médecine libérale, de l'offre publique des services de consultation et d'hospitalisation, de la présence d'assistantes sociales en milieu scolaire, etc.

On note que les inégalités en termes de prévention en santé mentale ne jouent pas seulement entre communes mais peuvent exister à l'intérieur d'une même ville. Les deux exemples suivants tendent ainsi à montrer que les inégalités touchent les conditions de possibilités d'une démarche préventive et que les plaintes citoyennes ne suivent pas les mêmes circuits selon le type de quartier d'où elles émanent: l'utilité de cartographies utilisant des critères affinés d'évaluation de l'offre et de la demande de santé mentale est ici saillante.

Elu 13 - Un exemple me vient à l'esprit : on soutient une association qui fait un boulot remarquable en milieu scolaire, dont le principe est le suivant : les enfants sont invités à dire sous forme d'une lettre ce qui ne va pas chez eux, le but initial étant de dépister les maltraitements... mais cette action ne se fait que sur deux écoles, et les autres écoles n'en profitent pas, et pourtant la ville la finance !... Voilà un exemple d'inégalités à l'intérieur même d'une ville, d'une action repérée et voulue dans son soutien... quand je signe la subvention à cette association je trouve que l'initiative est tout à fait remarquable... c'est dommage qu'on ne puisse pas l'étendre partout. Et il y a des tas d'exemples comme ça au niveau des territoires qui reproduisent les clivages ville pauvre/ville riche.

Elu 5 - On a fait une cartographie des différents types de plaintes (bruits...) et c'est plutôt les quartiers aisés qui saisissent ce service municipal alors que pour les mêmes plaintes (mais il faudrait creuser plus) dans les quartiers un peu plus difficiles, les gens s'adressent surtout aux services chargés de la sécurité (CCPD³², police) !... c'est étonnant... pour les mêmes plaintes... pour un chien qui aboie et qui embête le voisin toute la journée, en centre ville c'est le service hygiène et salubrité municipale, alors que dans les quartiers un peu éloignés c'est l'aspect sécurité qui semble privilégié, c'est un peu simpliste mais c'est quand même cette tendance là...

b - La taille des communes

Le degré d'implication des élu(e)s locaux dans la gestion des situations de crise psychique semble inversement proportionnel à la distance qui les sépare de leurs administrés. Ainsi, dans une grande ville il n'est pas rare qu'une HO soit "gérée" par fax entre les services de police et le Maire adjoint qui signe l'arrêté d'hospitalisation, tandis que les élus qui officient dans une petite ville connaissent souvent personnellement les personnes à hospitaliser et leur famille. En conséquence, la gestion de la crise s'avèrera délicate au moment de la signature de l'arrêté d'HO, et ce pour deux raisons :

- l'élu a pu être impliqué plus ou moins directement dans le processus pouvant amener à la crise,
- l'élu devra gérer les conséquences de l'HO en aval de celle-ci, quelle que soit son issue, attendu que la décision d'hospitalisation d'office est susceptible d'être contestée par

32 - Centre Communal de Prévention de la Délinquance.

la personne concernée ou son entourage, ainsi qu'éventuellement désavouée par les institutions chargées de confirmer le bien fondé de l'hospitalisation, surtout par le psychiatre de l'hôpital s'il déclare que la mesure n'est plus justifiée dans le "certificat de 24 heures" qu'il doit rédiger.

Elu 1 - Je voudrais ajouter quelque chose sur le déplacement : sur une commune comme la mienne de 8.000 habitants où on connaît les gens, on a besoin aussi de venir voir pour se rendre compte de la situation de la famille, du voisinage, qu'est-ce qui s'est passé, car derrière on va être amené à avoir un suivi, et aussi on a ce côté rassurant de l'élu(e)... on n'a pas un rôle de " juge psychiatrique ", mais on voit dans quel état de détresse est la personne... il m'est arrivé souvent d'essayer de faire comprendre aux gens qu'il fallait accepter de monter dans l'ambulance et se faire soigner pour leur bien ; avoir un temps de parole avec eux, avec le père ou la mère, le conjoint... en tant qu'humain aussi...

La taille des communes fait donc varier les distances symboliques et physiques entre l'élu et ses administrés : la gestion de l'HO se fera tantôt "à distance", dans un grand centre urbain, notamment dans les relations établies avec la police et la psychiatrie, et tantôt selon un mode personnalisé, supposant souvent la présence de l'élu tout au long du processus de prise en charge, depuis l'appel des services spécialisés, jusqu'au retour de la personne à son retour de l'hôpital psychiatrique.

Partie III

La santé mentale, un objet légitime des politiques locales

1 - LA LEGITIMITE DE L'ELU A AGIR

Porteur de l'autorité et de la responsabilité morale du bien être de la collectivité mais déchargé d'une responsabilité politique globale totale, l'élu local joue un rôle de médiation de premier plan pour l'élaboration, sinon pour la résolution des conflits qui se révèlent dans la souffrance psychosociale et autour de la maladie mentale. En accédant à certains mécanismes de désagrégation sociale, il détient l'une des clés de la cohésion sociale locale. La gestion des plaintes, en particulier lors des permanences de l'élu(e), est à cet égard particulièrement intéressante à considérer.

1.1 - La légitimation politique de la plainte : "Etre père et maire à la fois"

Objet particulièrement complexe à gérer auquel les élus locaux ne peuvent se soustraire, les plaintes révèlent d'abord les dimensions multiples des problèmes de santé mentale conduisant à considérer en même temps les aspects juridiques et réglementaires afférents aux problèmes évoqués, ceux relatifs aux conséquences objectives du problème sur la vie des personnes concernées, tout comme ceux qui renvoient aux aspects symboliques des difficultés, particulièrement difficiles à aborder dans la mesure où elles mettent en jeu les subjectivités des citoyens comme celles des élu(e)s.

a - La plainte, signe d'une souffrance objective et subjective

Comme les participants ont pu l'expliquer, il existe au moins deux sortes de plaintes, aux antipodes l'une de l'autre, renvoyant chacune à des problématiques psychologiques distinctes ne pouvant être traitées de la même manière :

- la plainte "hypocondriaque", émanant de personnes se plaignant constamment et déversant leur souffrance aux fins d'une prise en charge interminable. Cependant, une plainte qui se calme d'être écoutée et respectée devrait plutôt être qualifiée de "malheur intime" en attente de se dire.

Elu 4 - Partout et pour tous, ce sont les questions de santé mentale qui viennent en premier : qu'il s'agisse de dépression, de toxicomanie, de violence, de repli sur soi ou d'anxiété. Tous nous disent le malheur intime qu'ils côtoient et qui leur renvoie en miroir, une image d'eux-mêmes très angoissante.

- la plainte de voisinage, consistant à se plaindre des agissements d'autres citoyens.

Elu 5 - Quelque chose m'occupe beaucoup au niveau de la ville, c'est la question de la prévention et l'aspect de la réponse que l'on fait aux gens quand ça peut aller mal mais pas forcément sur des cas lourds... je pense aux plaintes de voisinages notamment... on traite 600 plaintes par an à la ville de Ville Elu 5 dont 15% (selon les services qui ont essayé de trier tout ça avec un certain nombre de critères) ont une composante de santé mentale, allant pour certains jusqu'à l'HO... 15% de ces plaintes concernent un harcèlement entre voisins, du tapage, les 25 animaux du voisin... des plaintes de tout ordre entre habitants, fort compliquées parfois...

Si dans tous les cas il apparaît indispensable de reconnaître la validité de la souffrance du sujet en lui permettant de “porter plainte”, il semble néanmoins indispensable de distinguer ces deux types de plaintes dans leur gestion. La première renvoie à une écoute qui ne doit pas nécessairement orienter le “plaignant” vers des spécialistes médicaux, car les élu(e)s ont témoigné que leur seule écoute permettait parfois un apaisement.

Contribution écrite de Daniel Prévost

En relisant le compte-rendu du mois de mars, j’y ai trouvé une analyse de l’exemple que j’avais amené : celui d’une jeune femme, venue frapper à ma porte et repartie, une demi-heure plus tard, apparemment satisfaite d’avoir été écoutée, sans rien demander d’autre, et je dois dire et écrire que ce fut pour moi une révélation.

Une écoute certes dans un premier temps compassionnelle, encore que, dans ce cas, j’étais d’abord dans l’attente d’une demande explicite, dans le champ de compétence d’un élu à la santé. Le compassionnel ne viendra qu’ensuite quand il deviendra évident qu’aucune demande ne serait formulée. Ne connaissant pas cette personne, la mise en distance était facile. Mais le deuxième temps qui est l’agir ne m’est apparu qu’après nos réunions. Autant que je me rappelle cette femme, son histoire était une longue suite de souffrances accumulées racontées sur un ton détaché, sans émotion apparente, pourquoi à moi, un inconnu, (mais tout de même un élu à la santé).

Je sais aujourd’hui qu’elle vivait sa vie à l’envers, dans l’impossibilité de parler de sa souffrance à un psychiatre “comme si on ne parlait pas à la bonne personne”, dans un véritable état d’agonie psychique³³.

Je sais aussi que mon “agir” a été de recevoir, écouter sans rien donner d’autre, ce qui, sur le coup, avait été pour moi une frustration

Elu 13 - C’est l’exemple d’une dame très remontée par le prix demandée pour l’emplacement au cimetière de “son mort”. Elle est venue dans mon bureau et est repartie en me souhaitant la bonne année. Pourquoi? Parce que je l’ai écoutée.

Le second type de plainte relève davantage de l’inflation d’une dynamique psychosociale de persécution³⁴, pour laquelle il n’existe pas de cadre réglementaire de gestion, a priori.

La “persécution” renvoie ici à des phénomènes à la fois subjectifs et objectifs où la relation à l’autre devient intolérable du fait d’une incompréhension réciproque qui entrave les tentatives de dialogue. Loin de signifier de manière systématique un cas de paranoïa, le sentiment de persécution indique plus fréquemment la montée en charge d’une ambiance locale de nature persécutoire, susceptible d’être régulée en partie par ceux qui sont en charge de responsabilités et d’autorité. La persécution évite le mouvement dépressif et insiste sur le rôle du “dehors” pour tout ce qui est “mauvais”.

Cette dynamique est clairement ressortie dans les débats qui ont mis en évidence des configurations où tout le monde est persécuté : les habitants des villes se sentent persécutés.

33 - Cf. annexe 2.

34 - Cf. aussi p. 72, sur la fonction de régulation..

tés par les étrangers, par exemple, les demandeurs d'asile ; ils persécutent le maire qui ne gère pas la situation comme ils le souhaitent ; le Préfet se sent persécuté par les maires qui se sentent persécutés par la manière dont les demandeurs d'asile sont assignés à résidence dans leur commune ainsi que par l'évolution d'un phénomène migratoire qu'ils ne peuvent contrôler, etc. Et que dire des demandeurs d'asile, eux aussi persécutés par des procédures qui gèrent des flux plus que des personnes ? On voit combien le vécu psychique et la situation politique s'intriquent intimement.

Le champ de la santé mentale apparaît ainsi comme une préoccupation collective, visant dans ce cas la médiation de la persécution objectivement produite et/ou subjectivement vécue, tant dans les relations ordinaires que professionnelles ou institutionnelles.

L'exemple suivant révèle clairement la double dimension objective et subjective de l'objet de la plainte. Les situations évoquées renvoient en effet à l'évaluation technique du bien fondé de la plainte ; elles attestent d'autre part de sa signification subjective.

Elu 5 - Aujourd'hui, comme je l'ai dit, les 600 plaintes reçues en moyenne dans l'année sont traitées par un service qui s'appelle Service Hygiène et Salubrité et par des techniciens de la salubrité, qui sont des ingénieurs Hygiène et Salubrité, une filière IUT, technique, très intéressante... j'ai découvert cette profession que je ne connaissais pas du tout... je trouve que c'est un regard sur la santé mentale complètement différent... on n'est plus dans le médico-social mais dans l'approche technique d'une plainte avec des critères techniques (cloisons insuffisamment épaisses, par exemple)... il y a d'abord une entrée technique sur la plainte et ensuite un travail de médiation, de la vraie médiation, absolument extraordinaire, qui est faite par ces techniciens auprès des habitants... la grosse partie de ces plaintes est traitée de cette manière par une entrée technique et un gros travail de médiation.

En même temps, j'ai vu qu'à Angers, pour considérer cette dimension de santé mentale qui apparaît dans les plaintes de voisinage, ils ont introduit dans l'équipe (et je crois que c'est la seule ville en France à l'avoir fait) une psychologue que j'ai rencontrée à plusieurs reprises. Je pense que c'est une entrée très intéressante d'avoir ce nouveau métier auprès de ces techniciens qui sont parfois malgré tout dépassés et un peu perdus parce que ce n'était pas du tout le métier qu'ils ont appris... même s'ils le font très bien... je trouve cette expérience d'Angers intéressante, et on va dans cette voie là dans ma ville... on se dit que c'est peut-être une bonne voie d'intégrer une psychologue auprès d'eux qui va aller à domicile parce que les psychologues ne vont pas habituellement à domicile (parfois ceux du CMP, mais c'est extrêmement rare, ils sont déjà débordés dans leur permanence). En plus, la personne qui occupe le poste à Angers est particulièrement intéressante et a bien associé ce corps technique à son travail...

b - Interpréter et publiciser la plainte

Mettant souvent à jour des infractions à caractère moral ou social, les plaintes qui interpellent particulièrement les élus mettent principalement en scène les victimes de processus d'exclusion sociale. En ce sens, elles interrogent tout autant les conditions de vie collective que la place du sujet dans la société locale.

La plainte du sujet isolé se présente dès lors comme un objet paradoxal qu'il convient d'interpréter avec finesse dans ses aspects psychologiques et politiques afin de définir des stratégies de réponse non réductrices.

La plainte est le lieu du dévoilement de mécanismes qui compliquent la réponse apportée par les élus et leurs services. Expression d'une souffrance, elle ne correspond pas nécessairement à une demande qui viserait à la faire disparaître, mais parfois seulement à la reconnaître, ce qui n'est pas sans rappeler la fonction organisatrice de la communication jouée par le cri tel qu'il peut s'exprimer dès les premiers jours de la vie³⁵.

On peut, en suivant les réflexions du sociologue Jean-François Lae³⁶, mettre ainsi à jour une autre dimension du travail de l'élue(e) en santé mentale : en reconnaissant la souffrance de l'autre, l'élue(e) fait sortir la plainte ou le symptôme du registre privé/individuel/intime pour le situer sur le registre public; il œuvre contre une certaine forme de "désincarnation administrative"³⁷. L'élue(e) accorde ainsi à la plainte un sens, une valeur politique.

En reconnaissant la plainte du sujet par une écoute respectueuse et dans une attitude conforme au pouvoir symbolique qu'il occupe dans l'organisation sociale, l'élue(e) engage un travail de symbolisation qui permet à la plainte d'être considérée comme une ébauche de relation, comme le support d'une demande de reconnaissance³⁸. A cet égard, les interactions se déroulant dans le cadre des permanences de l'élue(e) apparaissent tout particulièrement investies et utiles. Dès lors, la plainte se situe au centre de la mécanique relationnelle entre le citoyen et les gouvernants de proximité, et en ce sens, elle constitue un indicateur pertinent du niveau de cohésion sociale et de ses difficultés.

Ainsi, que la plainte ait pour objet l'incurie d'une vieille dame dont l'eau déborde dans les appartements de l'étage inférieur, le vécu douloureux d'une femme repartie sans un mot après avoir "déversé" sa vie auprès de l'élue(e), les poux de l'enfant des voisins ou l'arrivée en urgence de 150 demandeurs d'asile dans une commune, on se trouve en présence d'une souffrance psychique, qui, en tant que symptôme social, concerne directement les élus locaux. Une fois encore les contours de la santé mentale se dessinent en dehors et bien au-delà du cadre de la médecine et de la relation d'aide professionnelle essentiellement parce qu'elle correspond à une définition de la santé qui vise la capacité des individus à "tenir debout collectivement".

35 - Cf. le "cri" du nourrisson qui manifeste dans un langage préverbal une souffrance pas toujours liée à la faim, et qui apprend, dans la qualité du lien avec la mère nourricière et aimante, à sublimer ce mécanisme archaïque au-delà de la satisfaction des besoins fondamentaux; utilisant ensuite ce support vital de communication avec d'autres interlocuteurs qu'il apprendra à découvrir à travers la demande.

36 - Jean-François Lae, *L'instance de la plainte, une histoire politique et juridique de la souffrance*, Descartes et Cie, Paris, 1996.

37 - Ce terme implique "un acte purement administratif"; il a été utilisé par l'élue(e) d'une grande ville, signifiant, dans le contexte, la distance de l'élue(e) par rapport aux citoyens et intervenants de terrain. Ce qui implique, a contrario, le souhait de pouvoir "incarner" son action.

38 - Cf. la réflexion de Jean-Marie Lacrosse "Mystérium doloris - L'efficacité symbolique dans un monde désymbolisé", dans sa contribution au colloque international "La plainte et la réponse à la plainte : sens, réalité, représentations, objet-sujet de santé", organisé par la Fédération des Maisons Médicales de Belgique francophone en 1991. L'auteur rappelle que la plainte est aussi la manifestation du "mystérium doloris" qui résume l'expression de l'expérience objective et subjective du sujet, énigme qui constitue pour l'homme sa propre vulnérabilité, qui le met à l'épreuve et le menace. Dans la réponse apportée à la plainte, se joue aussi et surtout la question de l'élaboration d'une symbolique universelle du "mystérium doloris", ce qui dans un monde décrit comme en voie de désymbolisation, est extrêmement précieux.

1.2 - Une légitimité légale : le pouvoir d'enfermer

L'analyse des conditions dans lesquelles les élu(e)s sont confrontés concrètement aux hospitalisations d'office a été envisagée lors de la deuxième séance du séminaire, lorsqu'un climat de confiance suffisant entre les membres du groupe a permis d'aborder ce sujet sensible de leur expérience. En effet, les débats autour de cette forme de gestion de la maladie mentale ont révélé une dimension particulièrement complexe de leur action, en ce qu'elle pose conjointement des questions d'ordre éthique (a-t-on le droit d'enfermer quelqu'un en psychiatrie sans avoir une expertise en la matière ?), politique (comment concilier, sans confusions ni malentendus pour la population les rôles de protection et de répression ?), social (comment s'assurer que les conséquences de ce type de décisions concourent effectivement à la cohésion et au développement social local ?), et psychologique (comment garder la bonne distance à la souffrance et à la maladie mentale afin de garantir une approche juste des situations ?).

a - Entre débrouille compassionnelle et expertise politico-technique, les enjeux de l'exercice du pouvoir d'enfermer de l'élu

Dans un premier temps, la thématique de l'hospitalisation d'office a été abordée à partir d'un cas présentant l'expérience déstabilisante d'une nouvelle élue (cf. p. 38/39), en début de mandat, qui s'était heurtée à la réalité du dispositif de signature d'un arrêté d'HO par le fait qu'elle s'était proposée par souci éthique de le signifier in situ à la personne concernée.

Les récits des élu(e)s montrent que, pour advenir correctement, l'HO impose la clarification du rôle des différents acteurs sociaux qui participent à la procédure. Cette procédure, ordinaire et exceptionnelle, questionne l'élu dans ses multiples références identitaires et exige de lui qu'il impose son autorité dans un système qui implique légalement d'autres catégories d'acteurs.

Les cas concrets examinés ainsi que les débats qui ont eu lieu autour des HO ont permis de mettre à jour une large gamme de situations et de modes de participation des élus locaux à la mise en œuvre des mécanismes coercitifs de la puissance publique en matière de santé mentale. Les discussions ont conduit à un questionnement quant à l'effectivité et à l'efficacité de l'équilibre censé exister entre l'expert médical et l'élu(e) local(e) au bénéfice du citoyen. Le pouvoir de l'élu, au regard de la compétence du médecin, est apparu souvent problématique : les discussions ont eu l'intérêt de rappeler la responsabilité légale de l'élu en matière d'hospitalisation d'office.

Elu 15 - Parfois, on se fait prendre quand même.... qu'est-ce que l'on est là dedans ? On co-signe ce que le médecin inscrit. Une fois, j'ai été prise dans une situation où le médecin n'avait pas vu la personne³⁹. J'ai appris ça après. Il faut bien que l'on soit méfiant, nous aussi.

Elu 4 - S'il y a une plainte, qui est responsable ?

Elu 6 - L'élu qui a signé.

Elu 15 - Alors que l'on signe au vu d'un certificat médical !

39 - Ce qui, en effet, n'est pas réglementaire. Note des rédacteurs.

Elu 6 - C'est bien la question de la relation entre la compétence et le pouvoir. On n'a pas la compétence et on a le pouvoir.

Elu 6 - Vous faites une confiance absolue, aveugle et non critique à l'expert psychiatre ?

Elu 3 - C'est ce que j'ai dit la dernière fois ; je l'avais exprimé en ayant compris quelques interrogations sur le sujet, en étant (et c'est partagé par mes autres collègues) effectivement avec une confiance aveugle auprès des gens dont on reçoit le certificat médical ; qui finalement se résume à peu de monde. Toutes les astreintes que j'ai faites, je suis toujours tombée sur le même médecin... A tel point que la dernière fois où j'ai été appelée, j'étais à côté de l'hôpital et j'y suis allée, car je voulais le rencontrer. Je me souviens très bien avoir exprimé quelques interrogations en disant : finalement, j'ai un peu l'impression (ce n'est pas que personnel), qu'à Ville Elu 3, on se débarrasse très vite des HO et on ne réfléchit absolument pas sur ce que l'on fait. Je ne pense pas trahir mes autres collègues en disant ça. Ce n'est pas très glorieux de le dire mais j'ai l'impression que l'on fait un acte purement administratif sans aller beaucoup plus loin.

Elu 6 - Encore une fois, c'est ce que l'on avait dit la dernière fois : il y a une responsabilité technique mais celui qui prend vraiment la responsabilité d'interner, c'est l'élue, ce n'est pas le psychiatre.

Bien que la discussion ait souvent porté sur le "suivisme" de l'élue par rapport au médecin, les récits suivants montrent que des initiatives locales sont mises en œuvre pour clarifier les rôles de chaque acteur intervenant dans la procédure, permettant notamment à l'élue de conserver son rôle de tiers effectif par rapport au médecin et aux services de police.

Elu 1 - Dans ma commune, on fait un travail permanent là-dessus ; la semaine prochaine, on a une réunion sur les projets de service (les adjoints et les chefs de service), car il y a eu un travail sur le plan de mandat, la vision des élu(e)s, la mise en l'œuvre par le technicien, les aides à la décision... En bout de course, la décision, on le sait, est prise par l'élue(s), mais ce n'est pas aussi simple que ça, parce qu'il y a une interaction en permanence. Quand on parle de la souffrance, elle est ressentie aussi par nos techniciens...

Elu 6 - Dans ma ville, on est 15 adjoints, et les adjoints signent quand ils sont de permanence... au premier mandat, un certain nombre m'ont dit qu'ils ne savaient pas quoi faire... donc, avec les psychiatres, on a fait un vade-mecum pour essayer de leur donner quelques règles... parmi ces règles, il y a "vous pouvez appeler les psychiatres de garde de l'hôpital et en parler avec eux"... je pense que c'est quelque chose qui rassure, car on est à la merci soit de médecins plus ou moins au fait de ce qu'il en est, soit de la police qui, chaque fois qu'il y avait un trouble de l'ordre public, nous demandait une HO !... Or nous sommes réellement garants des libertés individuelles... le rôle de l'élue c'est de faire la part entre le besoin de soins (décision strictement médicale) et la balance entre sécurité publique et liberté individuelle...

Elu 13 - Je signe des HO mais je refuse de me déplacer... on est 4 à pouvoir les faire... et comme on m'a mis en tête de liste c'est toujours à moi à qui on fait appel ! les collègues trouvaient ça préférable, avec l'expérience antérieure que j'avais, et se sentaient en difficulté pour lire ne serait-ce qu'un rapport de psychiatrie ... mes collègues me disent : "tu sais lire un

rapport de psychiatrie" ... personnellement, je relativise les choses, en particulier quant on considère le concept de liberté qui est important... on ne signe que pour 48 heures... par exemple il y a un incident qui vient d'arriver : on m'envoie un rapport incompatible avec une HO et je ne l'ai pas signé !... résultat : pas d'énervement, mais ça a mis un certain rapport d'autorité rappelant qui a la responsabilité...

Lorsque la police nationale s'est finalement déplacée jusque chez moi, je regarde les documents et je m'aperçois que la personne était en garde à vue depuis la veille, 8 heures du matin, et qu'en me demandant, à la fin de la garde à vue vers 2 heures du matin, de signer l'HO, je la prolongeais... je n'ai pas signé !... Maintenant, je ne suis plus dérangé, et on ne prolonge plus de garde à vue de cette manière...

Sinon, pour ce qui est de la gestion pratique des HO, j'ai passé un accord avec le service des enquêtes de la mairie : ce sont eux qui m'apportent les demandes et si c'est en journée, c'est en mairie que je signe le réquisitoire, si c'est le soir, c'est chez moi...

De manière générale, la question des rapports entre l'élu et l'expert qui co-gèrent le dispositif a éveillé un doute dans l'esprit de certains participants qui, prenant conscience des enjeux humains, politiques et juridiques des HO, se sont interrogés sur la nature et la qualité des relations qu'ils entretenaient avec certains partenaires particulièrement sensibles et régulièrement engagés dans ce type de démarche. La distance salutaire, dans une perspective de démocratie sanitaire, entre l'élu, l'expert, et l'autorité administrative qui scelle l'acte d'enfermement, a été affirmée.

b - La prévention au risque de l'atteinte aux libertés individuelles

"Un élu qui sait ne peut pas faire comme s'il ne savait pas"

Il ressort des différents témoignages des élus locaux qu'une indétermination subsiste quant à la définition de l'urgence qui justifie une hospitalisation d'office. La loi du 4 mars 2002 donne pouvoir à l'élu local de signer un arrêté provisoire d'hospitalisation d'office "en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes" (Article L3213-2 du Code de la Santé Publique), mais les élus pointent l'ambiguïté qui pèse sur ce critère de l'urgence. S'agit-il d'une urgence en terme de prévention sanitaire ou de sécurité publique ?

Contribution écrite de Laurent El Ghozi (extraits)

Le devoir d'assistance nous impose d'intervenir face à une personne en danger, certes mais jusqu'où celle-ci garde-t-elle la liberté de refuser ?

...

Pour qui faut-il intervenir en urgence ?

Est ce pour l'individu souffrant ? Et alors, bien sûr, il aurait mieux valu le faire auparavant !

Est ce pour protéger l'entourage, la famille, le quartier, la cité? L'urgence psychiatrique cache alors une urgence d'ordre public.

A ce titre, une anecdote récente : il s'agit d'une jeune femme conduite aux urgences de Nanterre par les Pompiers et la Police, en garde à vue pour violence contre son concubin et les voisins. Après consultation du psychiatre de garde, devant l'état d'extrême agitation de la patiente, une HO est décidée. Mais c'est la nuit ! Et la police ne cherche guère l'élu de permanence pour signer l'arrêté indispensable à l'hospitalisation. Qu'à cela ne tienne, la garde à vue est levée et la patiente restera attachée, sédaturée, "séquestrée" dira-t-elle, en dehors de

toute loi, dans le service en attendant une bien tardive signature !!! Etait-elle "dangereuse" à incarcérer ou bien "malade" à soigner? "Libérée" de l'hôpital psychiatrique dès le lendemain, elle serait légitime à porter plainte...

Encore une fois quel est l'objectif : la paix sociale ? La sécurité des personnes ? Ou l'apaisement d'une souffrance ?...

Jusqu'à il y a peu, le "ramassage" des SDF se faisait également de façon autoritaire et parfois musclée. Le respect des libertés individuelles l'interdit aujourd'hui quand bien même l'état de la personne demeure inquiétant. Toutes les équipes du SAMU social et plus encore de la "maraude"⁴⁰ psychiatrique sont confrontées à ce dilemme entre respect de la volonté des personnes, protection de l'individu voire sécurité publique.

Le cas de l'incurie de la vieille dame, évoqué plus haut, doit être convoqué de nouveau en ce qu'il fournit une illustration particulièrement probante des limites des responsabilités des élus locaux en matière de santé mentale. En effet dans cet exemple où l'indétermination de la situation et le doute sont la règle, l'impossibilité d'une prévention sanitaire en l'absence de trouble patent à l'ordre public place l'élu local dans une tension entre le sentiment de sa responsabilité et l'expertise médico-sociale.

L'incurie de la vieille dame (suite)

Elu 14 - Cet appartement encombré de pleins de choses, dans un état d'hygiène épouvantable, on connaît un peu..., avec la coordination en gérontologie, je pensais à une HO ou à une HDT... mais on n'a trouvé personne pour valider cette orientation et on nous a simplement dit : il faut programmer petit à petit une hospitalisation vers un moyen séjour pour pouvoir faire un nettoyage du logement... C'est vrai que si on emmène cette personne directement aux urgences, comme elle n'a aucune demande, on ne va pas la garder, elle va faire illusion parce que si on ne la voit pas dans le cadre de son appartement, on ne comprendra pas où se trouve le problème. Comment intervenir ? Elle est complètement incapable de demander de l'aide ; elle est dans une situation d'abandon d'elle-même et ça m'a rappelé ce qu'on disait sur l'incurie...

Je sais que ce soir en rentrant j'ai une pétition de l'ensemble de la cage d'escalier...

Elu 4 - Si la personne n'est pas consciente qu'elle pose problème... je prends un cas de chez nous : elle pose problème pour elle-même puisqu'elle ne peut plus se nourrir, elle s'est fait tirer de l'argent, peut-être... mais bon... est-ce que nous en tant qu'élus on a la possibilité de vérifier ça ? Si l'AS ne répond pas à notre demande d'intervention, on se sent démuné. Et cette personne a grand besoin d'aide : elle nous amène ses poubelles en nous disant que c'est radioactif !... Elle n'est pas consciente qu'elle aura besoin d'aide... elle reste dans le domaine où l'on ne peut pas trop intervenir... Est-ce que c'est de notre compétence ?

Elu 13 - Qu'est-ce qui nous trouble là dedans ? On ne sait pas évaluer, on ne sait pas si on a correctement validé ce que l'on a fait. Un élu souvent a envie d'avoir du résultat et ce résultat doit se voir. Il y a beaucoup d'inconnus, de choses que l'on maîtrise mal, on n'est pas sûr de bien faire...

Elu 6 - ...jusqu'où va notre compétence à intervenir ? Si cette personne (et c'était le cas de

40 - Terme courant qui désigne la recherche et le " ramassage " des personnes à la rue par les équipes du SAMU social de Paris.

Mr Y., cf. p. 17) provoque, indépendamment de la dangerosité pour elle, un trouble à l'ordre public, on est amené à intervenir...

Elu 5 - Sur la question de l'HO, j'ai eu un cas quasi identique sauf que c'était du feu (du coup, il y a une dangerosité plus immédiate), il y a eu une HO que j'ai signée assez rapidement.

Elu 5 - Ça mérite une HO.

Elu 6 - Ou ça mérite une HDT⁴¹... C'est une question très personnelle. Pour moi, ça relève de la psychiatrie. C'est la part d'irresponsabilité du malade mental et à partir de là on ne peut pas porter de jugement. Pour moi, il y a une distance entre le malade et ce que je suis (au moins comme thérapeute sinon comme élu)... pour d'autres, c'est insupportable, inentendable...

... On parlait tout à l'heure de prévention : est-ce qu'il faut attendre qu'elle mette le feu ou qu'elle fasse quelque chose de plus violent, pour intervenir. Je suis convaincu que non. Il y a là une situation d'altération de la santé mentale qui retentit certes sur la cage d'escalier mais surtout sur la personne, qui nécessite une intervention et, en dehors de l'élu(e), personne ne peut intervenir... C'est compliqué avec la nouvelle réglementation, mais tout est possible... ça peut être l'office d'HLM qui demande une intervention... c'est quelqu'un qui la connaît et qui a intérêt à dire... mais c'est compliqué... parce que si tous les voisins se mettent à demander des HDT pour les voisins d'à côté s'il y a du bruit la nuit...

Elu 5 - Les relations de voisinage en prennent un coup, quand même !

Elu 1 - J'ai eu un cas semblable mais c'est le médecin traitant qui l'a fait hospitaliser... elle chantait dans la rue en plus ! Et sa maison était dans le même état, ainsi que son gamin...

Elu 6 - Encore une fois, on parlait de prévention, on se demandait ce que l'on pouvait faire pour ne pas attendre d'être dans l'urgence.

Ici, la décision d'intervenir est envisagée dans un cadre où le symptôme surgit sans préavis, sans aucune demande préalable ni trouble caractérisé de l'ordre public, mis à part le fait que les robinets non fermés inondent les voisins, sans conscience de ce trouble par la vieille dame. Le trouble apparaît surtout d'ordre privé, et en l'absence d'une demande de soins clairement formulée par la personne ou par un tiers qualifié (notamment, ici, le travailleur social ou le médecin), la justification de l'intervention des élus est problématique, et la possibilité d'engager une prise en charge sous contrainte difficile, sauf du côté de la nécessité de soins sans consentement imposant une surveillance continue en milieu hospitalier, ce qui constituait à l'époque une indication possible mais limitée⁴².

41 - L'Hospitalisation sur Demande d'un Tiers ne s'appuie pas sur un trouble de l'ordre public, mais sur l'état de santé d'une personne qui nécessite un soin impératif pour lequel la demande de la personne n'est pas possible.

42 - Cette situation a par la suite évolué de la manière suivante : le réseau gérontologique et l'élu ont convaincu cette dame de se faire hospitaliser en hôpital général où elle a accepté les soins. Un mandataire de justice a été demandé par un expert psychiatre. Puis cette dame a accepté d'aller en maison de retraite médicalisée, avec un suivi psychiatrique. Elle a paru contente que l'on s'occupe d'elle, après une phase de négociation.

Les discussions ont mis en évidence que le référentiel psychiatrique évolue depuis que l'incurie apparaît explicitement comme un symptôme transversal, non limité à la maladie mentale (cf. annexe 2) ; d'autant que toutes les observations montrent la complexité des situations, distinguant les personnes qui, malgré ce symptôme, assurent un travail de décontamination de leur vie psychique (en gardant séparées les notions de déchets à jeter et objets à conserver), et celles vraiment vulnérables qui ne peuvent plus assurer ce travail, et pour lesquelles l'intervention (y compris, dans certains cas, de manière contraignante) est indiquée. L'urgence est sollicitée par l'absence de demande qui amène les situations à se détériorer. Plus largement, d'un point de vue anthropologique, il a été rappelé que la maladie ou le symptôme devait aussi être considéré comme un support identitaire⁴³ qui permet à certaines personnes d'exister par le symptôme dont la disparition, "grâce aux soins", peut entraîner un effondrement psychologique et social avec une fréquence non exceptionnelle.

L'incurie, qui fait partie du syndrome d'auto-exclusion selon la logique de survie qui consiste à "se couper de sa vie pour rester vivant"⁴⁴, comporte plusieurs conséquences. En premier lieu, elle favorise le syndrome de "la patate chaude" par ses demandes paradoxales : parler de ses vécus psychiques aux travailleurs sociaux et de son manque de travail et de logement au psychiatre, ce qui favorise la défausse des professionnels ; en second lieu, l'amélioration trop rapide de la personne en situation d'incurie peut déclencher des effets négatifs comme la violence, la rupture des liens, une reprise de l'errance, un état suicidaire. L'incurie appelle donc tout particulièrement la nécessité de travailler en partenariat avec d'autres acteurs. Cette solution répond à une double exigence : que la compassion des aidants ne paralyse pas l'action et que l'action réponde à une certaine intelligence collective qui a besoin d'une reprise réflexive.

La réaction au cas par cas doit pouvoir s'inscrire dans la gestion collective de situations comparables. Le cas du couple algérien évoqué plus haut semble exemplaire puisqu'il a suscité deux attitudes : la compassion et la gestion collective. Mais dans cette situation, l'impasse a résulté de la dissociation entre la réaction humaine au cas par cas, et la prise en charge collective du problème, ce qui peut s'observer également pour le traitement des hospitalisations sous contrainte.

Elu 1 - Il est arrivé, à la commune de faire des demandes d'HO pour des personnes qui étaient en danger contre elle-même et en fait, personne ne voulait nous écouter... on avait beaucoup de mal à trouver un médecin qui dise "oui, il faut l'isoler au moins 48h et après on verra"...

Qu'est-ce qu'on attend de l'élue ? Si l'élue est un médecin, le collègue se place en tant que médecin parce qu'il est médecin... or je ne pense pas que la loi nous dise cela... la loi dit qu'il ne faut pas perdre de vue que c'est une hospitalisation de 48 heures et que derrière il y a deux autres médecins qui vont légalement intervenir... je crois qu'il y a une confusion des genres... on est simplement en train de dire que, légalement, il y a la validation d'un avis

43 - Cf. notamment les travaux de Claudine HERZLICH et Jeannine PERRET relatifs aux représentations sociales de la santé et de la maladie: Claudine Herzlich, Santé et Maladie, analyse d'une représentation sociale", Paris, Editions de l'EHESS, 1992 (1ère édition en 1969); Claudine Herzlich, Janine Pierret, Malades d'hier, malades d'aujourd'hui: de la mort collective au devoir de guérison, Payot, 1984, Philippe Adam, Claudine Herzlich, Sociologie de la maladie et de la médecine, Collection 128, Nathan, 1994.

44 - Cf. Annexe 2.

technique initial par l'autorité du Maire avec les adjoints... ce n'est pas du tout le bien fondé du placement qui nous est demandé, on n'a pas à être juge du bien fondé qui dépend du médecin... Cependant se pose quand même la question de la sortie des HO... car il faut savoir que derrière, si la personne est hospitalisée et si deux médecins disent : "au bout de 48heures, il sort", la difficulté se trouve là pour nous... car sur la commune, on va se retrouver avec quelqu'un qui va être en grande souffrance, qui n'a pas pu être soigné psychiatriquement, et qu'on renvoie sur la commune... et c'est là où commencent les difficultés, avec en plus la disqualification de l'élu qui a signé, et qui peut devenir objet de ressentiment.

L'intervention de l'élu(e) se faisant presque toujours dans des conditions d'urgence, la question générale de la prévention a été posée, d'autant que ces situations génèrent toujours des attentes sociales fortes du voisinage, auxquelles on ne peut pas se soustraire "une fois qu'on sait".

Face à la nécessité d'une protection sanitaire sans "danger imminent", au sens de la loi, les participants au séminaire ont, à plusieurs reprises, émis leur regret quant à l'absence d'un pouvoir d'injonction de soins, solution légale existant effectivement dans certaines conditions⁴⁵.

Contribution écrite de Daniel Prévost

La fréquence d'une hospitalisation d'office peut être le reflet de l'état sanitaire mental d'une ville (environ deux par mois à Roubaix) ou de l'attitude des forces de police : il m'est arrivé de refuser une hospitalisation d'office qui n'était qu'une garde à vue prolongée.

... J'ai par ailleurs récemment reçu un courrier d'une dame habitant le sud de la France, nous demandant la prise en charge de sa fille pour troubles graves de la personnalité mais sans trouble à l'ordre public.

...

Récemment je n'ai pas pu signer une hospitalisation d'office demandée par un psychiatre car l'hospitalisation se serait faite dans son propre hôpital. Le confrère n'a pas compris car pour lui, il s'agissait d'hospitaliser un patient repéré par lui-même, qui ne demandait rien à personne, mais pour qui il souhaitait une injonction thérapeutique. Nouveau concept qui n'existe pas pour la santé mentale (du moins à ma connaissance), hormis certaines conduites addictives avec conséquences judiciaires.

... Une fois les réseaux mis en action, nous ne pouvons pas, dans la limite de nos pouvoirs, exiger et vérifier la mise en route des soins. Ou alors que faudrait-il mettre en place dans la loi pour qu'une injonction thérapeutique soit rendue possible, sans la brutalité d'une hospitalisation d'office ?

45 - La loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs insère après l'article 131-36 du Code Pénal une sous-section VI relative au suivi socio-judiciaire. Le suivi socio-judiciaire peut comprendre une injonction de soins s'il est établi après une expertise médicale, que la personne poursuivie est susceptible de faire l'objet d'un traitement. Si le condamné refuse les soins, l'emprisonnement est prononcé. L'injonction de soins peut également intervenir pendant l'exécution d'une peine privative de liberté. Le suivi socio-judiciaire peut ainsi être ordonné en même temps qu'une peine d'emprisonnement assorti, en tout ou partie, du sursis avec mise à l'épreuve. En matière correctionnelle, le suivi socio-judiciaire peut être ordonné comme peine principale.

2 - UNE POSITION STRATEGIQUE

Le débat relatif à la position de l'élu, lorsqu'il apparaît "en première ligne", ou lorsqu'il constate avec amertume être le dernier recours... celui qu'on appelle lorsqu'on est "au bout de l'échec de toutes les structures, de toutes les institutions", rend compte de son omniprésence dans le processus de prise en charge des problèmes de santé mentale, en même temps qu'il souligne la relative défaillance des autres catégories d'intervenants face à ces problématiques⁴⁶.

2.1 - L'indétermination, règle et levier de l'action locale

Le séminaire a permis de préciser les conditions dans lesquelles s'opère l'intervention des élus municipaux dans la gestion publique des problèmes de santé mentale. Il a notamment confirmé que, comme les professionnels de "première ligne", les élus locaux sont directement confrontés et interpellés par la souffrance psychosociale des populations fragilisées ; en raison de son caractère atypique ne relevant clairement ni de l'ordre public ni de l'ordre psychiatrique, mais plutôt d'un désordre social lié aux nouveaux modes d'organisation économique et sociale, la souffrance psychosociale bouleverse les capacités de résistance des publics les plus défavorisés et rend l'action publique souvent impuissante.

En correspondance avec un déficit pratiquement constant de reprise réflexive, **l'indétermination des situations**⁴⁷, 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.

a - L'élu à l'interface entre les champs de compétence sanitaire, sécuritaire et sociale

L'élu, par sa place dans les dispositifs publics comme dans l'espace social local, est capable d'activer les mécanismes institutionnels et sociaux susceptibles d'enrayer la saturation psychique des professionnels et de la collectivité dans son ensemble. Être saturé psychiquement, cela signifie concrètement ne plus pouvoir penser, et donc agir impulsivement ou ne plus agir du tout.

Le cas des migrants de l'Est a été éclairant (cf. supra p.17) : il fournit un bon exemple du déficit d'information contribuant à l'indétermination de la situation, tout comme il

46 - On doit signaler que ce sentiment pénible d'être "au bout de l'échec de toutes les structures, de toutes les institutions" est partagé par nombre d'intervenants sociaux et soignants, surtout s'ils travaillent seuls, sans appui en réseau. Note des rédacteurs.

47 - La notion de l'indétermination dans les situations psychosociales délicates a été mise en évidence dans le rapport de l'ONSMP-ORSPERE : "Réseau et politique de santé mentale : mutualisation et spécificités des compétences", Ville de Bourgoin-Jallieu, octobre 2002.

atteste de la position stratégique de l' élu local pour initier une démarche collective visant à réduire cette indétermination et à trouver un *modus vivendi*, issu de la concertation entre les différents acteurs impliqués.

Les migrants de l'Est (suite)

Elu 1 - Pour ces publics, il est difficile de définir une politique à moyen terme. Je n'ai aucun élément supplémentaire... à partir d'un certain moment, la commune ne sait plus rien, nous n'avons aucune information.

On ne sait pas bien s'occuper de ces publics migrants venant des pays de l'Est... on va démarrer un travail pour les mères et mobiliser les associations de la commune... nous sommes actuellement dans cette démarche car on a essayé de clarifier le " qui fait quoi ", il fallait y voir un peu plus clair... un groupe de travail a déjà travaillé sur les problèmes de santé, le retour n'a pas encore été donné, il y a une réunion la semaine prochaine (il y avait quelqu'un du conseil général)... on a mis une mécanique en route, un mode opératoire pour mettre tous les acteurs et travailler le mieux possible... la PMI est en train de voir ça.

Le cas du couple algérien présenté par l'un des participants est non moins symptomatique de l'indétermination des situations et des difficultés qu'elles génèrent chez des élus contraints de gérer aussi bien la souffrance de ce type de publics que ses effets sur les services publics de proximité.

Le couple algérien (suite)

Elu 1 - Avant de continuer l'histoire, il faut savoir que ce qui est compliqué dans la Ville Elu 1, c'est que les familles sont suivies par le Conseil Général et les célibataires par le CCAS... donc, dans ce cas là, la commune ne connaît pas le suivi du Conseil Général... mais avec ma casquette de conseiller général, j'ai pu téléphoner et avoir des éléments... alors que si je téléphone avec la seule la casquette de maire, on me dit " ce n'est pas votre problème".

On n'arrivait plus à savoir le vrai du faux, et le travail social ne peut pas se faire du côté de la mairie puisque nous on ne maîtrise pas, on a juste quelques éléments... mais on a essayé, et là, je dois dire que le Conseil Général a bien joué le jeu : j'ai eu tous les éléments pour faire un travail avec notre propre CCAS, parce qu'il y avait malgré tout besoin de certaines aides et on a des associations sur la commune, ne serait-ce que pour aider cette mère de famille... J'ai fait un travail avec les gendarmes, car avant l'arrivée du Ministre de l'Intérieur actuel, j'avais du mal à obtenir les éléments de la gendarmerie, maintenant, ils disent : " on a le droit de vous donner les éléments"... c'est l'ambiguïté à laquelle on est confronté : à la fois on est le garant de l'ordre public, alors qu'on avait, par ailleurs, cette tradition de dire "la gendarmerie d'un côté, les élu(e)s de l'autre"⁴⁸...

Plusieurs observations peuvent être faites à partir de ce récit, susceptibles d'aider à comprendre les spécificités de l'engagement de l' élu local. L'indétermination semble, dans un premier temps, renvoyer aux difficultés que rencontrent les élus pour accéder à la compréhension technique qui permet de caractériser les problématiques : difficultés à partager des données confidentielles avec un réseau de partenaires actif, difficultés à situer leur champ d'intervention propre dans un secteur où la répartition des compétences sanitaires

48 - On retrouve la difficulté inhérente au partage des informations sur les plans éthique et déontologique, qui a été souvent notée dans le séminaire (cf. note 56, page 73).

et sociales ne sont pas clairement posées pour les municipalités, difficultés à gérer des situations au guichet pour lesquelles le personnel n'est d'évidence pas suffisamment préparé, difficultés, enfin, à adopter une stratégie suffisamment étayée au regard des problèmes rencontrés, qui, de par leur nature, offrent peu de prise à l'intervention institutionnelle non spécialisée ; s'y ajoute la difficulté de porter une souffrance quelquefois annihilante. Cependant, paradoxalement, c'est justement à partir de cette indétermination que l'on pourra envisager l'intervention d'élus locaux se trouvant dans la même position que celle des autres acteurs de première ligne. L'ONSMP-ORSPERE avait déjà pointé ce phénomène : la spécificité des interventions dans certains cas ne peut se faire qu'à partir de l'indétermination qui donne une liberté d'action, seul ou avec d'autres.

Le positionnement interstitiel propre à l' élu local, situé "entre" les institutions "compétentes" et "la société" marque clairement l'importance stratégique de l' élu dans la régulation sociale. Il apparaît à une place unique et stratégique du dispositif : à l'interface des composantes publiques et privées de la problématique, compétent à la fois sur les dimensions sécuritaire, sanitaire et sociale, la reprise et la communication entre intervenants se feront difficilement sans sa médiation, surtout dans les situations qui "débordent" dans l'espace public.

Le pouvoir de convocation de l' élu comme moyen pour contenir la souffrance et la maladie mentale dans la ville a été particulièrement probant dans le cas de Monsieur Y., "ancien toxicomane mais qui ne l'est plus, bénéficiaire du RMI, étiqueté "paranoïaque" par les psychiatres". L'importance stratégique de son intervention réside ici spécifiquement dans l'organisation transversale d'une réponse qui n'est plus exclusivement sanitaire et qui ne saurait être exclusivement sécuritaire. De là vient une part de l'indétermination de la situation.

Monsieur Y. (suite)

Elu 6 - Pour conclure, si on prend un peu de distance, et on ne peut en prendre que si on n'est pas seul, si l' élu(e) se mouille en disant que c'est de la responsabilité de la collectivité, donc, "représentant de la collectivité je prends l'initiative de"... finalement, ce sont des situations dont on n'entend plus parler qu'une fois tous les six mois et non plus toutes les semaines, ce qui est un avantage pour tout le monde.

Les seuls qui ont capacité, légitimité, à réunir autour d'une situation, d'un individu, d'un problème, l'ensemble de ses partenaires, ce sont les élus ! C'est quelque chose d'important, de récent, parce que ces gens là, avant, étaient très souvent en hôpital psychiatrique ou en tout cas l'accumulation des difficultés sociales et psychiques ne s'exprimait pas de la même façon... ou alors ils étaient pris en charge par la police.

Les discussions ont permis de mettre en évidence l'importance des politiques publiques locales dans la prise en compte de la santé mentale des populations, en ce qu'elles offrent un cadre déterminant pour résoudre les difficultés issues du caractère incertain ou inadapté des réponses institutionnelles. Ici encore, les élus apparaissent comme une catégorie d'intervenants susceptibles de jouer un rôle dans la prévention des dérives résultant des confusions ou des déplacements de compétences du social et/ou du sanitaire au champ sécuritaire.

Elu 2 - J'entends bien cet engagement volontariste sur un champ, nous on l'a fait sur ce que l'on appelle "santé participative, santé communautaire" alors que pour tout ce qui est du champ précarité, santé mentale, souffrance psychique, on est toujours englué dans le PRAPS avec plusieurs acteurs. Je trouve que ça n'avance pas, d'une part, parce que les projets ont du mal à émerger, ont du mal à voir l'ensemble des acteurs, et d'autre part les financements sont peu pérennes.

Elu 11 - On voit bien aujourd'hui que les problèmes de santé publique sont de plus en plus traités comme des questions d'ordre public par la sécurité... maintenant c'est en train de passer dans les cellules de veille de conseils locaux de prévention de la délinquance !... On fait des cellules de veille pour les malades mentaux !... où on n'invite d'ailleurs pas l' élu(e) chargé de la santé, mais celui chargé de la sécurité... quelqu'un de la justice comme le Procureur, la PJJ, l'éducation surveillée, quelquefois l'éducation nationale, l' élu(e) chargé du quartier, quelquefois l'AS, le bailleur social, le Chef de Projet de la politique de la ville... et il n'y a pratiquement jamais d'intervention médicale !... Le problème majeur d'aujourd'hui, c'est cette espèce de crête sur laquelle on se trouve où à partir du moment où l'on travaille sur des cas, tout d'un coup on bascule dans l'ordre public !... avant on savait à peu près ce qui était du champ de la santé mentale et les élu(e)s malgré tout disaient "c'est dans le cadre de la santé, il y a des choses à respecter"...

Elu 6 - Ca dépend quand même beaucoup du maire... A propos des PRAPS : je veux bien qu'il y ait des endroits où ils continuent à très bien fonctionner, mais, globalement, les crédits PRAPS, c'est moins 30% l'année dernière, moins 40% cette année, et l'année prochaine ça sera encore moins !... La logique PRAPS qui était, de mon point de vue, une logique fondamentale car elle faisait de la transversalité et obligeait à travailler ensemble, cette logique PRAPS n'est pas celle du gouvernement actuel, pour être très clair...

Elu 5 - La demande m'est souvent faite par les techniciens de la ville : doubler les instances locales de prévention de la délinquance et de la sécurité par des instances de santé mentale, comme les Conseils Locaux de Santé Mentale...

La question cruciale qui sous-tend cet échange est celle du champ de référence légitime des problèmes de santé mentale. Les participants au séminaire ont insisté sur l'intérêt des stratégies de coopération, pour renverser la tendance lourde de promouvoir une approche sécuritaire, génératrice d'exclusion, bien loin du besoin effectif de sécurité auquel concourent les forces de Police et la Justice.

Elu 6 - Je suis frappé par ce que l'on dit ici qui est que, finalement, on voit la santé mentale par deux entrées : la précarité et la sécurité. La santé mentale ce n'est pas seulement ça. En tant qu' élu, on peut être confronté à des questions de santé mentale avant qu'il y ait un problème de sécurité et pas simplement avec les gens en situation de précarité. Je prends un exemple puisque c'est le 4ième point sur la prévention : si on regarde tout le travail qui peut être fait avec les villes, avec l'éducation nationale sur la prise en charge précoce du trouble du comportement ou des difficultés d'adaptation des mêmes dans les écoles, on peut constater que l'on n'est ni dans la sécurité ni dans la précarité, mais dans la prévention des problématiques de santé mentale. Ca on n'en parle pas.

Les travaux de Robert Castel font ici particulièrement écho dans la mesure où la problématique de fond de la santé mentale requiert, pour être compatible avec le respect des intérêts du citoyen et de la démocratie, l'acceptation d'une certaine marge de liberté voire de déviance des conduites. Une telle perspective impose de répondre à l'angoisse existentielle de l'individu moderne par un double pacte, civil et social, qui garantirait à la fois la propriété, en tant que moyen principal de l'autonomisation des sujets, et l'individu contre les aléas de l'existence⁴⁹.

b- Une action en termes de prévention secondaire et tertiaire

Du point de vue de la santé publique, il semble intéressant de noter que les commentaires sur le cas de Mr Y. (pp. 16/17/58 et 60) confirment l'importance stratégique de l' élu local, qui apparaît situé dans le registre de la prévention aux niveaux secondaire (visant à éviter l'apparition de complications liées à la maladie) et tertiaire (cherchant à réduire les effets d'exclusion sociale et de désorganisation de la vie en société qui peuvent produire des effets psychiques pathologiques).

La prévention tertiaire passe notamment par l'action politique que les élus locaux développent auprès des opérateurs économiques et sociaux, afin de préserver les ressources locales génératrices de bien-être et de cohésion sociale, voire d'amortir les effets délétères des défaillances du système économique local. Lorsque l'intervention et la conviction de l' élu se situent dans une perspective de prévention secondaire, elle peut produire un véritable effet d'ouverture et d'organisation de l'action institutionnelle en santé mentale. Plus particulièrement, on observe que, quand elles sont " convoquées " par cet acteur, les institutions participant à la prise en charge de la maladie mentale paraissent pouvoir faire ce qui semblait souvent impossible et à l'origine des problèmes d'accès aux soins en santé mentale, soit réviser leurs modes d'organisation et de fonctionnement ordinaires pour adapter leurs modes d'intervention aux besoins d'un public qui n'est pas nécessairement en capacité de s'adapter aux exigences des institutions.

Monsieur Y. (suite)

Elu 6 - Le cas de Mr Y permet d'illustrer une des formes d'intervention des élus dans la gestion des personnes ayant des problèmes de santé mentale ; dans ce cas, lorsqu'on convoque les différents intervenants concernés par une situation... d'abord, on s'est mis ensemble, et on a considéré que personne n'avait la solution et que donc personne n'était responsable de régler les problèmes que posait cette personne... C'est toujours comme ça que ça se passe : les psychiatres disent "ah, mais s'il avait un logement décent", l'assistante sociale dit au psychiatre "mais enfin, pourquoi il n'est pas suivi ?", la police dit au maire "attendez, mais c'est impossible..."...et chacun, lorsque l'on est séparé, s'est dit "c'est l'autre qui ne fait pas son boulot !" ... Mais, lorsque l'on est tous autour de la même table, on ne peut plus se dire ça ! ... Ce qui m'a paru intéressant dans la situation de Mr Y., c'est qu'en prenant chacun en charge un bout, mais de façon convergente, coordonnée et en se renvoyant la balle de façon constructive (pas façon patate chaude mais plus façon échange), on arrive, depuis deux ans maintenant, à gérer cette situation ; bien sûr, cela ne veut pas dire que ça marchera toujours.

49 - Cf. notamment Robert Castel, L'insécurité sociale - Qu'est-ce qu'être protégé ? (Seuil, 2003), ainsi que Les Métamorphoses de la question sociale - Une chronique du salariat (Fayard, 1995 - Folio 1999)..

Situer l'action de l'élú à un niveau de prévention tertiaire permet notamment d'apprécier l'importance de son engagement dans l'intégration sociale des malades mentaux. L'action décrite montre clairement que cette catégorie d'acteurs est particulièrement bien placée pour pouvoir influencer sur certains déterminants de la santé importants avec ce type de publics, tel le logement, et pour jouer un rôle pivot dans l'agencement des dispositifs institutionnels.

Monsieur Y. (suite)

Elu 6 - La situation de Mr Y. a duré trois ans avant que l'on arrive à ça. Pourquoi l'élú(e) ? Parce que les services sont impuissants ! Aucun service de la mairie, aucun service de l'Etat, ne peut décider que le bailleur social va venir ou que la police va venir. La police ne peut pas convoquer le psychiatre. Le psychiatre peut encore moins convoquer la police. Le seul qui peut dire "on va parler de Mr Y. aujourd'hui, et il faudrait que tout le monde soit là", il me semble que c'est l'élú(e)... c'est une opinion et une proposition que je fais, et avec une vraie légitimité et une sacrée responsabilité... Il faut savoir que Mr Y. avait été convoqué plusieurs fois par les uns et les autres !... chacun l'avait vu " X " fois... alors que quand on s'est mis ensemble pour en parler, pour essayer de trouver des éléments de solution les choses ont avancé différemment... la réflexion sur le logement par exemple... on a pu voir à la fois des trucs pratiques, étayer les problèmes et les stratégies, et engager une médiation par rapport à l'environnement de cette personne... Et puis on l'a vu et revu, avec l'autorité de l'élú(e), pour poser les choses...

Elu 2 - Puisqu'on parle de santé psychique et des villes, je dirais, qu'il y a des endroits où un élu arrive à ce que les choses avancent sans forcément mettre des financements ; la place de la ville permet la création d'une dynamique, je me rends compte que dans ce champ là, si je ne suis qu'un acteur parmi d'autres, je n'arrive pas à ce que ça se mobilise plus loin !...

Elu 6 - C'est complètement normal : dans un cas, tu es le seul acteur, dans l'autre cas, tu as une multiplicité d'acteurs sur lesquels tu n'as aucune maîtrise. C'est le premier point : en particulier, le secteur public de santé mentale sur lequel les élus n'ont pas de prise, même s'ils sont présidents du CA du CHS... (en l'occurrence, les conseillers généraux).

Ailleurs, ce sont les responsables de la psychiatrie publique qui initient les rencontres nécessaires ainsi que la consolidation de réseaux, organisée par exemple sous la forme des Conseils Locaux de Santé Mentale présidés par les maires ou leurs représentants.

2.2 - Une stratégie en terme de santé publique

Introduisant le concept d'administration générale de la santé, l'Organisation Mondiale de la santé définissait en 2000 la gouvernance dans les termes suivants :

"En matière de santé, la bonne gouvernance est la participation responsable de ceux qui sont concernés par la formulation et le déploiement des politiques, des programmes et des pratiques conduisant à des systèmes de santé équitables et durables"⁵⁰.

50 - Qu'elle soit abordée dans une optique plutôt étroite et gestionnaire (cf. première définition proposée par la Banque mondiale en 1992 : " la gouvernance est la manière dont est exercé le pouvoir pour gérer les ressources économiques et sociales d'un pays en vue du développement ") ou qu'elle le soit dans une optique plus ouverte telle que celles proposées par le PNUD en 1997 (" la gouvernance peut être considérée comme l'exercice des pouvoirs économique, politique et administratif pour gérer les affaires des pays à tous les niveaux. Elle comprend les mécanismes, procédés et institutions par lesquels les citoyens et leurs groupes articulent leurs intérêts, exercent leurs droits légaux,

Les discussions ont éclairé à quel point la santé mentale intègre la problématique de la gouvernance car elle se révèle à la fois dans les mécanismes intimes et super structurels de la gestion des sociétés. La fonction de régulation de l'élu(e) local(e) en matière de santé mentale, dont nous détaillerons les éléments, est en effet remarquable au vu des expériences concrètes rapportées par les différents participants au séminaire.

a - Santé mentale et gouvernance

Les débats du séminaire ont fait écho aux enjeux actuels d'adaptation du système de santé mentale à la nouvelle demande sociale, dans le cadre de politiques publiques actualisées à partir d'une appréhension fine de la réalité locale⁵¹. Dans une perspective de santé publique, le caractère stratégique de l'échelon local est remarquable dans la mesure où il constitue un espace de recomposition des acteurs sous l'impulsion légitime de l'élu local : ce dernier est en capacité de proposer un cadre intégrant les différentes dimensions de la santé mentale.

Ainsi, que la santé mentale se décline dans l'acceptation ordinaire des situations de crise psychiatrique ou de détresse psychosociale, les élus locaux se trouvent " entre " les publics et les dispositifs spécialisés ou à l'intersection de ces derniers. A partir d'une telle situation d'interface, les élus vont développer une série de stratégies d'intervention directes ou indirectes qui s'adresseront, selon les conditions de leur interpellation, à toutes les catégories d'acteurs de la santé mentale, soit :

- les personnes en souffrance et leur entourage,
- les services publics de proximité,
- les instances politiques et sociales responsables des politiques publiques en rapport avec les déterminants de l'état de santé mentale des populations.

La contribution personnelle ci-dessous signale à quel point l'autorité et la proximité de l'élu local vis-à-vis des populations concernées concourent au maintien ou au rétablissement d'un lien utile entre les personnes et les dispositifs institutionnels, à l'amorce d'un travail de prise en compte des problèmes de santé mentale. La légitimité de l'élu(e) local à représenter l'intérêt général réussit à provoquer la mobilisation et/ou à faciliter l'organisation des ressources de proximité en soutenant le travail en réseau, en ouvrant des espaces de réflexion et d'action concertée.

remplissent leurs obligations et gèrent leurs différences. La bonne gouvernance est parmi d'autres choses, participative, transparente et responsable. Elle est aussi efficace et équitable. Elle fait la promotion du cadre de la loi... La gouvernance a trois piliers : économique, politique et administratif... Elle englobe l'Etat, mais le transcende en incluant le secteur privé et les organisations de la société civile ") ou l'OMS (" L'administration générale de la santé est l'essence même d'un bon gouvernement. Dans chaque pays elle consiste à mettre en place le système le plus efficace et le plus équitable possible. La santé de la population doit toujours constituer une priorité nationale : la responsabilité qui incombe aux gouvernements est permanente, et ce sont les ministres de la santé qui assument une large part de l'administration générale des systèmes de santé "), la bonne gouvernance, comporte toujours les éléments essentiels suivants (PNUD, 1997) : participative, durable, légitime et acceptable par la population, transparente, elle favorise l'équité et la légalité ; elle est capable de développer des ressources et des méthodes, elle favorise l'équilibre entre les genres, tolère et accepte les points de vue divers, mobilise rationnellement et efficacement les ressources à des fins sociales, renforce les mécanismes autochtones, engendre et suscite le respect et la confiance.

51 - L'un d'entre nous a pu évoquer ces questions dans la contribution " 20 ans d'expérience locale en santé publique : quelle contribution pour le débat psychiatrie/santé mentale ? ", Bertolotto F., Rhizome, Bulletin National Santé Mentale et Précarité, septembre 2002.

Contribution écrite de Laurent El Ghozi

Au Petit Nanterre (quartier en ZEP, politique de la Ville...) un groupe de travail "Santé mentale" réunit toutes les six semaines depuis trois ans les acteurs concernés : équipe de travail de rue, secteur et inter-secteur de psychiatrie, secteur insertion, associations professionnelles ou de quartier (Femmes solidaires, Nadha, ASSOFA...), le centre social, le club de prévention, les services municipaux : (santé, prévention, handicap), la mission locale, des professionnels libéraux, soit 25 à 30 personnes. Il est animé par le Dr Decaux, psychothérapeute, responsable de la cellule de psycho-traumatologie municipale, créée dans un de nos CMS il y a 3 ans.

L'objectif est de se connaître : qui fait quoi ? Quel recours ? Comment ?... avec présentation mutuelle des différentes structures, avec des apports théoriques extérieurs et, ainsi, de renforcer les liens entre chacun. Le partenariat institué ébauche un véritable réseau autour de cette souffrance psychosociale et renforce les moyens individuels de chaque professionnel - mais aussi des associations de quartier- pour y faire face avec compétence et efficacité, pour repérer plus tôt, pour oser dire - et à qui ? - pour conseiller, orienter, accompagner vers le soin quand il apparaît nécessaire. Le tout dans une "banalisation" de la psychiatrie, une acceptation de la maladie mentale ou de la souffrance, sans stigmatisation ni rejet.

La capacité du quartier tout entier à mieux comprendre, mieux accepter, mieux orienter, argumente avec celle des intervenants, co-acteurs de cet "empowerment" social de la communauté.

Le fait de prendre le temps ensemble d'y penser, d'y réfléchir, en dehors de l'urgence qui rend aveugle, est rassurant pour tous. C'est ainsi que j'imagine le "réseau territorial en santé mentale" proposé par Piel et Roelandt.

Dans le même souci de prévention, d'intervention le plus tôt possible, nous travaillons avec la PMI, les maternelles, les écoles, les services sociaux pour repérer avant l'explosion, traiter avant l'urgence en créant des lieux d'accueil et d'orientation neutres, décloisonnés, dans un partenariat local entre les acteurs sociaux, éducatifs et thérapeutiques du territoire. Par exemple l'Espace Santé Jeune ou l'Espace Accueil Insertion, qui, pour des publics différents mais particulièrement fragiles (adolescents, personnes en insertion ou au RMI) proposent une écoute, voire une prise en charge temporaire par des psychologues disponibles, à partir d'une autre entrée, d'une demande détournée.

...

C'est pourquoi nous essayons depuis peu d'intervenir collectivement auprès des personnes trop malades pour se soigner, trop souffrantes pour le dire, trop isolées pour se faire aider. L'idée est de croiser nos regards et nos compétences pour tenter de réussir ensemble là où chacun a échoué individuellement : intervenir tôt, dans un partenariat large et respectueux de chacun, sans être ni stigmatisant, ni excluant et toujours au nom de la souffrance des personnes et non pour l'ordre public. Sans s'abriter non plus derrière l'alibi du secret professionnel qui ne peut jamais s'opposer à l'intérêt du patient et que la confiance mutuelle permet qu'il soit partagé.

... Trouver un logement décent pour ce bénéficiaire de l'AAH, dans un environnement tolérant qu'on aura rencontré, maintenir une relation de confiance avec l'un et l'autre des intervenants, répondre aux demandes raisonnables, expliquer ce qui n'est pas possible, bref permettre que Monsieur Y vive mieux sans que son entourage proche ne tremble de peur, ne

pétitionne ou n'appelle la Police toutes les semaines. Puis après, peut être, la confiance établie, accompagner par le soin.

Je voudrais insister sur un fait : seul le maire, ou son représentant élu, a, sur son territoire, le "pouvoir de convocation" de tous les intervenants concernés et peut assurer la confidentialité de ce qui sera dit. Seul, il peut parvenir à mobiliser les services de la Ville, du Conseil Général, de la Police, de l'Hôpital... Seul il peut parler au voisinage, expliquer ce qui peut être fait, rassurer, favoriser, la tolérance en augmentant les ressources propres de chacun face au trouble psychologique qui fait si peur.

Ensemble, on ne fait pas de miracle mais un peu mieux que chacun dans son coin.

Un mot encore à propos des troubles psychiatriques des grands exclus : certes ils sont habituellement pris en charge dans l'urgence à l'Hôpital mais dans un système totalement défaillant dans lequel - comme pour eux d'ailleurs - il n'y a ni avant ni après.

Faute de domicile, ils n'ont pas de secteur de rattachement et les urgences hospitalières se les renvoient jusqu'à ce qu'ils arrivent au CHAPSA, à Nanterre, ou bien dans le dernier hôpital ou ils ont échoué une fois précédente.

Pas de domicile, pas de secteur, donc pas de suivi, et l'on a ici la caricature de ce que représente l'urgence psychiatrique : l'échec du secteur, l'échec de la cité, l'échec de la société...

L'intérêt de l'urgence est bien, pour moi, d'obliger à réfléchir à ce qui se passe "avant" et "après" l'urgence !

b - L'élu local, une fonction de régulation

Lorsqu'un(e) élu(e) du peuple se confronte directement à la problématique du sujet et s'engage dans sa prise en charge au nom de la collectivité, il accomplit un acte politique majeur qui concourt à la cohésion sociale et à la qualité du système de santé mentale. Comme le suggère Jean Maisondieu⁵², lorsque les responsables politiques d'une collectivité participent activement à la prise en charge des problèmes de santé mentale, ils accomplissent un travail essentiel pour la qualité du système, puisqu'ils facilitent la prise en compte des éléments qui déterminent l'état de santé mentale des personnes au sein du système social dans lequel elles évoluent, avec la part propre du sujet.

De cette manière, les élus locaux créent les conditions pour le développement d'une politique de santé mentale "fiable"⁵³ pour le citoyen et la démocratie qui, sans renoncer à l'expertise, se prémunissent des dérives technocratiques en la mettant sous la tutelle du politique. Dans un contexte de crise et de vulnérabilité sociale qui accompagne voire précède les états de décompensation psychologique, l'intervention des élu(e)s contribue à une régulation qui permet de limiter les risques de dérive d'un système particulièrement marqué, dans ses choix traditionnels, par les référents culturels propres au modèle médical, lequel tend à centrer uniquement sur le corps et la psyché des personnes la problématique de santé mentale. L'élu, en prenant en considération les aspects économiques, culturels et

52 - Cf. notamment à sa contribution " Citoyenneté et santé mentale ", in M. Joubert (dir.), Santé mentale, ville et violences, OBVIES/ERES, octobre 2003, pp.154-176.

53 - Jean Maisondieu, *ibid.*

sociaux qui déterminent également l'état de santé mental des individus, renonce à une telle réduction ; s'ouvre alors le risque d'une réduction au politique... Il n'y a pas d'intervention neutre et sans risque...

La fonction de régulation renvoie à la responsabilité de l' élu dans le fonctionnement du système de santé par sa participation aux instances de planification ou de gestion des services publics et son engagement dans le processus d'hospitalisation sous contrainte. On peut observer l'importance de la fonction de régulation dévolue aux élus au travers de leurs capacités à apaiser les mécanismes de persécution⁵⁴ qui structurent de plus en plus la relation entre les publics et les services de proximité, et à contrer les effets de "saturation psychique" produits par ces situations⁵⁵. Toutefois, cet apaisement n'est ni simple ni facile.

Trois sous-fonctions concourent à la fonction de régulation et permettent de mieux comprendre la portée et les zones d'impact de l'engagement des élus sur le registre de la santé mentale. Tout d'abord, la régulation ne peut se faire sans la **fonction d'interpellation** de l' élu qui, prenant acte des besoins de santé mentale, en appelle aux autorités publiques compétentes en matière économique, sociale et sanitaire ou aux grands opérateurs économiques et sociaux du secteur privé.

Ensuite, **les fonctions de convocation et de médiation** (sociale, institutionnelle, voire familiale ou communautaire...) vis-à-vis des acteurs et dispositifs concernés par les questions de santé mentale, qui constituent sans doute le plus concret des fonctions de l' élu, représentant légitime de l'intérêt général local. L' élu dynamise ainsi les facteurs communautaires de protection de la santé mentale qu'il a le pouvoir d'activer ; en s'engageant au nom de la collectivité, il signifie la reconnaissance de la personne malade et/ou en souffrance en qualité d'homme et de citoyen, membre de la collectivité humaine, dont la condition précède le statut que lui confère éventuellement la norme psychiatrique.

Certains récits ont attesté du rôle de médiateur de l' élu local, tant dans la gestion d'une crise que dans le travail de prévention de la crise, notamment en cas de manifestations dans la ville, avec conflit et intervention des forces de l'ordre ou dans le cas de fermeture d'usines, comme nous l'avons déjà signalé plus haut. Nous ne ferons pas état de ces récits, bien qu'ils jouxtent au plus près le rapport du politique et de la santé mentale. Il en est de même pour les positions des élu(e)s face à la "mendicité" et aux SDF dans les villes.

Enfin, **la fonction d'élaboration** est à l'œuvre quand, par l'écoute, l'orientation et le conseil, les élus permettent aux personnes touchées par la souffrance voire la maladie mentale (les publics comme les professionnels de première ligne), de travailler le sens social de ces questions en aménageant des espaces d'élaboration psychosociale utiles au maintien de la cohésion sociale locale.

Elu 6 - Dans ma ville, nous avons tenté d'y travailler depuis six ans maintenant, à partir des " diagnostics Santé " : il s'agit dans un, puis deux et bientôt trois quartiers (10 à 20 000

54 - Cf. p. 53.

55 - Etre " saturé psychiquement " peut signifier avoir la tête " pleine " de la situation considérée, en être parasité ou, au contraire, s'empêcher de penser et de ressentir ; d'où l'impossibilité de l'action ou, au contraire, des passages à l'acte pour expulser ce parasitage.

habitants chacun) d'interroger les professionnels du soin comme du social, de l'éducatif ou de la prévention, mais aussi les habitants sur leur perception de la santé, les problématiques de santé du quartier, et leurs modalités de recours aux soins.

Toutefois, les difficultés à partager l'information concernant un individu particulier entravent le travail inter-partenarial. Deux types d'interrogations sont ici soulevés par le témoignage suivant : la légitimité déontologique de la divulgation d'informations relevant habituellement du secret médical, et la multiplication de réponses ad hoc à des situations individuelles. Une réflexion sur cette thématique est pourtant éminemment nécessaire⁵⁶.

Elu 11 - Tu disais tout à l'heure : jusqu'où peut-on intervenir ? Cela m'évoque le développement d'un type de réunion particulière dans tous les secteurs, où l'on évoque " des cas ", comme par exemple dans toutes les cellules de veille du Comité Local de Prévention (CLP)... où l'on est de plus en plus souvent amenés à évoquer les cas de maladies mentales... ça me pose question... jusqu'où va-t-on dans le respect des libertés ?... on peut avoir des règles de déontologie à l'intérieur du groupe en disant que les informations évoquées sont confidentielles à partir du moment où l'on parle d'une personne identifiée, même si elle gêne l'ordre public... C'est une question importante, parce qu'il y a une forte pression pour qu'on développe ce type de réunions.. à la fin, si on écoute les gens des quartiers, on aurait partout des tas de réunions qui ne seraient plus thématiques, mais que sur des cas... Comment les élu(e)s vont finir par gérer tout ça ? Vous avez assisté quelque fois à des réunions où l'on prend 5 situations, bien au vu de tout le monde ? Avant on mettait des X en disant : telle situation me pose problème, comment on va le résoudre ?... mais maintenant, depuis que l'on a une nouvelle politique sécuritaire, on a modifié complètement notre façon de faire : au nom de la possibilité autour de l'élu(e)s de disséquer des situations et de trouver des solutions, on parle des gens !... j'ai assisté à ce type de réunions, et je suis mal à l'aise...

Enfin, le séminaire a permis de constater que les élus savent qu'ils ont à se protéger des risques d'un surinvestissement affectif et symbolique lié à leur pouvoir d'élu(e)s. Conscients de la nécessité de renoncer à la toute puissance, ils valorisent le partage. Et l'on sait que s'élaborent activement, en de nombreux lieux, de nouvelles règles éthiques concernant la mise en commun des situations.

56 - La question du secret professionnel, de la déontologie et du partage de certaines informations n'a pas été approfondie dans le temps du séminaire ; c'est une thématique qui avance en de nombreux endroits, en avance sur les aspects purement réglementaires qui ne connaissent pas la clinique psychosociale lorsqu'ils ont été rédigés. On pourra lire sur ce sujet, Rhizome n°13, "Transparence, Secret, Discretion", Octobre 2003.

Conclusions

Au terme de ce séminaire, le matériau recueilli, riche et divers, a fourni un certain nombre d'enseignements permettant de caractériser l'objet étudié et de dégager quelques questionnements.

La santé mentale, un objet actuel et complexe

Les récits des élu(e)s ont étayé les hypothèses initiales en confirmant que la problématique de santé mentale a considérablement évolué et que, pour les élus locaux comme pour les professionnels de "première ligne", elle se manifeste essentiellement à partir de dysfonctionnements psychologiques et sociaux qui perturbent et menacent la cohésion sociale. La nature de la souffrance psycho-sociale résiste à l'appréhension et entrave bien souvent une prise en charge par les services spécialisés.

Caractérisée notamment par l'indétermination des situations dans lesquelles elle apparaît, la souffrance qui interpelle les élus se constitue au croisement de questions qui relèvent à la fois de l'ordre public, de l'ordre psychiatrique mais surtout de l'ordre social. Plus encore, elle est apparue en corrélation directe avec les avatars du sujet contemporain, dont le malaise identitaire appelle une restauration politique du lien social.

La santé mentale, un objet légitime des politiques locales encore mal spécifié

Les éléments considérés dans le séminaire démontrent clairement que la santé mentale constitue une pratique des élus locaux dans leurs fonctions de gestionnaires de la vie collective. Toutefois, malgré l'importance de leur engagement dans les multiples dispositifs locaux où ces questions sont gérées, des plus spécialisés aux plus généralistes, l'inscription de la santé mentale en tant qu'objet spécifique des politiques municipales n'apparaît pratiquement pas de manière réglementaire et contraignante, à l'exception plus que notable des hospitalisations d'office.

Du fait de la complexité et de la multiplicité de ses formes, auquel s'ajoute le poids de représentations sociales dominantes orientées selon un référentiel médical et psychiatrique, la santé mentale n'est paradoxalement ni facilement reconnue ni légalement intégrée en tant que telle dans les programmes des gouvernements locaux. Bien que le rôle effectif des élu(e)s reste encore sous-estimé et insuffisamment reconnu, il est probable qu'il se soit accru ces dernières années, en pratique comme en visibilité.

Définir la santé mentale et les politiques de santé mentale

La santé mentale, ou plutôt une santé mentale "suffisamment bonne", peut être définie *comme la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité mais non pas sans révolte* ; c'est-à-dire la capacité de vivre avec autrui et de rester en lien avec soi-même⁵⁷.

Les politiques de santé mentale visent des pratiques soutenues par le souci de promouvoir, de maintenir ou de restaurer cette capacité. Cette définition appelle des commentaires :

- La capacité de vivre et de souffrir implique que les souffrances ne soient pas consi-

57 - Sur cette définition, cf. Furtos J., Laval Ch. (sous la direction de), "La santé mentale en actes. De la clinique au politique", Erès, 4ème trimestre 2005. Lire notamment l'introduction qui développe cette définition.

dérées comme une maladie, même si certaines peuvent empêcher de vivre et de souffrir ; dans ce dernier cas, la santé mentale peut être définie comme un état susceptible d'être altéré par une souffrance psychique d'origine sociale. Nous voici éloignés de la définition utopique de 1946 produite par l'OMS, dans l'enthousiasme de l'immédiat après-guerre : un bien être total bio-psycho-social, qui certes reste l'horizon idéal et universel.

- La capacité de vivre avec autrui implique le refus de l'exclusion hors de la commune humanité ; le souci est aussi d'éviter autant que possible l'exclusion de soi-même, c'est à dire l'évolution vers le syndrome d'auto-exclusion (cf. annexe 2).
- Cette capacité appelle un intérêt pour les modèles atypiques, culturels et même psychopathologiques. Il s'agit de reconnaître la créativité des différences (d'âge, de sexe, d'origine culturelle), et de refuser une société ségrégative.

La convergence des observations et des travaux en ce domaine tend à confirmer que la transversalité de la clinique est une donnée qu'on ne peut plus méconnaître : qu'il s'agisse de la souffrance psychosociale dans ses multiples modalités, ou des troubles du comportement pouvant conduire à une HO, les intervenants sont multiples : médecins et soignants, professionnels du travail social, élu(e)s locaux. Lorsque l'on travaille avec les élu(e)s, l'espace de la santé mentale se métamorphose : il tend à s'étendre au-delà des lieux de soins et des partenariats où se déploie le travail des praticiens "officiels" de la santé mentale (la psychiatrie publique), au-delà également du champ d'intervention des praticiens du travail social. Une préoccupation politique de santé mentale se focalise, polarisant un champ où des individus-citoyens vivent avec d'autres individus-citoyens d'une manière satisfaisante ou désastreuse. Et dans ce champ, certaines notions cliniques et psychologiques très concrètes deviennent pertinentes à reconnaître : souffrance, dépression, incurie, production locale de haine et de persécution, et bien d'autres. Se pose alors à l'évidence la question d'une prise en compte qui ne se limite pas à la médecine ou à la psychopathologie individuelle, ce qui impose une définition renouvelée de la santé mentale.

Les risques de cette définition

Le premier risque est d'en rajouter à la psychologisation des problèmes de société. La psychologisation existe de fait, intéressante du point de vue de la prise en compte des affects et des représentations, mais potentiellement réductrices et déréalisant toute autre approche. Cela peut contribuer à dédouaner le social, l'économique, le politique, sauf à mettre des psychologues et des psychothérapeutes partout et pour tout le monde, ce qui n'est pas une solution ! Il est en revanche essentiel de prendre en compte les effets psychiques des modalités contemporaines de la vie en société.

Le deuxième risque est celui de la sanitarisation des problèmes sociaux, c'est-à-dire la transformation d'inégalités sociales en problèmes médicaux ou de santé publique. Il y a certes des diagnostics et des traitements, des préventions à effectuer, par exemple, pour le saturnisme ; mais la pauvreté et l'insalubrité des logements méritent d'autres traitements, de même que l'accueil des étrangers démunis. Si l'accès aux personnes précaires passe par la sanitarisation, il convient d'en être conscient. En réalité, du fait d'un voile pudique sur la faiblesse des politiques, la sanitarisation reste souvent une manière de poser des problèmes politiques.

Le troisième risque, combiné des deux premiers, est celui de la psychiatrisation de la santé mentale. Dans la conjoncture actuelle, en France, ce risque n'existe pas ; il serait plutôt utilisé comme un alibi pour récuser l'accès aux soins nécessaires pour les personnes en grande précarité qui en ont besoin, pour récuser aussi la participation au travail en réseau. Cependant, il reste toujours possible de dire trop vite que grande précarité et folie sont intimement liées ; cependant, il reste vrai que l'exclusion peut rendre fou.

Le quatrième risque serait d'opérationnaliser le lien social, voire de le mesurer et de l'évaluer comme un nouvel objet scientifique, avec, pour risque majeur, de couper l'expertise de l'expérience et des pratiques concrètes.

Le dernier piège à éviter est celui du pathos et du dolorisme. Certes, une attitude compassionnelle permet de se rapprocher de celui qui souffre et d'ouvrir à l'action, d'où l'importance de la sollicitude. Mais la souffrance n'est pas rédemptrice en elle-même, elle fait partie du principe de réalité : il s'agit de ne pas perdre toutes ses forces à lutter contre elle, c'est-à-dire, en définitive, contre soi-même en lien avec autrui⁵⁸.

Tous ces risques sont liés, de près ou de loin, à l'individualisme contemporain qui permet de mettre en avant une souffrance personnelle que l'on peut ensuite psychologiser, médicaliser, psychiatriser, etc... L'individualisme constitue le fait anthropologique de notre modernité : il est généralisé et ne touche pas seulement les pays occidentaux. De ce fait, il est inutile d'aborder l'individualisme en moraliste. Pour reprendre les termes de Charles Taylor⁵⁹, l'individualisme a de la grandeur et de la misère : grandeur du côté de la personne et des droits de l'homme, qui cependant ne suffisent pas à faire une politique, et misère du côté du risque avéré d'atomisation des individus, qui signifie repli sur soi, rupture des solidarités et isolement. Ni les présupposés philosophiques de l'individualisme, ni les droits de l'homme, à eux seuls, n'apportent de réponse sur les manières viables d'organiser une vie collective ; les modalités traditionnelles continuent de porter des valeurs et des solutions, sans ouvrir d'autres modalités dont on pressent la nécessité.

Quant au néolibéralisme, la forme actuelle du capitalisme, il renforce ostensiblement un individualisme coupé de sa source philosophique première : la capacité de penser par soi-même avec d'autres. Il impose une logique mondiale des flux d'argent, de produits et de personnes sur le credo des règles du marché, lequel n'est ni moral ni immoral mais résolument amoral puisqu'il ne connaît pas l'humain ; d'où l'importance vitale que le politique le bride dans son in-humanité.

La souffrance des élus et le besoin de sécurité

Dans ce contexte général, l'expression d'une souffrance dans l'espace public percute les maires et adjoints des villes grandes, moyennes et petites. Nous avons rencontré des élus très au fait d'une souffrance psychosociale et très proches de la vulnérabilité des concitoyens qu'ils rencontrent dans l'exercice de leur mandat : précarité sociale et psychique en rapport avec le chômage, fermetures d'usines, difficultés autour des étrangers, à l'école, avec les jeunes, personnes âgées isolées, personnes SDF et, ajouterions nous, avec tout ce qui concerne le besoin de sécurité. La précarité des statuts sociaux inclut par nature un

58 - Sur ce point, cf. *Le syndrome d'auto-exclusion*, annexe 2.

59 - Taylor Ch., 1998, *Les sources du moi, la formation de l'identité moderne*, La couleur des idées, Seuil.

vacillement de la confiance et du sentiment de sécurité ; le risque est alors de déconnecter les problèmes d'ordre public de leurs soubassements humains et contextuels et d'aboutir à une pensée sécuritaire, à ne pas confondre avec le besoin de sécurité. La santé mentale dont il est question dans ce rapport intègre le besoin de sécurité, individuel et collectif, mais récuse son dévoiement sécuritaire.

Ces problématiques renvoient souvent les élus au-delà de leurs limites habituelles, et induisent un malaise proche de celui des intervenants de première ligne du travail social. Les élus ont pourtant à intervenir, parfois bouleversés par une souffrance qui les mobilise mais qui peut aussi les immobiliser. A cela s'ajoute l'implication légale des maires et des adjoints délégués pour les hospitalisations sous contrainte de type hospitalisations d'office.

Face à ces situations difficiles, pour tous ceux qui sont en charge pour d'autres qu'eux-mêmes, le pivot d'un souci de santé mentale n'est autre que la souffrance. L'ONSMP-ORSPERE a tenté, à maintes reprises, d'éliminer ce mot de son vocabulaire : trop doloriste, ringard, judéo-chrétien... ; et pourtant il parle à presque tout le monde lorsqu'on le propose, en tout cas à ceux et celles qui restent encore vivants, susceptibles d'être bouleversés et préoccupés par autrui. Pour les élu(e)s locaux, la souffrance rencontrée dans l'exercice de leur mandat est une donnée évidente qui les sollicite et en appelle à leur sollicitude. Il ne s'agit pas de "materner" les gens, de les considérer comme des enfants assistés, mais bien de légitimer un ordre de valeurs ordinairement connotées comme féminines : la préoccupation pour autrui.

Ainsi, doit-on tenir compte de cette "découverte"⁶⁰ que la souffrance psychique ressentie, non déniée, susceptible d'être partagée avec d'autres, constitue une réserve inépuisable en terme de possibilité d'agir. Agir, apparaître sur la scène sociale par l'action et la parole, et non pas disparaître dans l'exclusion. On reconnaîtra que cette "découverte" ne va pas de soi dans une société où l'hédonisme devient le dernier refuge.

En ce qui concerne les maires et les adjoints qui ont travaillé dans le séminaire, c'est bien à partir de leur malaise qu'ils ont été confortés dans leurs responsabilités, sans dolorisme ni masochisme, avec des conclusions précises sur ce que doit être une gouvernance locale : les maires ont un pouvoir (non tout puissant) d'interpellation, de convocation, de régulation, de médiation et d'élaboration en ce qui concerne les situations, les réseaux et les initiatives de santé mentale. Tout cela est congruent avec la préconisation de l'Organisation Mondiale de la Santé, déjà cité plus haut, qui, rappelons-le encore ici, affirmait le principe suivant en matière de santé : *"la bonne gouvernance est la participation responsable de ceux qui sont concernés par la formulation et le déploiement des politiques, des programmes et des pratiques conduisant à des systèmes de santé équitables et durables"*. La difficulté, majeure, réside dans le lien entre les différents niveaux des politiques locales et nationales avec les processus mondiaux de la globalisation, et cette difficulté doit être affrontée.

La santé mentale interroge le rôle et la place des secteurs de psychiatrie

Cette question a peu été traitée par les élus, ils l'ont pointée à plusieurs reprises, mais en l'absence de représentants de la psychiatrie publique. Les difficultés des dispositifs spé-

60 - Qui s'est affirmée et confirmée dans nombre de travaux, ces dernières années, depuis le rapport Strohl-Lazarus.

cialisés à participer de manière dynamique et structurante à la gestion des situations évoquées, ainsi qu'à intégrer les dispositifs transversaux qui s'organisent localement autour de ces problématiques, confirment la nécessité de leur adaptation aux changements qui s'opèrent dans ce champ, tant au niveau de la demande (accès aux soins psychiatriques de certains publics, type de problèmes mal caractérisés du point de vue de la nosographie psychiatrique), que de l'offre (structuration d'une trame d'opérateurs de proximité d'un nouveau type, intégrant par exemple les acteurs de prévention, les services d'insertion et d'animation sociale, voire les dispositifs de sécurité et de police). Il faut tout de même rappeler que nombre de secteurs psychiatriques participent depuis longtemps à ce type de questionnement et de pratique, avec ou sans l'instauration des Conseils Locaux de Santé Mentale. Globalement, l'évolution actuelle des établissements de psychiatrie publique, dans le contexte restrictif des politiques de santé, est soumise au risque majeur de "recentrage" sur "les spécificités", terme euphémisé pour parler de repli et non de travail transversal entre les différentes filières où s'expose la clinique psychosociale. Il est important de favoriser toute pratique susceptible de constituer un antidote à ce risque majeur.

Le rôle et la place des maires

Dans le séminaire dont ce rapport rend compte, tous les participants étaient des maires ou adjoints, à l'exception d'une conseillère générale.

Depuis les lois de décentralisation, déjà anciennes, des transferts de responsabilité de l'Etat aux élu(e)s locaux et régionaux se sont effectués, et les marges de manœuvre sont très largement cogérées pour un grand nombre de niveaux décisionnels.

On doit accepter le fait que le maire et l'équipe municipale sont sans doute parmi les plus proches et les plus crédibles aux yeux de la population. Cela leur donne une responsabilité toute particulière en matière de santé mentale, qui n'exclue pas celle des élu(e)s que nous n'avons pas abordée dans ce travail : conseillers généraux et conseillers régionaux. Une bonne connaissance des domaines spécifiques et des complémentarités est nécessaire, appelant sans doute des clarifications de compétences.

La question de l'Etat et des services déconcentrés de l'Etat reste cruciale dans le lien avec les élu(e)s locaux, en particulier pour les aspects régaliens de la gouvernance, dans le respect du rôle de chacun.

Annexes

1 - Méthodologie

2 - Le syndrome d'auto-exclusion

3 - Perspectives

Annexe 1 - Méthodologie

Le groupe organisateur a convenu de mettre en place un séminaire fermé, s'adressant à un groupe de travail d'une vingtaine de personnes inter cooptées, composé essentiellement d'élus ayant le statut de maires ou d'adjoints au maire de villes moyennes ou de grandes villes, situées dans des régions suffisamment diverses pour constituer un échantillon correspondant aux réalités de ce type de villes en France. Les communes rurales étaient aussi représentées.

Le séminaire a été mis en place en décembre 2003 et a conclu ses travaux au mois de septembre 2004, après 6 séances de travail organisées selon le programme suivant :

⇒ **Séance n°1 (Vendredi 5 décembre 2003) :**

- Adoption des principes de fonctionnement du séminaire
- Validation de la problématique (tour de table, présentation des sites représentés et attentes des participants)

⇒ **Séance n°2 (Mardi 20 janvier 2004) :**

- Sujet : la responsabilité des élus
- Analyse de situations

⇒ **Séance n°3 (Mardi 9 mars 2004) :**

- Sujet : l'impact psychologique de la détresse sociale, la difficile différenciation du normal et du pathologique
- Analyse de situations

⇒ **Séance n°4 (Mardi 20 avril 2004) :**

- Sujet : la souffrance des élus
- Analyse de situations

⇒ **Séance n°5 (Mardi 15 juin 2004) :**

- Présentation et adoption du plan du rapport final à la DIV
- Débat autour des grands axes de questionnement et des pistes d'orientation susceptibles de répondre aux objectifs du séminaire
- Discussion des suites à donner au projet
- Valorisation des résultats

⇒ **Séance n°6 (Mardi 21 septembre 2004) :**

- Validation et adoption du Rapport final par le groupe,
- Adoption du plan et des différents supports de communication
- Valorisation des résultats (congrès international, associations représentatives de maires).

⇒ **Deux séances supplémentaires ont été jugées nécessaires.**

Les séances ont été animées par deux praticiens chercheurs, au double regard sociologique et psychologique (Fernando Bertolotto, Jean Furtos), selon la règle suivante : sur la base du programme établi lors de la première séance, partir de l'expérience d'une situation

comportant une souffrance psychosociale telle qu'elle est présentée à un(e) élu(e), et l'interroger pour en approfondir les tenants et les aboutissants du point de vue politique, sociologique, psychologique, tant au niveau individuel que de l'action publique locale.

A chaque séance, après un temps de validation et de reprise des principaux éléments de discussion de la séance précédente, les animateurs ont proposé une introduction problématique qui a permis une montée en généralité par rapport à l'expérience concrète des acteurs, incluant la clarification, pour les gouvernants locaux, des enjeux liés aux sujets abordés. Les règles de confidentialité ont été appliquées aux travaux du groupe et aucune communication publique du matériel ou résultats du travail n'a été réalisée sans l'accord de l'ensemble des participants.

Les animateurs ont également été chargés de rédiger le rapport final remis à la DIV et de mettre en forme les différents documents pouvant servir à la communication et valorisation des résultats du séminaire. Chaque membre du groupe avait, par ailleurs, la possibilité de proposer, au terme du séminaire, une contribution singulière à intégrer au rapport final, dans le cadre d'encarts spécifiques.

L'organisation logistique ainsi que la transcription de l'enregistrement des séances a été réalisée par Valérie Battache (ONSMP-ORSPERE).

Les cinq premières séances ont eu lieu dans les locaux de l'ONSMP-ORSPERE (hôpital Le Vinatier à Bron), et la sixième à l'Hôtel de Ville de Lyon.

Les frais d'organisation ont été assumés par l'ORSPERE (subvention DIV), alors que les frais de déplacement des participants ont été assumés par les municipalités.

Outre le présent rapport remis à la DIV, les résultats du séminaire seront valorisés de la manière suivante :

- ▄ Les grandes associations représentatives des maires et villes représentées dans le groupe seront invitées à accompagner et diffuser les résultats dans leurs réseaux d'adhérents ;
- ▄ Une contribution sur les résultats du séminaire a été présentée au Congrès international organisé par l'ONSMP-ORSPERE sur le thème "La Santé Mentale face aux mutations sociales", les 12, 13 et 14 octobre 2004 à l'Ecole Normale Supérieure de Lyon⁶¹;
- ▄ Un numéro du bulletin National Santé Mentale et Précarité Rhizome sera programmé de manière à diffuser les résultats du séminaire, enrichis du point de vue d'experts sollicités à cette occasion.

61 - Actes du congrès disponibles sur le site web : www.ch-le-vinatier.fr/oresper

Participants au séminaire

19 des 30 élus initialement invités à participer au séminaire ont répondu favorablement à l'invitation. 15 élus ont finalement participé au séminaire.

La liste des participants, réguliers ou occasionnels, est restituée ci-dessous :

Mme Christiane Bernardin, *Conseillère Générale, Tassin*
Dr Laurence Bourgeois-Genet, *3ème Adjointe au Maire, Château Thierry*
Mme Nicole Briard, *Maire Adjointe, Cherbourg*
Dr Laurent El Ghazi, *Maire adjoint, Nanterre*
Mme Marina Girod de l'Ain, *Adjointe au maire, Grenoble*
Mme Angélika Golembiowski, *Conseillère Municipale, Montagny*
Mme Sylvie Guillaume, *Adjointe au maire, Lyon*
Dr Henri Metzger, *Médecin, délégué à la politique de la ville, Mulhouse*
Mr Martial Passi, *Maire de Givors*
Mme Monique Perellon, *Adjointe aux affaires sociales et à la solidarité, Bron*
Mr Bruno Philippe, *Adjoint au maire de Sceaux*
Dr Daniel Prévost, *Adjoint au Maire, Roubaix*
Dr André Secondi, *Médecin du travail, représentant le député-maire d'Ajaccio*
Mme Clotilde Tascon-Mennetrier, *Adjointe déléguée à la santé, Rennes*
Mme Michèle Vullien, *Maire de Dardilly*

Annexe 2 - Le syndrome d'auto-exclusion⁶²

Ce syndrome est à connaître par tous les intervenants de première ligne : soignants, travailleurs sociaux. Mais les élu(e)s locaux le rencontrent nécessairement dans nombre de situations. Il est clair que l'auto-exclusion est corrélée à l'exclusion sociale qui la précède logiquement, en tant que défaillance de l'environnement psychosocial. Il est non moins clair que ce qui est décrit ici ne concerne qu'une minorité de personnes, qu'on retrouve dans les situations les plus difficiles, celles qui parasitent la pensée et donne aux intervenants le malaise de l'impasse.

Ce syndrome est décrit par certains auteurs sous l'angle de la désocialisation⁶³. Choisir ce terme d'auto-exclusion permet de pointer l'activité du sujet humain dans certaines situations d'agonie psychique où, pour survivre, il est obligé de s'exclure lui-même de sa propre subjectivité. Pour ne pas souffrir l'intolérable, il se coupe de sa souffrance, il s'anesthésie. Pour vivre, il s'empêche de vivre, paradoxe gravissime. D'une manière générale, nous sommes dans ce que les psychanalystes, et notamment l'école lyonnaise de psychanalyse, a nommé les "logiques de survie" ou plutôt de "survivance"⁶⁴. Les logiques de survie n'obéissent plus au principe de plaisir/déplaisir, ce qui explique la tolérance des personnes à la destructivité de leur vie.

62 - Exposé de Jean Furtos au séminaire sur ce thème, en écho théorique aux situations présentées.

63 - Declerck P., 2003, *Les Naufragés*, Collection Terres Humaines.

64 - Roussillon R., " Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique ", in Furtos J., Laval Ch., (sous la direction de), " La santé mentale en actes. De la clinique au politique ", Erès, 4ième trimestre 2005.

L'essentiel à comprendre, c'est qu'il s'agit de ne plus souffrir, de s'anesthésier, de se couper de soi, tout le reste en découle. Corrélativement, conserver la capacité de souffrir protège de l'évolution vers ce syndrome.

1 - Les signes

Tous les signes sont importants mais certains seront davantage développés que d'autres.

- Premier signe : inhibition de la pensée et des émotions. Les gens peuvent paraître presque hébétés, frustrés, mais ils ne le sont pas. Ils paraissent ne plus avoir d'émotions mais ils en ont ; "simplement", elles sont inhibées, anesthésiées, mises de côté. La communication verbale est en faux-self, coupée de soi-même, même si elle paraît conservée.

- Second signe : anesthésie partielle du corps, cliniquement vérifiable, ni hystérique ni carencielle (neurologique) ; c'est pour cette raison que ces personnes sentent peu ou pas les douleurs des maladies ; elles peuvent même, à la limite, ne pas sentir une gangrène. Elles sont anesthésiées comme immédiatement après la sortie d'une anesthésie générale. Le retour autorisé des perceptions de souffrance et de plaisir lève l'anesthésie, et non l'inverse. J'ai constaté ce signe pour la première fois chez une patiente qui présentait une psychose hallucinatoire très active ne laissant la place à aucun affect ; après l'introduction de neuroleptiques retard, devenue plus vulnérable et souffrante, elle me dit sa surprise de "sentir désormais le soleil sur sa peau" ; j'ai alors compris qu'auparavant, elle ne le sentait pas. C'est l'un des nombreux exemples d'un signe observable chez les personnes psychotiques, mais non psychotique en lui-même.

- Troisièmement : sur ce fond d'éroussement, on observe des troubles du comportement avec violence, déclenchés souvent par l'alcoolisation ou par des rapprochements confiants avec autrui, qui conduisent à lever la garde ; il s'agit du retour de l'anesthésié, ou psycho dynamiquement parlant, du retour du clivé.

- Quatrièmement : rupture active avec la famille et les proches, ce qui est le moteur de l'errance. Une recherche de l'ONSMP⁶⁵ a montré, après la mort de personnes en grande exclusion, qu'elles avaient passé les dernières années de leur vie à couper activement les ponts avec toute personne avec lesquelles elles étaient en lien ; la solitude était activement entretenue dans une problématique de logique de survie, le lien était devenu une douleur intolérable, sauf peut-être avec les intervenants sociaux acceptant les caractéristiques de la clinique psychosociale.

- Cinquièmement : diminution ou abolition de la honte humanisante. On connaît la honte déshumanisante, basée sur l'humiliation. Mais il y a aussi une "bonne" honte, humanisante⁶⁶, qui est le fait, par exemple, d'avoir honte de faire quelque chose parce que les autres le considèreraient comme mal et indigne du groupe d'appartenance. La honte humanisante signe le partage d'un idéal, de valeurs communes. Dans ce syndrome, les

65 - Novembre 2002, Rapport " Accompagner jusqu'au bout... ", Recherche commanditée sous le titre " La mort révélatrice de l'histoire des personnes en grande exclusion accueillies dans les structures d'accueil et d'hébergement ", FNARS-ORSPERE.

66 - Ferrant A., oct. 2003, " La double transparence et la honte ", in Rhizome n°13, p. 5 et 9.

gens perdent la vergogne, et on peut bien leur dire "vous devriez avoir honte, monsieur", ce mot ne signifie plus rien, ils sont au-delà, sans vergogne.

- Sixièmement : un signe cardinal, l'incurie, ou l'absence du souci de soi, est un découragement majeur qui passe dans la vie quotidienne. On peut observer l'incurie avec des personnes isolées ou s'isolant: malades mentaux, personnes âgées, personnes en grande précarité sociale, et, d'une manière générale, toute personne qui, à un moment de sa vie, riche ou pauvre, se sent coupée de son appartenance à la commune humanité. L'incurie est donc un signe clinique d'exclusion. En ce qui concerne les malades mentaux, et tout particulièrement les schizophrènes, c'est leur pathologie affective et cognitive qui, coupant la communication, les fait basculer dans le retrait et l'incurie, signes qui ne font partie de la maladie qu'en tant qu'effets secondaires psychosociaux, susceptibles de régression si la communication est reprise.

Il y a des formes bénignes d'incurie, comme les petites négligences, et il y a des formes malignes où la négligence va se généraliser et porter sur l'hygiène, l'alimentation, la capacité de sortir, avec un fort repli, des problèmes de santé, des dettes (les personnes ne paient plus leur logement), et un isolement dont les formes les plus graves aboutissent à la mort en l'absence d'intervention de tiers bienveillants. Un jour, on se dit "tiens, vous n'avez pas vu Monsieur Untel ? Non, ça fait un mois qu'on l'a pas vu". On va le voir dans le foyer où il réside. La directrice du foyer vous dit "Oui, c'est vrai ; on croyait qu'il n'était plus là." On va le voir : une odeur de cadavre. Il est mort, il a disparu. L'incurie est une pathologie de la disparition qui peut aller jusqu'à la mort : ce n'est pas du suicide, mais l'abandon de soi-même, le désinvestissement de soi-même, l'instinct de mort qui a réussi. Il semblerait que les pathologies de la disparition⁶⁷ soient importantes à notre époque.

L'incurie maligne porte nécessairement sur l'habitat, elle se signe par l'envahissement du lieu d'habitation par des déchets (venant quelquefois dans des pièces au préalable trop vides) : déchets alimentaires, déchets organiques, déjections du corps, vêtements sales, objets hétéroclites, qui vont s'amonceler comme une montagne d'immondices sur 50 centimètres, un mètre, ou plus. Quelquefois, les déchets sont dans des sacs, quelquefois sans sac. Quelquefois, il y a des chemins de traverse qui parcourent les immondices, quelquefois il n'y en a pas. Un tel chemin est le reflet concret d'un minimum d'organisation psychique. Quelquefois, le lit est respecté, quelquefois le lit lui-même n'est plus respecté. Il y a dans l'incurie une perte de la fonction psychique de décontamination entre ce qui est à jeter et ce qui est à garder⁶⁸. En fait, malheureusement, la personne elle-même est en train de devenir un déchet. Cela ne veut pas dire qu'elle l'est en tant que sujet, en tant que personne humaine ; mais, en se détruisant dans son humanité concrète, elle est en train d'apparaître comme un déchet, et donc de disparaître comme sujet ayant sa dignité sur la scène sociale. On ne devrait pas nommer l'incurie "syndrome de Diogène", par respect pour ce philosophe grec qui utilisa le sarcasme pour provoquer ses concitoyens.

- Septièmement : autre signe cardinal, la diminution de la capacité de demande, voire

67 - Furtos J., Laval C., nov. 1997, "Une psychopathologie de la disparition dans le contexte de la précarité et de l'exclusion", in GESTION HOSPITALIERES.

68 - Colin V., déc. 2001, " Contamination, dé-contamination psychique. Manières d'habiter du sujet SDF ", in Rhizome n°7, p. 13.

même l'abolition de cette capacité. Ce sont des personnes qui ne peuvent plus demander ni aide, ni soin, même quand tout va mal. Au contraire, elles les refusent quand on le leur propose. Il faut donc trouver des stratégies non violentes pour négocier tout de même quelque chose, ce qui n'empêche pas toujours une hospitalisation sans consentement.

- Huitièmement : caractéristique majeure, ces personnes vivent dans un monde paradoxal, un monde à l'envers. Tant qu'on ne l'a pas compris, l'incommunicabilité reste totale. Le paradoxe le plus douloureux pour les intervenants est constitué par la réaction thérapeutique négative, quasi systématique : plus on les aide activement, plus ils vont mal. Vouloir modifier rapidement leur comportement n'est donc pas leur vouloir vraiment du bien, tout au moins pendant longtemps. Ce syndrome est-il réversible ? On doit l'espérer, mais il ne faut pas l'attendre, et cette nuance est importante. Dans mon expérience, des années sont nécessaires lorsque l'on peut prendre le temps.

- En définitive, si personne n'intervient, la mort prématurée reste une complication terminale non exceptionnelle du syndrome d'auto-exclusion, par incurie et par refus d'accès à l'aide et aux soins. Les journaux n'en parlent pas toujours. Il s'agit tout de même, le plus souvent, de personnes en grande précarité, mais aussi parfois de personnes bien intégrées dans la société, socialement et psychiquement isolées.

- On doit remarquer que tous les signes du syndrome d'auto-exclusion sont déficitaires, à l'exception du troisième qui indique un déficit actif, une activité et un ressenti bloqué, immobilisé.

2 - Approfondissement de la clinique

Reprenons les septième et huitième signes du syndrome d'auto-exclusion, car c'est par leur compréhension que les intervenants arrivent le mieux à ajuster leurs pratiques.

2.1 Le monde à l'envers de la paradoxalité

La particularité la plus importante de cette clinique, par la logique qu'elle introduit, est sans conteste la paradoxalité, comme toutes les fois qu'est concernée la formation ou la déconstruction du narcissisme. Cela explique pourquoi on se trouve presque toujours dans un monde qui paraît à l'envers de ce à quoi on s'attend⁶⁹.

Entrer dans un processus d'auto-exclusion, c'est en soi, nous l'avons dit, s'empêcher de vivre pour vivre, ce qui constitue l'armature des logiques de survie. L'exemple princeps qui m'a permis d'aborder la paradoxalité dans l'exclusion est le suivant.

C'est une situation racontée par une jeune psychologue travaillant dans un réseau autour des SDF. Elle était intriguée par un homme de la rue qui se promenait régulièrement avec une hache et un couteau. Evidemment, il faisait le vide autour de lui. Elle lui demande simplement pourquoi il porte ces armes (courage de la parole), et il lui répond aussi simplement : *"C'est pour ne faire de mal à personne"*. Il explique alors qu'il se sent violent : s'il

69 - Le sens premier du terme " paradoxe " signifie : à côté de l'opinion commune.

attaque quelqu'un à mains nues, il risque de l'étrangler, alors qu'au contraire, avec cette hache et ce couteau, il fait peur, on l'évite et ainsi il ne fait de mal à personne. Le paradoxe de porter des armes pour ne pas tuer n'était pas une contradiction, mais une mesure paradoxale astucieuse qui, en même temps, le coupait d'autrui avec un coût majeur en terme d'exclusion.

L'exemple de paradoxalité le plus ordinaire, outre la réaction thérapeutique négative déjà signalée, est constitué par ce que j'ai appelé l'inversion sémiologique, l'une des modalités les plus connues du monde à l'envers en clinique psychosociale. Ainsi, une personne de la rue ou en grande précarité parlera de son intime et de son histoire traumatique au travailleur social, à l'adjoint au maire ou au maire (dans sa permanence) ; une orientation vers les psy sera conseillée. Si cette personne va en consultation psy ou à l'hôpital psychiatrique, on considérera qu'il s'agit d'un "cas social" à qui il faut d'abord trouver un logement et du travail, parce que c'est ce qu'elle dit. En terme d'analyse superficielle, on pourrait penser à une mauvaise foi où chacun dirait : "Vas voir là-bas si j'y suis". Il s'agit en fait d'une situation paradoxale avec inversion sémiologique : les signes psychiatriques apparaissent sur les lieux du social, là où en principe on ne peut les écouter trop longtemps ni les traiter, tandis que les stigmates du manque des objets sociaux occuperont le devant de la scène du soin. Nous sommes en présence d'une modalité conservatoire à comprendre : la personne en auto-exclusion ne peut effectivement pas parler de sa souffrance sans s'effondrer, comme si toucher directement au vécu agonique ravivait cette souffrance d'une manière intolérable. Le psychiatre⁷⁰ ne va pas trouver un logement, mais il pourra écouter l'impossibilité d'habiter (d'habiter un logement, d'habiter son corps, sa généalogie, un couple fécond) ; et le travailleur social pourra écouter les récits traumatiques en acceptant de ne pas y toucher ni de les orienter trop vite vers la psychiatrie. L'inversion sémiologique constitue le socle paradoxal du syndrome dit de la "patate chaude", et donne aux institutions l'obligation de collaborer et de s'entraider, sans confusion de rôle ni dilution de compétence.

2.2 La non demande

Elle entraîne une incrustation de soi-même dans l'autarcie et la destructivité du lien. Il y a une corrélation assez stricte entre l'impossibilité de penser l'objet manquant et la demande impossible, puisque demander c'est admettre l'objet manquant. Le travail du deuil et la demande constituent "un luxe" de personnes allant suffisamment bien, luxe nécessaire dont la carence s'avère mutilante.

Une personne en difficulté devrait pourtant pouvoir demander de l'aide, une demande de nature intersubjective, différente du seul besoin à combler, et certains le feront à l'envers. Mais, à partir d'une précarité excessive, et en fonction de l'histoire personnelle de chacun, la demande diminue considérablement, et une fois passé le seuil de l'auto-exclusion, elle s'abolit quasiment toujours ; la demande impossible doit alors être portée par des tiers sous peine d'abandon à personnes en danger, tout en gardant l'impératif de ne pas instituer d'emprise sur l'autre, de lui laisser son mot à dire, d'autant que, chemin faisant, des solutions de dégageant peuvent permettre d'avoir moins besoin d'autrui.

70 - Quand nous parlons du psychiatre, c'est par simplification abusive ; en fait, interviennent les différents métiers d'une équipe psychiatrique : psychologues, infirmiers, etc.

Les conséquences de ces deux caractéristiques sont doubles :

1 - L'absence de demande, voire la récusation de l'aide⁷¹, ajoutée à l'inversion sémiologique paradoxale, conduisent à une précipitation de l'intervention sur le mode de l'urgence, autant sur le plan social (dettes, expulsion) que sur le plan des pathologies médicales. L'augmentation inexorable du recours à l'urgence médicale et aux urgentistes serait-elle le signe d'une société précaire ?

2 - L'absence de demande des usagers, des personnes en difficultés, amène soit à l'obligation d'agir sans demande (droit d'ingérence), soit à la décision de n'agir que s'il y a demande, donc seulement avec ceux qui vont suffisamment bien, du moins si l'on se situe en mode binaire, sans paradoxalité. Le problème est plus complexe : on doit probablement réfuter l'auto proclamation d'un droit d'ingérence qui ne se poserait plus le problème de sa légitimité ; mais peut-on pour autant valider l'eugénisme passif et implicite d'une déchéance, d'une morbidité, voire d'une mort de l'autre qui ne nous concernerait plus ? Peut-on justifier le principe de ne jamais intervenir sans une demande en bonne et due forme et bien à l'endroit, lorsque l'on connaît le monde à l'envers de la paradoxalité ? Non, bien sûr. En fait, concrètement, on doit tenir compte des capacités de négociation avec les personnes précaires et vulnérables, plus importantes qu'on ne le croit. Vu sous cet angle, les conflits de légitimité se posent comme la catégorie éthique de l'action.

3 - Avec une personne en syndrome d'auto-exclusion, la souffrance est portée par les aidants, quels qu'ils soient

Nous avons un temps qualifié le malaise des intervenants du terme de souffrance portée⁷². Il s'agissait, à l'époque, de rappeler qu'en général la souffrance est connue par la plainte qui la transporte⁷³. La société des individus s'est effectivement érigée sur une souffrance des individus publiquement reconnue par le social, le juridique et le politique. Ainsi, entre 1880 et 1910, une catégorie nouvelle de droit se construit : le droit social, pour valider les plaintes de la classe ouvrière, notamment en terme de maladies du travail. Ainsi la souffrance des individus fait-elle foi, fait-elle loi, et le XX^e siècle en a vu de nombreux exemples⁷⁴. Mais qu'en est-il pour ces personnes rencontrées dans le cadre de la clinique psychosociale, en particulier dans l'acmé implosif du syndrome d'auto-exclusion où la demande est abolie et donc en principe intransportable ? En fait, leur plainte non dite est portée par le malaise de ceux qui soutiennent le face à face avec ces personnes. C'est le génie du rapport Strohl-Lazarus⁷⁵ que d'avoir reconnu le mal-être des aidants en tant que tiers impliqués, témoignant d'une souffrance qui, en partie, ne leur appartient pas. Ainsi les exclus accèderaient-ils, par personne interposée, à une forme de dignité et de reconnaissance, à condition de ne pas en rester là...

71 - Martin J.P., sept. 2000, " La récusation de l'aide comme symptôme ", in Rhizome n°2

72 - Furtos J., Laval C., 1998, " L'individu post-moderne et sa souffrance dans un contexte de précarité ", in Confrontations Psychiatriques, n°39, p.373 à 398.

73 - Lae J.F., 1996, L'instance de la plainte, une histoire politique et juridique de la souffrance, Descartes et Cie, Paris.

74 - Furtos J., Laval C., 1998, op. Cité.

75 - 1995, op. cité supra.

Annexe 3 - Perspectives concrètes

Dans son principe, la santé mentale est un objet utile à l'optimisation des politiques publiques, notamment celles en situation de précarité.

L'analyse de l'expérience pratique des élus locaux a permis d'identifier un certain nombre d'interrogations pouvant être considérées dans une optique d'optimisation des conditions de prise en compte de la santé mentale par les municipalités. Nous retiendrons les suivantes :

- Les difficultés personnelles à gérer la souffrance et le malheur, ainsi que le stress lié à la vie politique ordinaire indiquent l'intérêt de poser la question de la souffrance des élus et son incidence dans la vie locale, et d'expérimenter des réponses spécifiques en termes d'écoute et de soutien personnalisé.
- Il conviendrait de mieux caractériser un certain nombre de publics particulièrement sensibles et vulnérables sur le registre de la santé mentale, afin d'optimiser les orientations des politiques de santé mentale menées localement à leur intention (les personnes SDF, les nouveaux migrants, les jeunes en difficultés sociales, les personnes âgées précarisées, etc).
- En correspondance avec les publics cités ci-dessus, nombre de problématiques spécifiques ont été évoquées, qui mériteraient d'être mieux appréhendées par les responsables des politiques publiques locales, sur le registre de l'épidémiologie, de la clinique et de la thérapeutique⁷⁶, sur le plan juridico-politique (orientations des politiques de santé mentale, cadre réglementaire) ou institutionnel (dispositifs et ressources de proximité).
- Plusieurs moyens et outils ont été envisagés dans l'optique d'optimiser les capacités et conditions d'intervention des élus locaux, sous la forme de fiches pratiques validées thématiques (la mallette d'astreinte et les problèmes de santé mentale, le travail en réseau, les hospitalisations sous contrainte, l'action communautaire en santé, la connaissance et les conditions de recours aux services spécialisés en santé mentale, les ressources de prévention et de soins de proximité, les dispositifs sanitaires et sociaux locaux (PRAPS⁷⁷, ASV⁷⁸ de la politique de la ville, plans toxicomanie, SREPS⁷⁹, etc).
- Un certain nombre de questions ont été posées en matière de dispositifs d'observation et recherche pouvant être mis en place au niveau local afin de réduire l'indétermination des situations de détresse psycho-sociale et/ou de maladie mentale, dans la mesure où cette indétermination (essentielle à reconnaître au départ) peut paralyser l'action et réduire à l'impuissance.

76 - L'éventualité de formation aux élus concernant des problèmes spécifiques en santé mentale a été évoquée notamment sur l'incurie, les violences (familiales, individuelles, institutionnelles...), le suicide, les conduites addictives, les conduites à risques, la dépression, la schizophrénie, la souffrance psychosociale, les différences de genre, la précarité...

77 - Programme Régional d'Accès et de Prévention aux Soins.

78 - Ateliers Santé-Ville.

79 - Schéma Régional d'Education Pour la Santé.

Perspectives pragmatiques

I - Formation et soutien personnel aux élus

- a) Mise en place de formations destinées aux élus locaux qui souhaiteraient aborder leurs difficultés personnelles à gérer la souffrance et le malheur de leurs concitoyens.
- b) Expérimentation d'un système de soutien personnalisé anonyme géré par certains organismes ou par une institution représentant les élus locaux comme l'Association des Maires de France (et d'autres associations d'élus(e)s).
- c) Formation sur des publics et thématiques spécifiques adaptées aux élus dans son contenu et son mode de dispensation.

II - Outils et aide à l'intervention

- d) Elaboration d'une série de fiches et outils d'aide à la décision de l'élus confronté aux principaux problèmes de santé mentale.
- e) Diffusion de ces fiches en partenariat avec les institutions représentatives des collectivités locales.

III - Valorisation et vulgarisation

- f) Valorisation et vulgarisation des travaux du séminaire par l'élaboration d'un plan de communication géré et porté par le groupe de participants au séminaire, selon le principe de partenariat avec les institutions représentatives des collectivités locales, et la référence scientifique et éventuellement opérationnelle de l'ONSMP-ORSPERE.

IV - En matière d'observation et recherche

Projet et lancement d'un appel d'offre d'étude des Hospitalisations d'office en France par la DIV, dont le cahier des charges serait mis au point à partir des résultats du séminaire par le groupe du séminaire pouvant fonctionner comme comité de pilotage et de suivi des travaux. Ce projet est en cours.

Bibliographie

Ouvrages

- Adam Ph., Herzlich C., 1994, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Collection 128, Nathan.
- Castel R., (1995), *Les Métamorphoses de la question sociale – Une chronique du salariat*, Folio, 1999.
- Castel R., 2003, *L'insécurité sociale – Qu'est-ce qu'être protégé ?* Ed. du Seuil et La république des idées.
- Declerck P., 2003, *Les Naufragés*, Collection Terres Humaines.
- Fassin D., 1996, *L'espace politique de la santé*, PUF.
- Furtos J., Laval Ch (dir.), 2005, *La santé mentale en actes. De la clinique au politique*, Ed. Erès.
- Herzlich C., Pierret J., 1984, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui : de la mort collective au devoir de guérison*, Payot.
- Herzlich C., 1992 (1ère édition en 1969), *Santé et Maladie, analyse d'une représentation sociale*, Paris, Ed. de l'EHESS.
- Joubert M. (dir.), 2003, *Santé mentale, ville et violence*, Ed. Erès.
- Laë J.F., 1996, *L'instance de la plainte, une histoire politique et juridique de la souffrance*, Descartes et Cie, Paris.
- Renault E., 2004, *L'expérience de l'injustice – Reconnaissance et clinique de l'injustice*, Ed. La Découverte, Paris.
- Taylor Ch., 1998, *Les sources du moi, la formation de l'identité moderne*, Seuil, La couleur des idées.

Articles

- Bertolotto F., sept. 2002, "20 ans d'expérience locale en santé publique : quelle contribution pour le débat psychiatrie/santé mentale ?", in *Rhizome*, n°9, ONSMP-ORSPERE, pp. 12-13.
- Colin V., déc. 2001, "Contamination, dé-contamination psychique. Manières d'habiter du sujet SDF", in *Rhizome* n°7, p. 13.

- Ferrant A., oct. 2003, " La double transparence et la honte ", in *Rhizome* n°13, p. 5 et 9.
- Furtos J., Laval C., nov. 1997, "Une psychopathologie de la disparition dans le contexte de la précarité et de l'exclusion", in *Gestions Hospitalières*, pp. 743-749, 30 réf.
- Furtos J., Laval C., 1998, " L'individu post-moderne et sa souffrance dans un contexte de précarité ", in *Confrontations Psychiatriques*, n°39, pp.373-398.
- Furtos J., fév. 2000, " Epistémologie de la clinique psychosociale : la scène sociale et la place des psy ", in *Pratiques en Santé Mentale*, n°1, pp. 23-32.
- Martin J.P., sept. 2000, "La récusation de l'aide comme symptôme", in *Rhizome* n°2, pp.4-5.
- Roussillon R., juil. 2003, " Nécessité de la conflictualité et complexité ", in *Rhizome* n°12, ONSMP-ORSPERE, p. 8.
- Roussillon R., "Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique", in Furtos J., Laval Ch., (sous la direction de), "La santé mentale en actes. De la clinique au politique", Erès, 4^e trimestre 2005.

Rapports - Bulletins

- Rapport Strohl-Lazarus, "Une souffrance que l'on ne peut plus cacher", rapport du groupe de travail "Ville, Santé mentale, précarité et exclusion sociale", DIV/DIRMI, 1995.
- Rapport du Haut Comité de Santé Publique, "La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé", 1998.
- Rapport "Points de vue et rôles des acteurs de la clinique psychosociale", résultat de deux recherches-actions, ORSPERE-FNARS, 1999.
- Rapport Piel-Roelandt, "De la psychiatrie vers la santé mentale", Rapport de mission remis au Ministère de l'Emploi et de la Solidarité et au Ministère délégué à la santé, 2001.
- RESSCOM, DIV, Séminaire Ville, violences et santé mentale, Bulletin n°1, avril 2001.
- Rapport "Réseau et politique de santé mentale : mutualisation et spécificités des compétences", ONSMP-ORSPERE, Ville de Bourgoin-Jallieu, 2002.
- Rapport "Accompagner jusqu'au bout...", Recherche commanditée sous le titre "La mort révélatrice de l'histoire des personnes en grande exclusion accueillies dans les structures d'accueil et d'hébergement", FNARS-ORSPERE, 2002.

- Rhizome n°13, “Transparence, Secret, Discrétion”, octobre 2003.
- Rapport “Santé mentale et demandeurs d’asile en région Rhône-Alpes. Modalités cliniques et interpartenariales”, recherche-action commanditée par la DRASS Rhône-Alpes, ONSMP-ORSPERE, 2005.
- Manuel publié par la Haute Autorité en Santé (HAS, ex ANAES) : Recommandations pour la pratique clinique, “Modalités de prise de décision concernant l’indication en urgence d’une hospitalisation sans consentement d’une personne présentant des troubles mentaux”, 2005.

Site WEB

Actes du congrès international de Lyon “La santé mentale face aux mutations sociales”

www.ch-le-vinatier.fr/orspere

Les élus locaux face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique.

Travailler avec des élu(e)s locaux métamorphose l'espace de la santé mentale qui s'étend, dès lors, au-delà des lieux de soin et des partenariats où se déploient les praticiens de la psychiatrie publique et du travail social ; au-delà, mais avec eux, s'il y a lieu.

C'est à partir de leur malaise devant la souffrance psychosociale que les maires et les adjoints ont été humainement sollicités dans leurs responsabilités, sans dolorisme ni masochisme, mais avec des conclusions précises sur ce que doit être une gouvernance locale : ils ont à exercer un pouvoir (non tout-puissant) d'interpellation, de convocation, de régulation, de médiation et d'élaboration en ce qui concerne les situations, les réseaux et les initiatives de santé mentale.

Une préoccupation politique de santé mentale devient alors manifeste sur le terrain des pratiques, polarisant un champ où des individus-citoyens vivent avec d'autres individus-citoyens d'une manière satisfaisante ou désastreuse. Ainsi, le souci de santé mentale, envisagé de cette manière, est-il bien d'essence éthique et politique : il s'exprime par des actions concrètes, et son absence devient calamiteuse dans un monde contemporain où le local, le national et la mondialisation ne font pas nécessairement bon ménage.

Pour le dire autrement, l'élu(e) municipal(e) détient l'une des clefs de la cohésion sociale. En ce domaine, la santé mentale, au sens plein de ce terme, a une incidence directe sur le bien vivre ensemble, ce qui légitime la préoccupation active des élu(e)s.

Ce rapport est issu d'un séminaire de recherche-action DIV-ONSM-ORSPERE (2003-2004) sur le thème "Les maires et les élus locaux dans la nouvelle donne de la santé mentale" ; il explore une dimension encore mal connue de l'action des élu(e)s et met en lumière les rapports intimes entre système politique et santé mentale.



Délégation interministérielle à la ville

194, avenue du Président Wilson,
93217 Saint-Denis La-Plaine.

Tél : 01 49 17 46 46

www.ville.gouv.fr

ISSN 1633-7654 ISBN 2-11-094868-X

Prix : 12 e

