

Réforme de la psychiatrie: pour une culture en invention

Yves-Luc Conreur, chargé de projet, co-fondateur de l'asbl L'Autre « lieu »/recherche-action sur la psychiatrie et les alternatives.

MOTS CLEFS : santé mentale, éthique, philosophie de la santé.

Les savoirs et les institutions de la désinstitutionnalisation

En Italie, si la loi 180 de 1978 supprimant les hôpitaux psychiatriques et levant la confusion entretenue entre maladie mentale et dangerosité, fut en ce sens une « loi sanitaire », se posa rapidement le défi épistémologique de dépasser le modèle médical en psychiatrie.

Pour feu le psychiatre italien Franco Basaglia, « le nouvel asile, c'est la médecine », le temps du management médico-politique de la cité et de la biopolitique.

Pour les réformistes radicaux italiens, les savoirs et les institutions de la désinstitutionnalisation appartiennent aussi aux usagers, au social, au culturel, au-delà des points de résistance qui ont à voir avec « la maladie »,

Refusant le monopole des professionnels sur la santé mentale ainsi que toute forme d'enfermement psychiatrique, l'Autre « lieu » développe et soutient des initiatives qui visent à éviter l'abandon des personnes en souffrance psychique ainsi que leur stigmatisation. L'association fait le pari que ces personnes peuvent reprendre en main leur propre vie et leur place de citoyen dans la 'Cité'. Elle vise aussi à sensibiliser un large public, les professionnels et les décideurs politiques.

La réforme en santé mentale modifie les dispositifs de soins; va-t-elle pour autant désinstitutionnaliser la folie mentale? Là se situe la question fondamentale aux yeux d'Yves-Luc Conreur, qui nous invite à bousculer les évidences en compagnie de quelques grands empêcheurs de penser en rond.

« la psychopathologie », la « structure psychique », avec tout ce qui justifie et légitime la psychiatrie comme « science dure » dans son approche du phénomène scientifique que serait la maladie mentale.

L'alternative à la psychiatrisation n'est pas seulement l'alternative aux murs, aux formes carcérales de la psychiatrisation des personnes, c'est l'alternative à l'enfermement épistémologique dans le modèle médical qui empêche le développement d'une pratique psychiatrique où la personne a la capacité de s'opposer, capacité à travers laquelle son 'Moi' affaibli réussirait à reprendre des forces pour (re)devenir sujet de sa propre histoire.

Pour les professionnels de l'aide et du soin, leur pratique thérapeutique devrait consister à vivre dialectiquement les contradictions du réel et donc à affronter crûment la question du mandat social de la psychiatrie, laquelle n'est pas, par nature, une bienveillante « essence de soins » pour patients consentants.

La négociation infinie

Si la personne aux prises à des troubles psychiques n'a pas d'alternative, si sa participation consiste à parcourir des circuits et réseaux de soins préétablis, sans possibilité d'issue, alors elle se trouvera emprisonnée dans une carrière de malade mental, organisée sans elle, intra ou extra muros, tout comme elle se sentait emprisonnée dans le monde extérieur dont elle ne réussissait pas à affronter dialectiquement les contradictions.

Quelque chose peut donner substance au sujet-citoyen qu'est la personne perturbée psychologiquement, particu-

lièrement celle admise de force : la négociation infinie avec elle. La voix, l'agir du patient sont des conditions indispensables à la dialectique de re-formulation des conditions de la liberté (« la liberté est thérapeutique »). Il n'y a pas de personne dangereuse ou violente, au point qu'il n'y aurait pas à l'écouter et lui parler. Il y a seulement des situations dangereuses ou violentes vis-à-vis desquelles une forte présence et une implication suffisante sont requises, de la manière la plus continue possible dans le temps et dans l'espace, pour pouvoir prévenir l'admission forcée en psychiatrie, solution bien pratique derrière laquelle se cachent ceux qui ont construit un système de ressources en ambulatoire tout en conservant l'hôpital psychiatrique.

Pour pouvoir transformer pratiquement les institutions et les services psychiatriques, il faudrait aussi comprendre que la valeur de l'homme, sain ou malade, dépasse la valeur de la santé ou de la maladie ; que la maladie, comme toute contradiction humaine, peut être employée comme instrument d'appropriation, d'émancipation ou d'aliénation, de domination. La plupart du temps, la santé et la maladie acquièrent une valeur absolue : dans le cas de la santé comme expression de l'intégration de la personne saine et dans le cas de la maladie, comme exclusion du malade de la norme. Or, santé et maladie pourraient acquérir une valeur relative, en tant qu'événements, expériences, contradictions de la vie, une vie qui se déroule précisément *entre* santé et

Biopolitique : néologisme formé par Michel Foucault pour identifier la forme macro-gouvernementale néo-libérale qui exerce ses micro-pouvoirs, non plus sur les territoires mais, *du matin au soir, du soir au matin*, sur la *vie* des gens, des populations. Le philosophe Giorgio Agamben a théorisé, dans la lignée de Foucault, la biopolitique, « la vie nue », « le simple fait de vivre » : la vie nue est réduite au silence des bannis. Au modèle de la cité, censé régir la politique occidentale depuis toujours, il oppose celui du camp, « nomos de la modernité », paradigme de cette « politisation de la vie nue » qui est devenu l'ordinaire du pouvoir. La structure de la politique occidentale, dit Agamben, ça n'est pas la parole, c'est le ban.

du pouvoir d'agir, d'un nouvel équilibre intégrant la maladie et pouvant comporter des potentialités inattendues. Seule une *véritable rencontre* entre la personne et l'équipe pourrait lui en donner l'opportunité.

Mais l'emprise croissante du discours managérial sur l'organisation des pratiques et sur les représentations

Mais comment pourrait-on s'opposer, ne pas être d'accord avec ce qui est censé vous soigner, « pour un mieux », de gré ou de force ?

maladie. Quand la valeur est l'homme, la santé ne peut pas représenter la norme si la condition humaine est justement d'être constamment *entre* santé et maladie.

La tâche d'une réforme psychiatrique qui voudrait répondre aux besoins réels est donc la conscience de l'emploi qu'on fait de la maladie, de façon à ce que les services qu'on veut mettre en place ne servent pas à la dilater au lieu de la réduire.

Les territoires de la narration

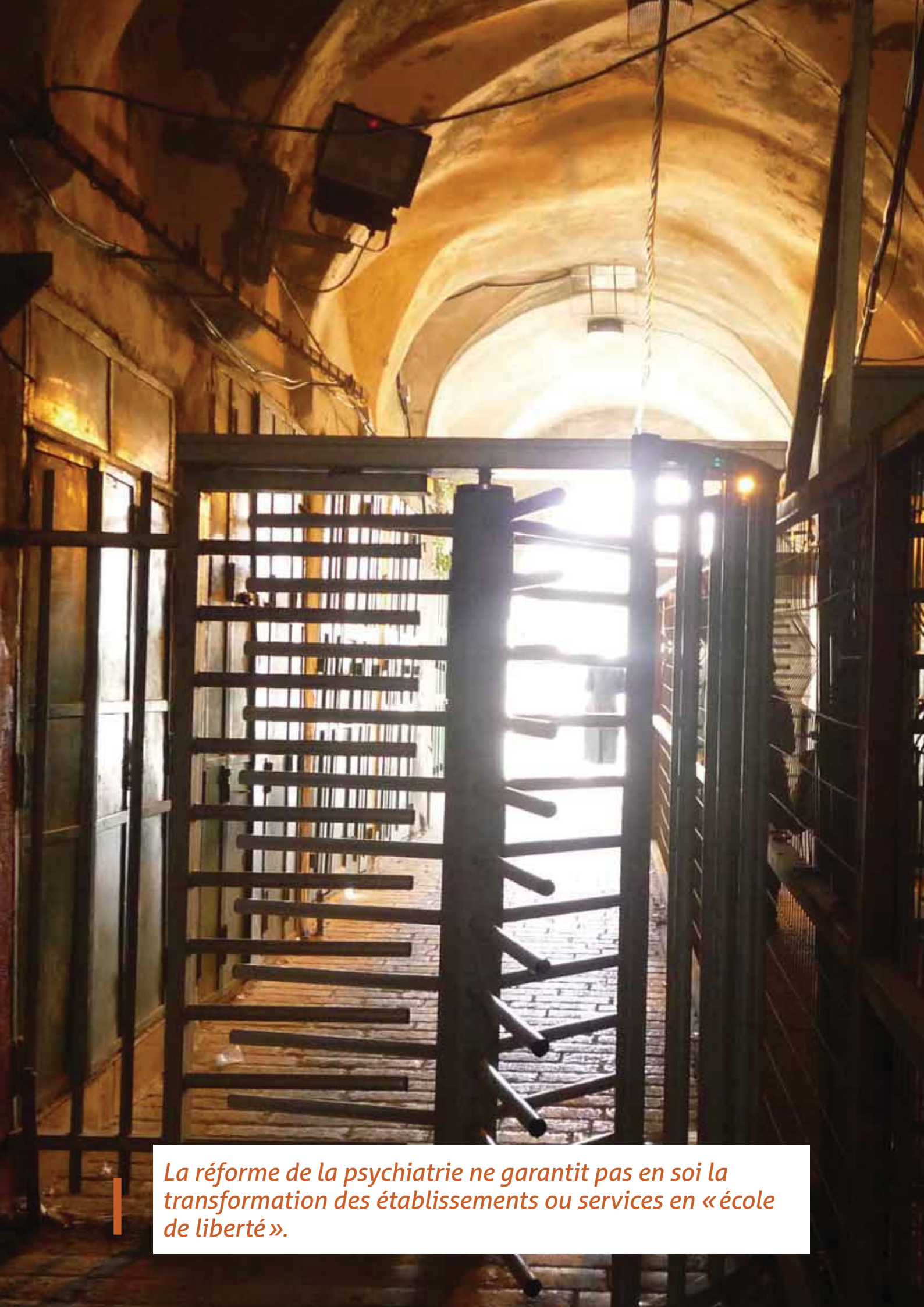
Par ailleurs, cette réforme actuelle de la psychiatrie ne garantit pas en soi la transformation des établissements ou services en « école de liberté »¹ qui romprait avec toutes les normes qui règlent la dépendance de la personne psychiatisée, volontaire ou admise de force, et qui réduisent son identité de personne juridique. La thérapie devrait être un processus de réappropriation

des patients modélisent les dispositifs de soins de santé. Comme le mettent en exergue une série de travaux de recherche universitaires², la santé physique et mentale est désormais considérée comme un capital individuel dont l'individu dépositaire, entrepreneur de santé, doit justifier la rentabilité, ou au minimum la mise en valeur vis-à-vis de la société.

Au vu des rencontres avec nombre de personnes qui s'adressent à l'Autre « lieu » on comprend que les vies et les histoires racontées par ces hommes et femmes sont

1. « L'école de liberté », interview de François Tosquelles par Giovanna Gallio et Maurizio Costantino, août 1987, <http://www.triestesalutementale.it/francese/doc/13%20EcoleLiberteTousquelles.pdf>

2. Cfr. notamment De Munck, Jean Genard, Jean-Louis Kutty, Olgierd et al., *Santé mentale et citoyenneté : les mutations d'un champ de l'action publique*, Gent Academia Press, 2003.



La réforme de la psychiatrie ne garantit pas en soi la transformation des établissements ou services en « école de liberté ».



les uniques formes de résistance aux actuels savoirs psychiatriques qui imposent de plus en plus une définition abstraite des pathologies en extirpant à la vie et à ses histoires les signes diagnostiques pour les structurer en maladie. Il s'agit de redécouvrir les territoires de la narration, de respecter l'alternance de normalité et de folies normales, de se réjouir de la vie et des vies, même folles, ce qui n'est pas nier le droit aux soins, mais au contraire revendiquer le droit de s'occuper de chacun (et surtout des *encombrants* et des *agressifs*, forcés à l'hospitalisation et trop souvent concentrés, par une « division fonctionnelle du travail » dans des établissements qui se targuent d'en faire une spécialité pour dépanner ainsi les autres institutions peu enclines à prendre leur part de certaines situations difficiles et complexes). Peu importe où la personne s'est arrêtée, enfermée dans la douleur où dans l'idée fixe, dans la répétition sans issue, dans le dépérissement, dans la défection au monde ou dans la dissociation de la chaîne linguistique qui constitue un monde d'appartenance.

Dans la grande majorité des cas, la condition de la folie n'est pas une condition de bonheur, une bonne façon d'être au monde, ni une façon agréable de passer sa vie. Et si nous imaginons devoir faire quelque chose, c'est, par rapport à ceux qui cherchent les causes de la folie, modifier cette situation. En se posant la question de savoir « que faisons-nous face à la folie ? », on arrive peut-être à comprendre quelque chose de plus. A un certain moment, pour de multiples raisons, une personne se ferme, ne réussit plus à avoir une communication, dans sa façon de regarder les autres, dans son mode de rapport avec l'autre, sa façon de communiquer. Elle se ferme parce qu'elle n'arrive plus à affronter les difficultés de la vie peut être...

Le problème, c'est d'avoir une alternative. Quelque chose qui permette à cette personne qui s'est un peu fermée de passer sur un autre registre, sur un autre canal, une autre voie. Par exemple d'avoir des rapports avec d'autres personnes, avec lesquelles elle n'a jamais eu de rapport. De rencontrer des choses nouvelles, de pouvoir changer pour un moment, de rencontrer des gens qui ne la jugent pas mais qui cherchent à comprendre, d'avoir des rapports un peu plus humains, de bouger un peu, parce que la situation qu'elle vit est une situation d'immobilité. C'est une chose difficile, lourde, un travail créatif qui peut être passionnant mais aussi fatigant parce qu'il n'y a pas de technique, mais il faut de l'énergie à mettre en jeu, de petites stratégies intelligentes même s'il est difficile au début de savoir laquelle va fonctionner...

L'enjeu des courants progressistes est de ramener la question de la folie au cœur de la cité, sur le lieu même de son exclusion, et de repenser le territoire collectif, la communauté et son « potentiel soignant »³, à travers le traitement de la maladie mentale qui touche à l'exigence du vivre-ensemble et de la 'Cité' démocratique qui en principe réinvente des liens non-imposés par la nature, la culture ou le destin : un espace non-contingent qui rompt avec la *police des places*.

nombre d'usagers consentent et que réclame ce monde de violence néo-libérale qui souhaite anesthésier tout ce qui dépasse à la surface sociale.

Au bout du compte, quelque chose a-t-il été perdu, qui ferait qu'une personne troublée psychiquement s'ancre dans sa souffrance subjective, inhibée, ballottée d'institution en institution, sans plus pouvoir protester, s'organiser avec d'autres, pour résister ?

la santé physique et mentale est désormais considérée comme un capital individuel dont l'individu dépositaire, entrepreneur de santé, doit justifier la rentabilité, ou au minimum la mise en valeur vis-à-vis de la société.

Le néo-libéralisme et la biopolitique

Or aujourd'hui l'espace du médico-psychologique désinvestit ce potentiel soignant contenu dans la communauté. L'ambiance est à la « séculi-santé », à la *chaîne* du soin, à l'assignation à résidence thérapeutique, aux *grilles* d'évaluation et à l'idéologie comptable. « Tout ce qui peut se compter, ne compte pas. Tout ce qui compte ne peut pas se compter » disait Einstein.

Car le néo-libéralisme et la biopolitique ont creusé leur sillon. Par le biais de la *Nébuleuse santé mentale*, qui véhicule pour tout public, le même modèle médico-psychologique, la psychiatrie devient, sur fond de précarisation économique et sociale, politique et psychique, un vecteur fondamental de la médicalisation des difficultés de vie et de la « dangerosification » des personnes aux prises à des troubles psychiques. Loin de s'épuiser, sa fonction de contrôle et de normalisation se généralise et devient, par le biais de son dérivé « santé mentale », un pouvoir diffus, capillaire, quotidien de prévention des risques soi-disant encourus par la société

Les usagers - on est passé du fou à l'utilisateur - s'associent, se concertent et sont concertés par les responsables en santé mentale et co-construisent « leur » projet thérapeutique avec des équipes pluridisciplinaires disciplinées au DSM IV, classification éliminant toute conflictualité⁴, et à l'*Evidence Based Medicine*⁵ par laquelle « la relation du soigné au soignant devient, d'une relation de confiance dans la relation de soins, une relation de croyance dans l'outil de soins »⁶. Elles obtiennent souvent le silence des symptômes auxquels

L'institution en invention

Successeur de Basaglia à Trieste, Franco Rotelli explique de manière lumineuse les enjeux d'une véritable désinstitutionnalisation de la folie : je lui laisse la parole.

Briser le paradigme clinique

« Briser le paradigme clinique, tel est l'objet véritable du projet de désinstitutionnalisation. Il y avait des institutions spécifiques correspondant à la « maladie » (diagnostic, pronostic, traitement) et à ses relations intrinsèques de cause à effet. L'hôpital psychiatrique répondait à la dangerosité, l'hôpital général à « une maladie comme les autres », et le divan aux topiques de l'inconscient.

Mais une fois le jouet cassé, l'objet démythifié et sa misère révélée, la désinstitutionnalisation - la vraie - a envahi et bouleversé le terrain. L'institution en invention veut dire démonter cette causalité linéaire – bien plus que déman-

3. Selon les mots du psychiatre Lucien Bonnafé, à la création du Secteur en France.

4. Christophe Adam, « La résistance de l'ornithorynque. La folie du classement psychiatrique au temps du DSM », in *Bruxelles Laïque Echos*, mars 2011, Le bon, le fou et le troublant.

5. Le terme d'*Evidence Based Medicine* a été défini au cours des années 80 à l'école de médecine McMaster à Hamilton au Québec. La médecine fondée sur des niveaux de preuve ou médecine factuelle se définit comme « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleurs données actuelles de la recherche clinique, dans les décisions concernant les soins individuels aux patients. La décision médicale résulte d'une synthèse complexe entre les préférences du patient objectivement informé, les données actuelles de la science et la situation clinique observée ».

6. Jean-Arthur Micoulaud-Franchi, « Conversion du regard chez l'étudiant en médecine », in *Des insensés sensibles* N°1, Editions pour parler, Marseille.

teiler l'hôpital – et reconstruire une concaténation de possibilités-probabilités, comme l'enseigne toute science moderne face à des objets complexes que les vieilles institutions avaient simplifié (ce n'est pas un hasard si elles ont dû utiliser la violence pour y parvenir).»

Soutenir les différences

C'est à une profonde transformation des manières de vivre en société qu'invite Franco Rotelli: «Nos villes (peut-être encore plus nos pays) ont besoin d'ateliers pour la tolérance, d'endroits qui soutiennent les différences, d'endroits de la culture urbaine. Les services de la désinstitutionalisation doivent devenir un grand atelier de tolérance, de reproduction et d'émancipation sociale. Ils doivent être des éléments constitutifs de la ville. A Trieste, depuis un grand nombre d'années, à la place de l'hôpital, nous avons construit des centres de santé mentale communautaires qui fonctionnent 24 heures sur 24 dans chaque aire urbaine de 65.000 habitants. C'est surtout avec ce type de services (et avec les autres structures légères, mille fois décrites dans la littérature) que nous construisons la désinstitutionalisation de la ville. Et nous empêchons que renaissent des cliniques et des hôpitaux psychiatriques. Ce sont les tranchées de la restitution continue et interminable de la folie à la ville.»

Du côté de l'inclusion

«Petit à petit, la ville incorpore la folie, elle la fait sienne. Elle ne la refuse plus, elle se reformule sur elle. Elle l'accueille. C'est la fin d'un siècle qui a vu la psychiatrie servante de l'exclusion dans les villes. Aujourd'hui, sous la pression des immigrés et des mutations anthropologiques produites par la globalisation, de vieilles exclusions tombent en fonction de nouvelles urgences. Devant la violence de nos villes et devant l'aliénation des arrivants extracommunautaires, les fous perdent leur caractère dangereux imaginaire; au fond, «ils sont des nôtres, ils sont blancs, occidentaux et ils sont seulement un peu bizarres». Mais les psychiatres doivent décider définitivement s'ils sont toujours et de toute façon du côté de l'inclusion, s'ils sont capables de supporter les conflits ou de réinventer des formes «scientifiques» de légitimation de l'exclusion. Nous avons choisi, il y a plusieurs années, de faire partie de la patience infinie des négociations, qui construisent l'essence même de la démocratie. Quels que soient les citoyens en jeu, justement parce qu'il s'agit toujours et de toute façon de citoyens.

Chaque jour, de nouveaux groupes sociaux ou ethniques, de «nouveaux fous» se mettent en travers de l'histoire et sont dominés par l'histoire, mais c'est justement sur cette limite que cette pauvre chose qui porte le nom de démocratie (mais qui est l'unique bien que nous avons)

La réforme psychiatrique n'échappe pas au modèle médical, qui ne pose pas la question de l'être mais celle du fonctionnement. Or pour rendre compte des souffrances psychiques se pose la question d'une anti-classification, des savoirs *entre* les hommes et non *sur* l'homme. La désinstitutionalisation n'est pas seulement l'alternative aux murs mais l'alternative à l'enfermement épistémologique, à travers une organisation où le malade a la capacité de s'opposer, dans une négociation infinie avec les soignants.

croît ou meurt un peu. Alors ce n'était pas sans raison qu'une partie de la psychiatrie italienne ait voulu prendre l'adjectif «démocratique»⁷. Ce n'était pas une chose qui allait de soi. Pas en Europe. Pas dans une Europe qui a construit jusqu'à hier Leros⁸. Pas dans l'Europe de Karadzic⁹, pas dans l'Europe des actuelles dizaines de milliers d'internés dans les hôpitaux psychiatriques de la République fédérale allemande, pas dans l'Europe où, durant le siècle dernier, ont été tués lors des guerres, mais hors des zones de combats, 200.000 internés dans les hôpitaux psychiatriques¹⁰.

In fine, comment peut-on échapper au savoir psychiatrique positiviste? Peut-on comprendre la folie sans la détresse et le pessimisme de la clinique du défaut?

7. En 1974, à Gorizia, se tient le premier congrès national de *Psichiatria Democratica* sur le thème «La pratique de la folie». Le mouvement trace ses lignes fondamentales: lutte dans l'institution, construction pratique de gestions alternatives du trouble psychique, refus de choix rigides et préjudiciels de modèles théoriques et de solutions techniques, tout cela s'accompagnant d'une critique globale de l'idéologie scientifique comme recouvrement des contradictions. Et surtout, recherche d'alliances, non seulement dans le cadre du mouvement ouvrier et des forces politiques et syndicales, mais aussi avec l'aile progressiste de la magistrature («*Magistratura Democratica*»).

8. Dans l'île de Leros, en Grèce, il y avait encore au début des années 90 un véritable bagne psychiatrique où étaient enfermés 1200 malades, un camp de concentration sans la présence d'aucun soignant ni sans même un psychiatre.

9. Psychiatre de formation. Il était le dirigeant des Serbes de Bosnie durant la guerre de Bosnie et accusé de crimes de guerre et de génocide à deux reprises: pour avoir orchestré le siège de Sarajevo, et pour le massacre de Srebrenica.

10. Septième congrès de l'association mondiale de réhabilitation psychosociale (WAPR 2000, 8-9 mai 2000).

Pour un tournant éthique

Il faut se départir de ses préjugés et de ses certitudes scientifiques pour chercher à saisir, en même temps que le sujet, le moment original où son expérience se constitue. Cela signifie une rupture d'avec la science universitaire et une recherche d'une science capable de produire du sens. Le travail thérapeutique s'amorce au moment où se noue un nouveau lien social, « entre hommes libres » espérait Basaglia. La destruction des institutions et des rôles (*la désinstitutionnalisation de la folie*) – pour que d'autres institutions et d'autres rôles puissent être inventés et puis à nouveau détruits (*l'institution en invention*) – est l'impasse à travers laquelle la psychiatrie doit passer pour pouvoir se libérer de ses nœuds: le nœud de l'hôpital psychiatrique, ultime garantie pour les contradictions sociales sans solution, et le nœud du rôle du technicien, ayant la prétention d'un savoir déjà acquis mais étant incapable d'accueillir l'autre.

Cela exige que la politique, par rapport à ce mandat de ségrégation donné à la psychiatrie, s'engage à laisser la question radicalement ouverte, pour un savoir différent, un savoir qui, comme l'écrit Foucault « *n'est pas fait pour comprendre mais pour prendre position* ». Un savoir qui n'explique pas, qui ne garantit pas, qui ne classe pas et ne rassure pas mais qui plutôt prend position: une connaissance, certes, mais avant tout un *tournant éthique*. ■