

Abattre des murs pour construire notre présence dans la cité

Benedetto Saraceno

Je veux commencer en rappelant certaines données essentielles.

Plus de la moitié de la population mondiale vit dans des zones urbaines.

La population urbaine a grandi de manière significative durant les trente dernières années: en 1975, 26% des habitants de l'Afrique vivaient en ville, aujourd'hui ce sont 39% et en 2030 ce seront 63% des habitants; en Asie, le saut sera de 29% à 64% et en Europe de 66% à 79%.

1 : cette slide nous montre l'évolution de la population urbaine entre 1975 et une projection 2030 en trois continents.

Population urbaine

	1975	2010	2030
• AFRIQUE	26%	39%	63%
• ASIE	29%	41%	64%
• EUROPE	56%	66%	79%

Donc le monde se "métropolise". L'United Nations Population Fund (UNPF) estime que 85% de l'augmentation de la population mondiale dans les 30 prochaines années se vérifiera dans des contextes urbains. La population urbaine dans les pays en voie de développement passera de 2 milliards en 2000 à 4 milliards en 2030, alors que la population

générale du globe passera de 6 à 8 milliards. La croissance urbaine sera bien plus marquée dans les petites villes que dans les mégapoles.

L'absence d'opportunités de travail, l'isolement social, la mutation de l'imaginaire des jeunes rendent les campagnes toujours moins peuplées et les villes toujours plus attrayantes pour les jeunes.

La concentration urbaine d'individus a démontré être une composante importante du développement économique (et pour cela les individus quittent les campagnes pour la ville) de même que le développement économique a montré être un puissant facteur déterminant de l'agglomération urbaines.

La ville provoque à la fois développement et pauvreté. La plupart des villes du monde montre une croissance de la population urbaine **pauvre**.

Les problèmes de santé mentale et plus en général de santé seront donc toujours plus des problèmes de santé "urbaine".

L'usage de substances psycho-actives (légal ou illégal), les violences domestiques et les violences des jeunes deviennent de plus en plus des éléments constant du panorama urbaine.

La Banque Mondiale et l'Organisation Mondiale de la Santé estiment que les maladies mentales représentent 14% de la charge totale de l'association entre mortalité et incapacité, générées par toutes les maladies. En d'autres mots, la contribution des maladies mentales à l'incapacité et à la mortalité est très significative (supérieure au cancer et aux maladies cardio-vasculaires).

La slide 2 nous montre que parmi les premières dix causes **d'années vécues avec une incapacité**, 4 sont des troubles mentaux.

LEADING CAUSES OF YEARS OF LIFE LIVED WITH DISABILITY

Both sexes, all ages

1	Unipolar depressive disorders	10.9%
2	Hearing loss, adult onset	4.6%
3	Refractory errors	4.6%
4	Alcohol use disorders	3.7%
5	Cataracts	3.0%
6	Schizophrenia	2.7%
7	Osteoarthritis	2.6%
8	Bipolar affective disorder	2.4%
9	Iron-deficiency anaemia	2.2%
10	Birth asphyxia and birth trauma	2.2%

Finalement, la troisième slide, nous montre que en 2030 la dépression sera parmi les 3 premières causes d'années perdues de vie dans tous les trois groupes de pays classifiés par revenu (élevé, moyen, faible).

Leading causes of DALYs lost by income group 2030

Income group	Rank	Disease
World	1	HIV/AIDS
	2	Unipolar depressive
	3	Ischaemic heart dis.
High income	1	Unipolar depressive
	2	Ischaemic heart dis.
	3	Alzheimer
Middle-income	1	HIV/AIDS
	2	Unipolar depressive
	3	Cerebrovascular
Low-income	1	HIV/AIDS
	2	Perinatal
	3	Unipolar depressive

Ces données se réfèrent aux **maladies mentales** définies par les classifications internationales des maladies et ne tiennent pas compte des nombreuses conditions de souffrance psychologique et sociale générées par la pauvreté, par la violence, par l'insécurité et par l'abandon dans l'enfance et l'adolescence, par l'émigration forcée, par l'exclusion, et qui frappent les individus, les familles et les communautés. Entre ceux qui souffrent d'une maladie mentale formellement classifiée et reconnue et ceux qui souffrent de ces "autres" conditions de vulnérabilité psycho-sociale il y a toutefois beaucoup en commun: stigmatisation, discrimination, abandon,

violation des droits. De plus, l'un et l'autre groupe vivent dans des institutions: définies, visibles, à haute densité comme les hôpitaux psychiatriques, les prisons, les camps de réfugiés, ou bien indéfinies, invisibles, diffuses, à basse densité comme les rues, les stations de métro, les favelas, les slums, les quartiers sensibles.

Il y a de la perméabilité entre le premier groupe, les malades psychiatriques, et les "autres" qui, par la nature et l'hétérogénéité de leur souffrance, ne peuvent avoir d'autre nom que "autres". Les uns et les autres sont une multitude et n'ont pas d'individualité reconnue (fous, pauvres, réfugiés, immigrés): une nation "transversale" aux Nations officielles dotées de nom, où les souffrances se croisent, se confondent, mais ne trouvent pas de réponses.

La ville est un espace physique où cette nation vive, mais la ville ne promet ni ne permet une vraie contiguïté spatiale, c'est-à-dire un vrai voisinage, une communauté humaine (la ville a cessé depuis longtemps d'être Commune dans l'acceptation du sens originel du mot) et les personnes y cohabitent et tout au plus s'agrègent toujours plus selon des contiguïtés dialectales, selon des identités d'ethnies vraies ou apparentes, rapprochées essentiellement par les exclusions et souvent par l'illégalité.

La ville produit des souffrances et des maladies multiples et offre des **non-réponses** ou bien des **réponses fragmentées et fragmentantes**. La ville produit des souffrances et des maladies collectives, c'est à dire qui frappent des groupes vulnérables, mais qui toutefois ne sont pas reconnues comme des maladies interindividuelles: c'est un paradoxe de la ville qui produit une vulnérabilité collective mais nie la collectivité de

la vulnérabilité et fournit des réponses pseudo-individuelles selon des formes dé-subjectivant, c'est-à-dire qui nient l'individualité. Donc la ville nie aux individus la dimension collective de leur souffrance et répond aux individus en en niant la subjectivité.

Nous avons au contraire besoin de réponses en réseau simplement parce que les demandes sont en réseau et la négation de cette simple vérité crée des réponses unilatérales, faussement linéaires, verticales, séparées.

C'est la souffrance des personnes qui est en réseau, parce que c'est la réalité qui est un réseau de facteurs de risque et c'est la réponse à la souffrance qui trop souvent n'est pas en réseau. Et c'est cela qui crée les barrières et l'*ineffectivité* des réponses. Maladie physique, maladie mentale, souffrance psychologique, souffrance sociale sont en réalité les nœuds d'un réseau complexe dont l'hyper-simplification serait peut-être un besoin administratif, institutionnel, parfois aussi compréhensible, mais quand même la réponse, si elle veut être "vraie", doit limiter cette hyper-simplification et maintenir dans les interventions les mêmes connections complexes que les questions proposent. Une maladie est le résultat d'un risque, mais le risque est parfois aussi une autre maladie. Par exemple: l'abus de substances, la dépression, la violence familiale, le suicide sont des événements et des conditions en réseau, dans le sens où, par exemple, les hommes alcooliques (qui sont à risque, en tant qu'alcooliques, de suicide) sont aussi souvent les auteurs de violences en famille. Et les femmes qui subissent les violences domestiques (de la part de ces hommes alcooliques qui sont à risque de suicide) sont à leur tour à risque d'une

dépression grave. Et s'il y a aussi des enfants, les risques de souffrance psychiques, de troubles du développement et du comportement sont aussi présents. Et pour finir quelqu'un finira dans un accident de voiture par mourir ou faire mourir quelqu'un.

Tout cela est un **réseau** et les réponses ne peuvent pas être séparées et verticales, mais intégrées et horizontales.

Le rôle hégémonique du modèle biomédical, linéaire, individualiste, anhistorique, infiltre et colonise tous les problèmes du vivre; les maladies "augmentent" aussi parce qu'on appelle maladies tout genre de souffrances psychologiques et sociales; le modèle biomédical s'approprie de la souffrance, la classifie, la fragmente et administre des réponses, une réponse pour chaque question et si la question ne trouve pas de réponse il sera nécessaire de reformuler la question de manière à ce qu'il ne se forme pas de groupes de questions sans réponse.

Trop souvent la psychiatrie donne des réponses inacceptables soit du point de vue éthique soit du point de vue scientifique. Elles sont le résultat de deux phénomènes très dangereux mais aussi très communs :

a) la séparation artificielle entre la dimension médicale et la dimension sociale des maladies que sont bio psychosociales par nature. Cette séparation est très rassurant soit pour une médecine exclusivement centrée sur la dimension biologique de la maladie soit pour le système de soins que s'autorise à abandonner la dimension sociale de la maladie à des solutions sociales généralement de mauvaise qualité. Le résultat est la médicalisation d'une coté et l'abandon de l'autre

b) la criminalisation de toute dimension dérangeante de la maladie psychiatrique ou des problèmes psychosociale des plus vulnérables (jeunes, pauvres, immigrés, toxicomanes etc....)

Voilà que donc que se forment des tribus séparées, convaincues de leur appartenance à leur tribu, mais progressivement il y a une tribu qui disparaît, c'est celle du nous, c'est à dire des sujets unis simplement par leur condition de sujet. Avec la disparition des sujets reconnus simplement en tant qu'homme, femme, enfant, disparaissent progressivement aussi les droits. Restent seulement les identités: immigré, clandestin, pauvre, toxicomane, etc.

Le modèle linéaire biomédical ne tolère pas la complexité et favorise les identités exclusives et séparées: les femmes maltraitées sont des "cas" cliniques individuels de même que les réfugiés deviennent des cas de stress post-traumatique. C'est certainement vrai que chaque femme maltraitée peut "aussi" être un cas clinique de même que chaque réfugié peut "aussi" être un cas de stress post-traumatique, mais cette possibilité/identité s'empare du reste et ne permet pas aux réponses d'être "aussi" cliniques et non "seulement et exclusivement" cliniques.

Les sujets ne se perçoivent plus et ne sont plus perçus comme des personnes complexes mais comme des représentants d'une identité unique. On en vient à nier la richesse des milles identités existantes ou potentielles des sujets, qui heureusement sont contradictoires et génératrices de compétences multiples.

Le processus de désinstitutionalisation des malades psychiatriques chroniques peut nous aider a mieux comprendre les enjeux de la

psychiatrie mais bien au-delà de ça peut aider la ville à comprendre ses contradictions.

Le processus de désinstitutionalisation n'a pas été seulement le processus qui mit fin au scandale de l'asile d'aliénés mais le processus qui a inventé les technologies humaines pour la reconstruction multi-identitaire des sujets réduits à une seule identité : la chronicité.

Donc la première étape (bien connue à tous ceux qui se posent le problème de la réhabilitation psychosociale) sera celle de la reconstruction des identités individuelles et de la reconnaissance du sens produit par chacun: chacun est producteur d'un sens et cette production humaine a le droit d'être reconnue et dotée de dignité et de respect.

La seconde étape est celle du travail afin qu'un tel sens puisse s'exprimer, se connecter à d'autres, opérer des échanges affectifs et matériels, apprendre à interagir. Il s'agira d'adaptations réciproques entre le sujet et l'environnement: des sujets plus compétents et des environnements plus tolérants.

Voilà le défi de la Long Term Care,: **7** : cinq C en anglais : la comprehensiveness c'est-à-dire la capacité des services de santé mentale d'offrir un large spectre d'opportunités thérapeutiques et de réhabilitation et inclusion sociale, la community long term care c'est-à-dire la capacité des services de faire ces offres dans le milieu communautaire pour des périodes très longues même pour toujours, la continuity, c'est-à-dire la non fragmentation des offres et la coordination parmi toutes les pièces qui composent le service, la collegiality, c'est-à-dire la gestion multiprofessionnelle des services et l'empowerment des usagers, la capacity, c'est-à-dire le besoins urgent

de nouvelles compétences professionnelles parmi les professionnels de la santé mentale.

C'est une nouvelle dynamique de pouvoirs qui s'acquièrent, de contractualisés psychologiques et sociales, de droits qui cessent d'être niés.

TOUS sont les protagonistes de cette dynamique soit au niveau des services de santé mentale soit plus en général au niveau de la vie de la ville.

La Commission OMS sur les Déterminants Sociaux de la Santé est très claire sur ce point: "La promotion de la santé urbaine n'est pas simplement une question d'interventions correctes et de ressources. La santé urbaine dépend en grande mesure de la gouvernance, c'est à dire de l'institution et des processus à travers lesquels une société est capable de gérer le cours des événements sociaux". Donc, il ne s'agit pas seulement de l'affaire de psychiatres mais de la ville, de la cité : la gouvernance est la façon dont les institutions publiques et privées savent gérer la dynamique sociale de la ville de manière responsable, capable et juste. La gouvernance est une notion plus complexe que celle de gouvernement. Une société est démocratique quand, au lieu de normaliser la diversité, elle diversifie la norme en saisissant la complexité des besoins sans craindre la diversité de ceux-ci. Les sujets se libèrent alors de la prison identitaire et la collectivité se libère de la peur de la diversité: la rencontre constitue l'habilitation de l'exclusion/souffrance au statut de citoyenneté.

Un tel processus réclame un double travail, de la part des sujets et de la part de la collectivité. L'individu à qui manque une jambe a besoin

d'apprendre à marcher avec une prothèse mais aussi d'une ville sans barrières architectoniques, et cela présuppose le travail du sujet et celui de la ville. La diversité et l'exclusion demandent à être habilitées, c'est à dire demandent des prothèses pour marcher et des règles nouvelles pour pouvoir marcher. Mais la ville aussi a besoin d'être habilitée avec les prothèses de la participation, de l'équité et de l'offre de réponses adéquates.

L'inclusion des exclus n'est donc pas l'apprentissage de règles du jeu des inclus de la part des exclus, mais une mutation des règles du jeu. Donc nous ne travaillons pas pour une ville sans "divers" mais pour une ville diverse où se rencontre et s'expérimentent les diversités.

La ville accueillante et riche en hospitalité permet la citoyenneté, et la citoyenneté permet de ne pas être dans la prison de la mono-identité. Les droits de citoyenneté sont bien plus que des droits "négatifs" (ne pas être exclu, ne pas être objet de violence, ne pas être abandonné), s'ajoutent à ceux-ci des droits "positifs" (être écouté, accueilli, reconnu dans ses propres besoins). La tolérance est le paradigme qui nous accompagne depuis l'illuminisme; la tolérance comme effort moral d'acceptation de ce qui est différent. Aujourd'hui, dans la ville contemporaine, il ne s'agit pas seulement de la tolérance de chacun, mais de l'affirmation et de la protection formelle des droits de la part des collectivités et des pouvoirs publics. La citoyenneté est la forme contemporaine de la tolérance, non plus noble dynamique entre individus de bonne volonté, mais bien certitude du droit, le corps des lois, de la garantie et des institutions qui définissent une nouvelle éthique publique selon laquelle les sujets en tant que tels ont le droit d'accéder aux réponses appropriées à leurs besoins. Il est nécessaire

une pratique de la complexité qui se caractérise non seulement par la vertu illuminée et illuministe de la tolérance mais aussi par la nouvelle vertu de la citoyenneté qui transcende la vertu individuelle et construit la vertu de la Ville et pas seulement celle des citoyens pris individuellement.

Des grands défis éthiques, scientifiques et sociaux son devant nous, sont devant la CITE'

1. la ville d'aujourd'hui est comme l'asile de Pinel qui a créé la psychiatrie moderne en traçant la séparation nette entre malade et marginaux. Je suis convaincu que la modernité et l'innovation aujourd'hui n'est pas de tracer de nouvelles séparations mais au contraire de accepter la complexité de la ville et de ses contradictions, d'accepter le partage de la gestion de cette complexité.
2. Il faut penser a une clinique de la précarité c'est-à-dire d'une psychiatrie orienté aussi vers la santé mentale et non seulement à la maladie, une psychiatrie citoyenne. La citoyenneté devient une variable du traitement (la citoyenneté est thérapeutique !!)
3. Il faut libérer les individus (surtout les plus démunis et vulnérable) de l'enfer de la mono-identité : fou, toxicomane, immigré illégal etc.... La richesse des identités est le fondement de la citoyenneté.
4. La société fluide de Bauman demande de réponses fluides : je répète ce que j'ai dit il y une semaine à l'occasion d'une conférence ouverte au grand publique de Genève sur les thèmes de la vulnérabilité psychique et des responsabilités collectives : il faut moins de risque-phobie, il faut plus d'inclusion, il faut plus de vie et moins des lits.