

Carlo BRUTTI

Francesco SCOTTI

réussir la psychiatrie alternative

à la Province de Pérouse

Animateurs du Centre d'hygiène mentale de Bellocchio, près de Pérouse, les psychiatres Carlo Brutti et Francesco Scotti font partie des principaux acteurs des expériences italiennes de transformation des institutions psychiatriques, aboutissant souvent à des réponses directes « dans la cité ». Il s'agit donc d'un exemple captivant de la *Psichiatria alternativa italiana*.

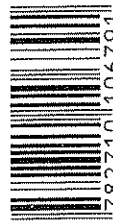
A partir de 1973, la rénovation et la fermeture partielle de plusieurs grands hôpitaux psychiatriques italiens ont abouti à cette mesure radicale : le vote par le Parlement italien, le 13 mai 1978, de la loi 180 qui tend à une extension de cette reconversion de psychiatrie publique.

De fortes polémiques se sont élevées, en raison du caractère généralisé des nouvelles formules institutionnelles, allégées, sans nul doute nécessaires, humanitaires et plus efficaces que « l'enfermement classique », mais peu assurées.

Carlo Brutti et Francesco Scotti montrent les modes de soins institutionnels et psychothérapeutiques apportés face aux « cas sérieux », c'est-à-dire face à toutes ces situations où un malade mental se trouvait autrefois hospitalisé sur le mode de l'internement.

A l'occasion de cette excellente traduction, Michel Legrand souligne, dans la présentation qu'il lui donne, le sérieux et l'efficacité de ces tentatives dont la réussite justifie, si cela était nécessaire, la mise en cause de structures thérapeutiques dépassées et l'effort de création de nouveaux modes de soins, « en communautés thérapeutiques », face aux formes actuelles de la pathologie mentale grave.

Francesco Scotti est psychiatre, Carlo Brutti, pédopsychiatre et psychanalyste. Ils travaillent depuis les années 1960 dans les services psychiatriques de la province de Pérouse et animent aujourd'hui le Centre d'hygiène mentale de Bellocchio. Ils ont publié ensemble, *Psichiatria e democrazia* (De Donato, Bari, 1976) et *Qual è Psichiatria?* (tomes 1 et 2, Borla, Rome, 1980, 1981). Ils dirigent également, aux éditions Borla, la revue *Quaderni di psicoterapia infantile*.



9 782710 106791

ESF

120 F.

COOPERATIVES

ESF

LIBRERIE EDIZIONE

21083

RÉUSSIR LA PSYCHIATRIE ALTERNATIVE

Carlo BRUTTI

Francesco SCOTTI

RÉUSSIR LA PSYCHIATRIE ALTERNATIVE

L'expérience de Pérouse

Traduit de l'italien par Jean-Marie Gauthier

Présentation de Michel Legrand

Collection Psychothérapies-Méthodes et Cas
Sous la direction du Professeur Paul SIVADON
et de J.-C. BENOIT, J. GUILHOT, A. MATHÉ

Voir en fin d'ouvrage la liste des titres parus

© LES ÉDITIONS E S F, PARIS, 1988

ISBN 2-7101-0679-5

La loi du 11 mars 1957 n'autorisant, aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale, ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite » (alinéa 1^{er} de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal.

LES ÉDITIONS E S F
17, rue Viète, 75017 Paris

TABLE DES MATIÈRES

PRÉSENTATION : l'expérience de Pérouse	7
La psychiatrie alternative italienne	7
L'expérience de Pérouse et le Centre d'hygiène mentale de Bellocchio	15
NOTE BIBLIOGRAPHIQUE	23
INTRODUCTION	25
1. LES ORIGINES	31
2. LE SERVICE INITIAL DE NEUROPSYCHIATRIE INFANTILE	39
3. PHYSIONOMIE ACTUELLE DU CENTRE D'HYGIÈNE MENTALE	47
4. LA MISE EN ROUTE	61
5. LA STRUCTURATION DU NOUVEAU CENTRE	69
6. LE DISPENSAIRE	73
7. VISITE À DOMICILE	79
8. L'UTILISATION DES PSYCHOTROPES	83
9. VERS L'ORGANISATION D'UN SERVICE À VISÉE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE	89
10. TÂCHES D'UN CENTRE D'HYGIÈNE MENTALE ET DYNAMIQUES DU GROUPE DE TRAVAIL	99
11. MODALITÉS DE PROGRAMMATION ET D'ÉVALUATION DU TRAVAIL	109
12. LE « CAS SÉRIEUX »	115
13. LA RÉPONSE AU « CAS SÉRIEUX »	125
14. À PROPOS DE LA PERCEPTION PSYCHOTIQUE DU SERVICE DE SANTÉ MENTALE	131
15. LA GESTION SOCIALE DE LA FOLIE	141
16. LE PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE ET LE « CAS SÉRIEUX »	147
PREMIÈRES CONCLUSIONS	157
MISE À JOUR 1988	163

Cet ouvrage a été publié en italien
sous le titre

Quale Psichatria ?

2. A confronto con il caso serio
par Edizioni Borla, Rome

PRÉSENTATION :

L'expérience de Pérouse

Aujourd'hui animateurs du Centre d'hygiène mentale de Bellocchio, les docteurs Carlo Brutti et Francesco Scotti comptent parmi les principaux acteurs de l'expérience de transformation des institutions psychiatriques qui s'est développée dans la province de Pérouse à partir du milieu des années 1960. Une expérience qui, elle-même, s'est inscrite dans le contexte plus ample de ce qu'on conviendra de dénommer la *psychiatrie alternative italienne*, appelée parfois aussi « nouvelle psychiatrie » ou « psychiatrie démocratique », ou encore, plus rarement, « antipsychiatrie italienne ». Quel est donc ce mouvement qui a profondément bouleversé les conditions d'exercices de la psychiatrie en Italie ? Quelles particularités a-t-il revêtues dans l'expérience de Pérouse ? Enfin, quelle est la physionomie spécifique du centre de Bellocchio, à laquelle se réfèrent les auteurs de cet ouvrage ? Telles sont les trois questions que l'on voudrait aborder dans cette préface.

LA PSYCHIATRIE ALTERNATIVE ITALIENNE

En Italie, au cours des années 1960, le caractère déplorable, voire même dramatique, de l'assistance psychiatrique publique commence d'attirer l'attention et de mobiliser quelques projets de réforme. L'organisation des soins psychiatriques, peu touchée par ces courants qui, dans quelques pays européens, avaient pu porter le message d'une rénovation — telle, en France, la psychothérapie institutionnelle —, y reste en effet dominée par un asile scandaleusement inhumain. Aussi importe-t-il, aux yeux des fractions les plus modernistes de la profession psychiatrique, d'engager enfin un processus de changement. Lequel ? Les uns se réfèrent au modèle français de la psychiatrie de secteur, qui cherche quelques voies d'application dans les provinces de Varèse et de Padoue. Ailleurs, à Gorizia, à Nocera Superiore (Campani), à Pérouse, d'autres s'attaquent pragmatiquement aux conditions de vie asilaire en vue d'enrayer la déshumanisation qu'elles induisent : ce sont ces trois expériences qui plus tard, lorsque la

psychiatrie alternative aura acquis son identité, en seront reconnues comme les premières expressions.

Parmi elles, toutefois, l'expérience de Gorizia, qui sera quasiment élevée à l'état de mythe fondateur, est restée assurément la plus célèbre. Que se passe-t-il donc à Gorizia ? A la fin de l'année 1961, Franco Basaglia, qui avait travaillé jusqu'alors à la clinique universitaire de Padoue et s'était signalé par quelques écrits d'inspiration phénoménologique, prend en charge la direction de l'hôpital psychiatrique de cette petite province, perdue aux confins de l'Italie, en bordure de la Yougoslavie, au nord de Trieste. Prenant appui sur l'autorité que lui confère son statut, il initie une démarche qui peu à peu, à pas graduels, transforme l'asile local : les méthodes de contention mécanique, les grillages, les barreaux sont supprimés ; l'organisation hiérarchique traditionnelle est brisée et les rôles sociaux revalorisés ; la vie communautaire est activée, y compris par l'instauration d'assemblées ; les pavillons sont ouverts un à un. Jusqu'à la réalisation, achevée en 1967, d'une authentique communauté thérapeutique.

Mais, à vrai dire, les modifications qui caractérisent les années 1960 demeurent modestes : il faut attendre la fin de la décennie pour que les événements se précipitent et prennent une nouvelle tournure. En effet, au terme de ces années, un puissant mouvement social explose et ébranle la société italienne, portée par une myriade de groupes de base, mais aussi par quelques organisations plus cristallisées, dont le mouvement étudiant et les syndicats ouvriers. Or, parmi les cibles que désigne ce mouvement et qu'il appelle non pas tant à réformer qu'à détruire, figurent toutes les institutions d'exclusion et de marginalisation sociale, y compris l'asile psychiatrique. Dès cet instant, la psychiatrie alternative se dote d'une identité autour du groupe formé par F. Basaglia, qui s'impose comme son leader charismatique. Ce à quoi contribue également, sans contester, la publication en 1968 de *l'Institution en négation*. Cet ouvrage, écrit par F. Basaglia et l'équipe de jeunes médecins qu'il avait rassemblés (A. Slavich, A. Pirella, G. Jervis, entre autres), rend compte de l'expérience de Gorizia, en même temps — et surtout — qu'il diffuse un message idéologique qui le branche aussitôt sur les revendications du mouvement social et en assure l'éclatant succès. Celui qu'on appelle le « malade mental », peut-on y lire, s'il a sans doute été un « malade », a été aussi, et plus décisivement, un homme sans droit, un homme exclu, qu'une société de violence a poussé jusqu'aux portes de l'institution totale, qui elle-même, au lieu de le soigner, l'a détruit définitivement. Dès lors, quelle tâche s'impose aux opérateurs psychiatriques, sinon de mettre entre parenthèses la « maladie » et de suspendre — fût-ce

provisoirement — l'alibi thérapeutique, pour s'attaquer prioritairement aux mécanismes mortifères de l'institution et pour ensuite — une fois celle-ci rénovée — la nier à son tour, jusqu'à porter la lutte sur le terrain de la société externe et de ses dynamiques d'exclusion.

La période qui s'étend entre les années 1968 et 1971 est ainsi propice à la radicalisation des objectifs et à l'extension des actions. Ici, ce sont des groupes de citoyens qui se mobilisent pour dénoncer la situation de l'asile et promeuvent à cette fin assemblées, débats, diffusion de tracts, documents, chartes revendicatives. Là, ce sont de nouvelles expériences de terrain qui naissent et font franchir à la pratique de nouveaux pas : ainsi, dans la province de Parme, l'hôpital psychiatrique de Colorno s'ouvre sur l'extérieur et commence de se vider à la faveur d'un puissant mouvement de réinsertion sociale des patients jusqu'alors internés ; de même, à Reggio Emilia, des équipes d'hygiène mentale animées par G. Jervis affrontent le trouble psychique dans le vif du tissu social, là où il émerge et explose, et tentent de reporter vers la communauté et les groupes de base les contradictions collectives qui s'expriment. Là encore, ce sont les expériences déjà engagées dans la période antérieure, celle de Pérouse et de Nocera Superiore, qui trouvent un nouveau souffle — à l'exception de l'expérience de Gorizia qui s'atténue après le départ de F. Basaglia en 1968 et finit même par s'interrompre en 1971 lorsque l'équipe des médecins donne en bloc sa démission sous l'argument des obstacles posés à son développement par l'administration provinciale.

Pourtant, assez vite, et inévitablement, le mouvement social effervescent se calme, et ses aspirations cheminent désormais à travers le relais de médiations institutionnelles dont celui, crucial, des organisations ouvrières et d'un parti communiste renforcé par les élections de 1975 et bientôt associé aux grandes décisions politiques nationales. Il faut savoir, à cet égard, que le mouvement ouvrier avait profité des circonstances de la période historique pour relancer l'une de ses anciennes revendications : une réforme sanitaire qui institue un service national de santé et organise un système de soins sur la base d'unités territoriales décentralisées, dites *unitàs sanitarie locali*. C'est précisément cette exigence qui, dans les années 1970, va confluer avec l'objectif de dépassement de l'asile porté par la psychiatrie alternative, elle-même dotée d'une structure organisationnelle depuis la fondation en 1973 de *Psichiatria Democratica*.

Une question se pose, en effet, avec acuité : s'il s'agit bien de nier, de détruire l'asile, que lui substituer ? Ne serait-ce pas, se demande-t-on, au sein des nouvelles unités sanitaires locales, que certaines régions s'empres-

sent d'instaurer avant même toute généralisation nationale, que pourrait être trouvée l'alternative concrète à l'institution totale, sous forme de services de santé mentale extra-hospitaliers ? Une stratégie globale et cohérente de changement prend ainsi forme, que l'expérience de Pérouse, sans tapage, avait d'une certaine manière anticipée et que deux expériences prétendent mettre en acte avec éclat à partir de 1971 — je veux parler des expériences de Trieste et d'Arezzo, respectivement dirigées par F. Basaglia et A. Pirella.

Trois étapes, pense-t-on, exigent d'être parcourues si l'on veut aboutir à une réelle mutation de l'organisation psychiatrique : la transformation interne de l'asile, son humanisation, son ouverture, propice à la réhabilitation des internés ; son dépeuplement graduel par un double mouvement conjoint, d'une part par la sortie ou la « démission », comme disent les Italiens, des patients, solidaires de leur réinsertion sociale, en famille ou, sinon, en appartements communautaires, éventuellement supervisés ; d'autre part, par la reconversion des espaces asilaires peu à peu libérés en structures ouvertes à la population (parcs publics, écoles, services socio-sanitaires, etc.) ; enfin, parallèlement, à mesure que l'asile se vide, le déplacement vers l'extérieur d'équipes d'intervenants qui forment le personnel de nouveaux centres territoriaux de santé ou d'hygiène mentale, eux-mêmes insérés dans le complexe des services de l'unité sanitaire locale et aptes à répondre, sans recours à l'hospitalisation, aux besoins des usagers de leur territoire de référence.

Le dernier acte est connu : le 13 mai 1978, le vote par le Parlement italien d'une loi de réforme psychiatrique, dite loi 180, bientôt réabsorbée, en décembre de la même année, par la loi générale de réforme sanitaire. Quelles sont, en matière psychiatrique, les principales dispositions de cette loi ? Tout d'abord, elle ordonne le « dépassement graduel » des hôpitaux psychiatriques, auxquels elle substitue une organisation à centration extra-hospitalière : « les interventions de prévention, cure et réhabilitation relatives aux maladies mentales, dit-elle, sont par principe réalisées par les structures et services territoriaux extra-hospitaliers ». Cependant, elle *restaure aussi des services psychiatriques au sein des hôpitaux généraux*, dits *services de diagnostic et cure*, dont elle limite la taille — puisqu'ils sont dotés d'un maximum de quinze lits — et qui devront coordonner leur action avec les autres structures psychiatriques du territoire, en particulier avec les services extra-hospitaliers. Enfin, elle maintient la possibilité d'un *traitement sanitaire obligatoire* pour maladie mentale, en condition d'hospitalisation (dont un service de diagnostic et cure), que toutefois elle entoure de

nombreuses garanties juridiques, qu'elle limite dans le temps, puisqu'il s'interrompt normalement au bout de sept jours, sauf prolongation explicite, et qu'elle pose comme exceptionnel, le soumettant à trois conditions : que le trouble psychique appelle une intervention thérapeutique urgente ; que l'intervention ne soit pas acceptée par le malade ; qu'il n'existe pas de conditions permettant d'adopter des mesures extra-hospitalières rapides et adéquates.

Précisons encore que ni les cliniques psychiatriques attachées aux universités, ni les asiles judiciaires, réservés aux « aliénés criminels », ni les institutions psychiatriques strictement privées ne sont concernés par l'exigence mentionnée du « dépassement graduel ». Il n'en va pas de même, par contre, des hôpitaux et instituts psychiatriques privés conventionnés avec les pouvoirs publics, et donc financés par eux¹, la loi faisant obligation de suspendre toutes les conventions avec les institutions en date du 30 décembre 1980.

Mais l'année 1978 est une année paradoxale. Année où l'un des plus beaux fleurons d'une période riche en réformes vient à écloison dans la loi de la réforme sanitaire. Mais, en même temps, année où un cycle se clôt, jusque, quasi symboliquement, dans l'assassinat d'Aldo Moro, victime de la dégénérescence terroriste du mouvement social. Moro, le premier démocrate chrétien prêt à accepter l'entrée des communistes au gouvernement. Tour pendable de l'histoire, c'est comme si le mouvement social s'était définitivement exténué dans ce qui en traduisait l'un des influx les plus novateurs. Une réforme exigeante, difficile, allait devoir être appliquée dans une conjoncture socio-politique que venait de désertier définitivement tout imaginaire de la libération.

De fait, très vite, après une courte période de flottement, les messages défaitistes ne tardent pas à affluer. La grande presse nationale, qui n'avait pourtant pas ménagé jusqu'alors son appui à la réforme, stigmatise les carences de l'assistance, allant jusqu'à en faire porter la responsabilité à la psychiatrie alternative, qui aurait nié la maladie mentale et ruiné par là l'idée de tout projet thérapeutique. Un peu partout sur le territoire national se constituent des associations de parents de malades mentaux, qui attirent l'attention sur la situation dramatique d'abandon où se trouvent les familles contraintes de faire face seules aux problèmes posés par la présence d'un malade mental grave et qui exigent que des solutions soient apportées.

1. Avant la loi 180, en effet, les provinces pouvaient soit gérer directement un hôpital psychiatrique, soit conventionner un hôpital psychiatrique privé, généralement administré par une congrégation religieuse.

Certains partis politiques s'émeuvent et déposent devant le Parlement des propositions de réforme de la réforme et bientôt le gouvernement lui-même, en 1982, puis en 1984, soumet un projet de révision de la loi 180 qui aurait pour effet, entre autres, d'accroître la taille des services de diagnostic et cure, de porter à quinze jours la durée minimale du traitement obligatoire, d'autoriser le conventionnement des instituts psychiatriques privés, et, surtout, d'instituer des services d'assistance socio-sanitaire appropriés au traitement prolongé des patients psychiatriques (dans lesquels pourraient éventuellement se reconverter les ex-hôpitaux psychiatriques), bref de compromettre la centration du dispositif psychiatrique autour du pôle extra-hospitalier. A l'heure qu'il est, on ne sait trop si ce type de projet finira par aboutir.

Mais essayons d'y voir plus clair. Tenter un bilan de l'application sur le territoire de la nouvelle législation psychiatrique n'est pas tâche aisée, tant les données fiables font souvent défaut, tant aussi les situations concrètes sont complexes et hétérogènes. Toutefois, et au risque de schématiser grossièrement, on pourrait différencier trois types de situations. Dans les unes, d'abord, la réforme est appliquée avec succès et à la satisfaction des usagers. L'hôpital psychiatrique est en voie de progressive déstructuration, et les patients qui l'occupaient, loin d'être abandonnés à leur sort, continuent d'être accompagnés selon les besoins, bénéficiant, si nécessaire, d'un accueil en petites structures communautaires protégées, à dimension humaine. D'autre part, les services territoriaux extra-hospitaliers sont en place, disposent de ressources suffisantes et se constituent tendanciellement comme centres de gravité du dispositif de soins, maintenant un lien de collaboration avec le service de diagnostic et cure et stimulant la création éventuelle de structures intermédiaires (centre de crise, centre de jour, etc.).

Dans un second cas de figure, sans doute le plus courant, les diverses dispositions prévues par la réforme tendent à être actualisées, mais des signes de dysfonctionnalité, parfois mineurs, parfois sérieux, s'observent. Les centres de santé mentale territoriaux, bien que créés, ne sont pas suffisamment opérationnels. Le service de diagnostic et cure s'instaure en circuit autonome d'hospitalisation, vers lequel sont orientés, sans contrôle ou suivi extra-hospitalier, les cas psychiatriques les plus graves. Quant à l'hôpital psychiatrique, qui a été partiellement déorgé, il évolue peu à peu vers une situation stagnante, continuant d'abriter un « résidu asilaire » apparemment incompressible. Des carences assistantielles se font jour, que des instituts privés se proposent parfois de colmater.

Enfin, dans un troisième type de situation, on peut parler à bon droit d'une véritable involution dénaturante de la réforme. Ici, non seulement les services extra-hospitaliers sont précaires, peu fonctionnels, mais bien plus sont inexistantes, ou quasi inexistantes. Que se passe-t-il inévitablement dès lors ? Le service de diagnostic et cure, généralement institué, se propose comme le seul service du territoire et, débordé, voit son activité se dégrader : il ne peut faire face qu'à la hâte à un afflux de demandes. De nombreux patients se trouvent abandonnés sans soins adéquats, ou même sans soins du tout. De leur côté, les patients qui auraient été démis de l'hôpital psychiatrique, se retrouvent seuls, sans soutien territorial, ou condamnés à réintégrer un hôpital qui apparaît indépassable. Par conséquent, les conditions se trouvent réunies pour qu'une offre d'hospitalisation ou d'hébergement privée se maintienne en vie, voire fleurisse sous des formes souterraines.

Au demeurant, les partisans résolus de la réforme, pas plus que ses détracteurs, ne nient que des difficultés se manifestent. Ils divergent, par contre, dans l'analyse des causes et dans la recherche des solutions : les premiers en appellent à une application intégrale et volontariste de la réforme — qui, diront-ils, a fait ses preuves là où elle a été l'objet d'une actualisation dynamique ; les seconds, comme on l'a vu, exigent que certaines de ces dispositions soient modifiées ou complétées pour remédier aux carences que la réalité aurait révélées. Mais attendons-nous quelque peu à la question de l'explication : à quoi attribuer les difficultés observées ? Sans doute, importe-t-il, sur ce point, de renoncer à toute analyse simplifiée, qui introduirait un facteur univoque, que ce soit, pour les uns le sabotage cynique et délibéré orchestré par quelques groupes de pression influents, ou, pour d'autres, le rôle néfaste de la culture de la psychiatrie alternative, qui, soit dit en passant, n'a jamais nié la maladie mentale, mais a proposé seulement que, dans certaines situations, elle soit « mise entre parenthèses ».

De nombreux facteurs entrent en jeu, et, pour ma part, j'en distinguerais volontiers trois groupes. D'abord, on a incriminé des lacunes fonctionnelles, qui pourraient être conjurées par des actes gestionnaires correcteurs. Ainsi, la loi est trop vague et devrait être complétée, sous forme d'arrêtés d'exécution, par un programme d'application précis, indiquant notamment,

2. Il faut savoir, pour la bonne compréhension de ce qui précède que, contre les prescriptions de la loi, tant la possibilité pour des patients déjà hospitalisés avant 1978 d'être réadmis dans les anciens hôpitaux psychiatriques, que la possibilité de nouer des conventions avec les instituts privés, ont été prolongées au-delà du 31 décembre 1980 dans les régions qui en faisaient la demande explicite.

dans le détail, les structures constitutives des nouveaux services territoriaux. De même, la loi n'a pas prévu de financement spécifique pour la psychiatrie. En second lieu, il est vrai que des intérêts particuliers — ceux, entre autres, des institutions privées et de certaines fractions conservatrices du corps médical — ont joué çà et là et ont trouvé une oreille complaisante auprès de politiciens ou de pouvoirs publics, qui ont dès lors freiné les réalisations possibles. Enfin, d'autres processus, d'ordre socio-culturel, sont en cause, qui ne peuvent être infléchis profondément du jour au lendemain, dont le devenir est ouvert et incertain. Par exemple, la loi de réforme a indiscutablement mis sur une approche moins excluante, plus tolérante de la folie.

Mais le tissu social y est-il préparé ? Les réactions souvent passionnelles, relayées fantasmatiquement, qui ont accueilli l'ouverture des asiles et la « mise en liberté des fous », n'attestent-elles pas de la crainte persistante de la folie et du besoin de s'en protéger ? Parfois — et c'est un point sans doute décisif —, la réforme appelle une nouvelle formation de l'opérateur psychiatrique, et, plus généralement, une nouvelle culture psychiatrique, y compris scientifique et technique, qui n'est pas immédiatement disponible. A cet égard, il est dommage que la psychiatrie alternative, prise par l'urgence de la lutte et de la légitimation idéologique de celle-ci, n'ait pu prendre suffisamment de temps pour affiner des concepts, pour thématiser et évaluer critiquement les outils qu'elle mettait en œuvre sur le terrain. Là aussi est, pour l'avenir, l'un des enjeux dont dépend le sort de la réforme. C'est précisément dans ce contexte que l'ouvrage de Scotti et Brutti prend toute sa signification.

De quoi demain sera-t-il donc fait ? Une hypothèse est probablement à exclure : le retour pur et simple à l'asile. Quoi qu'il arrive, en Italie, l'asile comme solution centrale et monolithique est mort. La vraie question n'est-elle pas plutôt de savoir si la promesse qu'avait voulu véhiculer la réforme — celle, partagée aussi par la psychiatrie de secteur française, d'une psychiatrie publique centrée, et centrée autour du pôle extra-hospitalier — sera tenue, ou si, au contraire, l'Italie s'orientera vers une psychiatrie polycentrée, éclatée, multipliant des dispositifs disséminés (y compris des restes asilaires) tels que plus aucun principe visible d'ordre ne ramènerait à l'unité, ainsi qu'il correspondrait peut-être au destin de la psychiatrie dans une société post-industrielle ?

L'EXPÉRIENCE DE PÉROUSE ET LE CENTRE D'HYGIÈNE MENTALE DE BELLOCCHIO

Pérouse est une province de l'Italie centrale, dont le chef-lieu, une ville d'environ 150 000 habitants, est en même temps la capitale de l'Ombrie. En outre, elle fait partie de ce qu'il est convenu d'appeler l'« Italie Rouge » : le Parti communiste y joue un rôle déterminant.

Jusqu'au milieu des années 1960, l'assistance psychiatrique y était dominée par un asile public, à gestion provinciale directe, qui était demeuré, comme partout en Italie, dans un état grave d'arrêt. Or, en 1964, le conseil provincial, gouverné par une majorité de communistes et de socialistes, prend la décision de rénover l'hôpital psychiatrique³. Au départ, la perspective, qui trouvera un appui auprès de plusieurs médecins psychiatres — dont C. Brutti, A. Cerletti, E. Dell'Aglio, C. Manuelli, A. Rotondi et F. Scotti — est modeste : il s'agit d'humaniser l'hôpital. Ainsi, on améliore les conditions de vie matérielle des patients, on leur ouvre de plus larges espaces de liberté, on amène les infirmiers et les médecins à s'investir davantage dans leur rôle proprement soignant.

Ce n'est qu'en 1968 que le processus entre dans une phase plus radicale : s'ouvre la période que l'on appelle habituellement de la « communauté thérapeutique ». Un système très vivant d'assemblées, qui donne enfin la parole aux malades devenus ainsi à leur tour les protagonistes du changement s'instaure au sein de l'hôpital. En même temps, celui-ci se désenclave : le monde extérieur, les citoyens — des hommes politiques, des spécialistes, des journalistes, des enseignants, des étudiants, etc. — pénètrent dans son enceinte et inversement les malades en sortent pour envahir la cité. Le projet n'est plus désormais d'humaniser l'hôpital, mais de le supprimer. C'est pourquoi on envisage très vite de transférer l'assistance vers l'extérieur. En février 1970, un premier *Centre d'hygiène mentale (C.I.M.)* doté de personnel permanent, auquel participe F. Scotti, se constitue et bientôt, dans le courant de la même année, neuf C.I.M. s'ouvrent dans l'ensemble de la province, couvrant les diverses régions.

Mais la lutte contre les institutions marginalisantes ne s'épuise pas à Pérouse dans l'action dirigée sur l'hôpital psychiatrique. Il faut savoir qu'en 1965 avait été créé un centre de neuropsychiatrie infantile, dont la direction

3. Le processus de transformation des institutions psychiatriques à Pérouse a été décrit par F. Scotti et C. Brutti dans le tome 1 de *Quale Psichiatria ?* (Borla, Rome, 1981) dont cet ouvrage, plus clinique, est le tome 2.

avait été confiée à C. Brutti. Or ce centre intègre bientôt parmi ses objectifs celui de procéder au démantèlement des écoles et instituts spéciaux réservés aux enfants et adolescents handicapés. Après avoir conflué en juin 1970 avec le premier C.I.M. de la province, il réalise une importante expérience de désinstitutionnalisation de jeunes handicapés mentaux — incluant leur réinsertion dans l'école normale — au sein de l'institut « Don Guanella »⁴. Le C.I.M., qui devait s'appeler plus tard C.I.M.-Bellocchio, était né et il devait continuer jusqu'à aujourd'hui de travailler sur le terrain de l'enfance aussi bien que sur celui de l'âge adulte.

A partir de 1970, les C.I.M. sont donc opérationnels et appuient de l'extérieur le processus de déstructuration de l'asile. Ils suivent les patients « démis » de manière à éviter leur réhospitalisation et créent des structures adéquates de réinsertion, y compris des « groupes-familles », petites structures communautaires protégées. De manière générale, dès qu'une situation aiguë de type psychiatrique leur est signalée, ils interviennent aussitôt pour susciter dans le vif du tissu social, et avec toutes les personnes concernées, une situation de débat qui vise à renouveler l'échange entre les parties et à enrayer ainsi le mécanisme d'expulsion du patient désigné. Dès lors, le mouvement de réduction de la population asilaire poursuit son cours : alors que l'hôpital comptait 1 113 patients en 1964, il n'en compte plus que 402 en 1974.

En 1974, pour donner un cadre légal et rationalisé aux pratiques qui avaient mûri dans les années antérieures, l'administration provinciale promulgue le règlement des C.I.M., qui leur assigne comme finalités générales de « lutter contre l'internement psychiatrique et contre les institutions ségréguées et de construire une alternative valide à l'institution totale ». Par ailleurs, et après que de vifs débats se furent développés et mués peu à peu en conflits irréductibles, une rupture intervient au sein du groupe des opérateurs. En conséquence, les deux équipes les plus dynami-

4. A vrai dire, ce phénomène est loin d'avoir été propre à Pérouse : il renvoie à une autre facette, certainement intéressante, du mouvement alternatif italien, qui s'est traduite elle aussi, après une phase d'expérimentation volontariste datant du début des années 1960-1970, en réformes législatives. Dans celles-ci, en particulier dans la loi 517 du 4 août 1977, se trouve posé, non tant l'obligation d'une abolition des écoles et instituts spéciaux, que le principe positif selon lequel tout enfant quel qu'il soit, y compris le handicapé sévère, a le droit d'être éduqué et intégré dans l'école normale ; se trouvent également instaurées certaines conditions propices à l'intégration, telles la limitation du nombre de handicapés par classe de même que du nombre d'élèves dans les classes où un handicapé se trouve inséré, l'assignation d'enseignants supplémentaires — dits enseignants de soutien — aux écoles qui accueillent des handicapés, la nécessité d'un solide encadrement technique assuré par des services spécialisés, éventuellement par les mêmes services qui s'occupent aussi de psychiatrie d'adultes.

ques, l'une regroupée dans le C.I.M.-Bellocchio, l'autre rassemblée dans le C.I.M. de Pérouse-Centre autour de la personnalité charismatique de Carlo Manuelli, interrompent toute communication et approfondissent chacune pour elle-même leur expérience propre. Parallèlement, et à mesure que les C.I.M. s'insèrent dans leur territoire respectif et y poursuivent leur cheminement autonome, le lien avec l'hôpital se fait de plus en plus ténu : ce qu'il en reste est quasiment abandonné à lui-même. En témoigne l'essoufflement que connaît la vidange de l'asile : entre 1974 et 1978, le nombre de patients qui y séjourneront décroît de moins de cent unités, passe de 402 à 320.

A partir de 1978, les services sont invités à se réorganiser en fonction des prescriptions de la nouvelle loi de réforme sanitaire. Deux modifications principales sont à signaler. D'une part, la gestion de la psychiatrie est transférée de la province aux *unités sanitaires locales* (U.S.L.) (dites parfois aussi U.L.S.S., unités locales socio-sanitaires), à savoir à de petites unités territoriales, dont le chiffre de population fluctue ordinairement entre 50 000 et 200 000 habitants, et qui coordonnent en leur sein l'ensemble des services publics de santé. La province de Pérouse est ainsi divisée en neuf U.S.L., parmi lesquelles l'U.S.L. de la ville de Pérouse, dont dépend le C.I.M.-Bellocchio. Par ailleurs, un service de diagnostic et cure, seul autorisé à accueillir les patients en régime de traitement obligatoire, est créé dans l'hôpital général de Pérouse : doté de douze lits, il offre ses prestations à l'ensemble des U.S.L. de la province.

Mais que penser aujourd'hui plus globalement de l'application de la réforme psychiatrique dans la province de Pérouse ? En première instance, la situation doit être évaluée comme excellente, dans la mesure en particulier où les services extra-hospitaliers constituent bien les organes vifs et essentiels de l'assistance psychiatrique. Rien d'étonnant à cela, au demeurant, puisque les dispositions de la nouvelle législation avaient été largement anticipées à travers un processus de lente maturation.

Toutefois, trois circonstances empêchent de considérer les choses comme absolument satisfaisantes. D'abord, la constitution des U.S.L. s'est traduite par un net étiolement de la collaboration entre les services psychiatriques et l'administration de tutelle : en général, les gestionnaires des U.S.L. s'avèrent peu attentifs à la psychiatrie et aux nouvelles orientations qu'avait voulu incarner le mouvement alternatif, ce dont risquent de faire les frais les C.I.M. périphériques de la province. En second lieu, l'hôpital psychiatrique, bien que considérablement réduit et tout à fait dévitalisé — puisque plus aucun nouveau patient ne s'y trouve hospitalisé —, subsiste, quasi

C'est par rapport à cette culture, qu'on pourrait dire dominante au sein de la psychiatrie alternative historique, que l'expérience de Pérouse introduit une véritable mutation, et cela, assez curieusement, puisqu'ils ont poursuivi des évolutions autonomes, que l'on considère le C.I.M. de Pérouse-Centre aussi bien que le C.I.M.-Bellocchio.

En quel sens ? Écoutons d'abord un instant Carlo Manuàli, le responsable de Pérouse-Centre, qui a formulé inlassablement les principes généraux de la rupture. Dans le paradigme asilaire, explique-t-il, un lien historique s'est établi entre la maladie mentale et la marginalisation sociale. Il est reconnu, par exemple, qu'en Ombrie, comme ailleurs, l'asile s'était constitué comme le dépôt ultime des plus extrêmes misères sociales. C'est précisément ce nœud qu'on voulu affronter, depuis Gorizia, les expériences de la psychiatrie alternative. Comment ?

Dans un premier temps légitime — dont Gorizia est le symbole, mais qui représente le moment initial nécessaire de tout processus de changement — on a lutté contre la marginalisation du malade mental interné, pour son retour à la citoyenneté commune ; bien plus, embrayant sur un combat politique plus ample, on a lutté contre la société de violence qui condamnait les plus déshérités au destin mortifère de l'institutionnalisation. Bref, dira Manuàli, on a fait de la politique à la manière de politiciens et, assurément, c'était juste. Mais que s'est-il passé ensuite ? Le terrain de travail s'est déplacé et s'est orienté vers le territoire et là, plutôt que de prendre acte de la cassure, plutôt que de diminuer le lien, de le briser, la culture dominante de la psychiatrie alternative a persisté à la reproduire, continuant à concevoir la maladie mentale — ou ce qu'elle a appelé la souffrance — comme intrinsèquement liée à une condition de marginalisation et à proposer comme mode d'action cardinal la seule restitution à la socialité. Or, poursuit Manuàli, que nous enseigne une pratique territoriale qui se coupe vraiment de l'institution totale ? Que la maladie mentale n'est pas en tant que telle le produit de dynamiques d'exclusion et que sa restitution directe au politique est vaine.

Aussi la thérapie, si l'on veut désigner par là le noyau spécifique de la pratique d'un service d'hygiène mentale, doit-elle se gagner au-delà de toutes les actions sociales accentuées jusqu'alors, au-delà non seulement de l'opération asilaire traditionnelle, de la garde et du contrôle, mais aussi des opérations qui s'étaient données comme alternatives, qu'il s'agisse de l'assistance, de la médiation sociale ou de l'agitation politique.

C'est à une version vivante de la même problématique que nous convie la lecture de l'ouvrage de F. Scotti et C. Brutti. Dans leur livre, ces auteurs

immobile : il continue d'abriter en ses murs un « résidu asilaire » de quelque 200 patients, qu'un personnel encore nombreux se contente de maintenir dans des conditions de simple survivance. Certes, depuis 1979, des projets en vue de sa déstructuration définitive ont été périodiquement relancés — jusqu'à, en 1984, une action spectaculaire d'occupation de tous les locaux par le personnel des C.I.M. —, mais sans succès à ce jour. Enfin, le service de diagnostic et cure, malgré son rôle mineur, n'est pas sans susciter également quelque inquiétude : de l'avis de certains, ce pavillon hospitalier fonctionnerait de manière trop autonome et selon des modalités qui privilégient à nouveau les antiques fonctions de contrôle et de garde.

Tels sont donc, pourrait-on penser, les traits principaux de l'histoire des institutions psychiatriques à Pérouse, depuis 1964 jusqu'à nos jours. Et pourtant nous avons dissimulé jusqu'ici une part de l'essentiel. Revenons un instant en arrière. Nous avions vu comment, à la fin des années 1960, à travers l'*Institution en négation*, s'était formée une idéologie, au sens large du terme, proclamant la nécessité d'une « mise entre parenthèses de la maladie mentale », et orientant l'action vers la lutte contre les mécanismes d'exclusion. Or, si l'on suit le décours des expériences ultérieures — et spécialement, les expériences d'Arezzo et de Trieste —, on s'aperçoit que la culture de la psychiatrie alternative évolue.

Rapidement, il apparaît que la parenthèse jetée sur la maladie mentale ne peut être plus longtemps maintenue. Certes, la *catégorie* de maladie mentale, de par ses propriétés réifiantes et codificatrices, est impropre à désigner ce dont il s'agit. Mais on ne peut nier les malaises psychiques, les crises, les difficultés et drames personnels, ou encore la souffrance. Derrière la « maladie », reconnaîtra F. Basaglia lui-même, se cache une réalité toute simple et essentielle que la « maladie » enferme : la souffrance. Mais dès lors, des questions sont libérées : comment comprendre cette souffrance, comment la soigner ? La souffrance qui étirent le patient psychiatriqué, répondra-t-on typiquement, est une réaction désespérée et inadéquate à une situation de grave violence sociale, de grave dépossession du pouvoir. Ou encore : elle révèle dramatiquement un état d'extrême frustration de besoins, non tant besoins primaires de survivance que besoins de vie, de dignité humaine, d'être une personne et un partenaire qui compte.

Aussi est-ce en activant des dispositifs de socialité, qui offrent aux personnes souffrantes des alternatives de pouvoir, des ressources, des atouts renforcés pour jouer comme acteurs contractuels le jeu des transactions sociales, que l'on répondra le mieux à leurs problèmes. En cela consiste foncièrement, si l'on peut utiliser ce terme, la « thérapie ».

retracent les pratiques, ou mieux les stratégies d'action, que le C.I.M.-Bellocchio a successivement mises en œuvre, éprouvées dans l'expérience et dépassées, non tant pour les annuler que pour les absorber dans une stratégie globale ainsi progressivement enrichie et complexifiée. Au départ, il s'agissait, comme nous l'avons vu, de bloquer les mécanismes d'exclusion, de se poser en médiateur et de restaurer un régime d'échange négociatif entre le malade mental et la communauté à la faveur d'interventions foncièrement collectives ; puis bientôt d'apporter, par des actes d'assistance, des modifications concrètes dans la vie de la personne souffrante — à la maison, à l'école, dans le milieu de travail — qui lui permettent de se maintenir dans le tissu social et d'y renforcer son autonomie. Mais des limites ne tardent pas à apparaître : malgré le renouement de la communication et la pacification qui en découle, malgré les changements introduits dans les conditions de vie, des situations graves restent inchangées. Une troisième stratégie, dite existentielle, émerge : on porte une attention plus individualisée au patient, on l'accompagne dans ses pérégrinations dramatiques, on s'efforce de répondre avec patience et dévouement à ses sollicitations.

Pourtant, là encore, des obstacles se font jour et s'opèrent alors le tournant décisif. Tout se passe comme si jusqu'alors le service avait refusé la souffrance psychique à l'ordre exclusif des difficultés externes et s'était proposé de compenser lui-même ce qui avait manqué. L'expérience et les échecs répétés enseignaient que quelque chose d'un autre ordre était là, agissant, insistant, qui renvoyait, irréductible, à l'espace psychique, subjectif, au monde interne. Dès cet instant, la psychothérapie, comme travail sur le monde interne, s'intégrait dans la stratégie du service.

Prenons bien la mesure de ce qui vient là de se produire, en tant que rupture avec la culture dominante de la psychiatrie alternative. Au fond, le C.I.M.-Bellocchio absorbe en lui l'histoire entière de la psychiatrie alternative et en même temps la renverse. Ainsi, ce sont bien les mêmes dispositifs de socialisation qui avaient caractérisé les expériences de Reggio Emilia, d'Arezzo, Trieste, qu'il assume et auxquels il donne sens. Il est vrai que ces dispositifs contribuent à redonner atouts, ressources à la personne souffrante et qu'à ce titre ils doivent toujours être déployés, précisément pour enrayer la perte de pouvoir auquel est en butte, du fait même de son trouble, le porteur de souffrance psychique. Mais ils ne sont pas la thérapie, ils en sont plutôt le préalable, ils dessinent l'espace à partir duquel celle-ci devient possible. Thérapie qui elle-même s'accomplira dans une psychothérapie d'orientation psychanalytique, menée en toute rigueur.

Mais une dernière équivoque doit être dissipée. Quel besoin, dira-t-on, de faire un tel bruit autour de cela. Un centre de santé mentale qui pratique une psychothérapie analytique, quoi de plus banal ! Et c'est bien vrai. Mais prenons garde ! On ne rappellera jamais assez le contexte dans lequel travaille le C.I.M.-Bellocchio. Il ne s'agit point d'un service qui travaille à côté d'un hôpital psychiatrique ou même en collaboration avec un hôpital psychiatrique⁵, mais d'un service qui accueille *tous les besoins psychiatriques de son territoire*, et qui s'adresse en priorité à la folie, au « cas sérieux », à ce cas, disent C. Brutti et F. Scotti, *qui toujours déroute, ébranle les assurances et les outils les mieux affinis, mais que le service ne peut renvoyer ailleurs*, par rapport auquel il doit chercher et inventer sans relâche. La psychothérapie dont on parle, gardons-le en esprit, est donc la *psychothérapie du « cas sérieux »*. C'est pourquoi C. Brutti et F. Scotti disent bien que le C.I.M.-Bellocchio n'est pas un service de psychothérapie tout court, mais un service d'orientation psychothérapique : il ne propose pas la psychothérapie à ses usagers comme une réponse immédiate, automatique, mais il met en place un dispositif global, complexe, étudié au cas par cas et constamment réévalué par l'équipe de travail, qui inclut toujours une multiplicité d'opérations et qui peut-être acheminera vers la psychothérapie au sens strict.

Parler d'originalité à propos de perspectives ouvertes par le C.I.M.-Bellocchio ne nous paraît donc pas usurpé. Nous croyons vraiment qu'à l'heure où l'abord de la folie demeure un défi pour tous, une fois pris acte de la faille de la solution asilaire, les propositions qu'il formule méritent une prise en considération attentive, d'avoir réussi à tenir ensemble dans une pratique concrète, et sans les recouvrir les deux termes de la contradiction psychiatrique : que le malade mental a du mal à se maintenir dans le réseau des transactions sociales, jusqu'à risquer la stigmatisation et l'exclusion — ce à quoi la psychiatrie alternative italienne, dans ses moments dominants, a souvent voulu réduire le débat —, mais que le malade mental est aussi porteur de souffrance psychique — ce à quoi seul l'approche psychanalytique est sensible.

Michel LEGRAND

5. Je mets à part l'existence d'un service de diagnostic et cure, qui pourrait certes introduire dans mon propos un élément de contradiction. Mais rappelons que ce service joue un rôle tout à fait subsidiaire dans l'ensemble du dispositif de soins.

NOTE BIBLIOGRAPHIQUE

L'essentiel des références qui ont nourri la rédaction de cette présentation renvoie à des livres, articles ou documents italiens. Aussi a-t-on préféré ne pas les citer. Malheureusement, en effet, l'édition française en est cruellement dépourvue. Quant aux œuvres italiennes, d'une part, elles n'ont été l'objet que de rares traductions, à l'exception de quelques ouvrages de Franco Basaglia (en particulier : *L'institution en négation*, Le Seuil, Paris, 1970 ; *Qu'est-ce que la psychiatrie ?* PUF, Paris, 1977 ; *Criminaux de paix*, PUF, Paris, 1980) et d'une plaquette de Giovanni Jervis (*Le mythe de l'antipsychiatrie*, Solin). Par ailleurs, aucun auteur francophone n'a publié à ce jour d'œuvre critique et sérieusement documentée sur le sujet (ce dont, en effet, le livre de J.-L. Netge, *Psychiatria democratica*, Scarabée-Cemea, 1980, ne peut tenir lieu, car ouvrage militant, écrit à la hâte, sans le recul nécessaire : on pourra y trouver toutefois quelques informations partielles). Lacune, cependant que le rédacteur de la présentation s'apprête à combler à travers la prochaine édition de : *La psychiatrie alternative italienne. Entre mythe et réalité* (Éd. Privat). Enfin, on doit signaler qu'aussi bien le traducteur de Scotti et Brutti que l'auteur de la présentation sont en possession d'une grande variété de documents, y compris en langue française (documents de diffusion confidentielle et donc non couramment disponibles sur le marché de l'édition, ou même carrément non édités), qu'ils tiennent à la disposition de tout lecteur intéressé. On s'adressera à : Jean-Marie Gauthier, 77, avenue Marcel-Gourdin, B-5001 Namur ; Michel Legrand, 2, route de Villers, B-1490 Court-Saint-Étienne.

INTRODUCTION

Le processus de transformation des services psychiatriques dans notre province d'Ombrie a commencé par une lutte contre l'asile psychiatrique. C'est à l'intérieur de cet hôpital que s'est développée une action qui cherchait à en révéler le sens profond qui est celui d'être un lieu d'enfermement, de punition, de destruction ; c'est en son sein que s'est développé le mouvement de transformation radicale de l'asile quand il est devenu, d'abord, une réalité simplement vivable et puis une réalité active qui rendait à la vie tous ceux qui en avaient été mis à l'écart, injustement.

La constitution des C.I.M. fut un des effets les plus importants de cette destruction radicale de l'O.P.¹. Ces C.I.M. furent donc tout d'abord des centres d'activités anti-asilaires qui essayaient de propager une nouvelle culture psychiatrique et qui multipliaient les mises en garde contre le risque de retourner à la situation antérieure. En sortant à l'extérieur de ses murs, la psychiatrie a dû aussi abandonner une situation privilégiée à laquelle sa misère précédente l'avait abandonnée. La limpidité, la simplicité, l'exemplarité de cette nouvelle pratique psychiatrique étaient la conséquence du fait qu'elle avait comme protagonistes tous les marginaux, les pauvres, les affamés et les démunis. Une fois sortie du ghetto où elle était confinée, elle rencontra bien vite le monde dans sa complexité et dans ses contradictions internes ; elle entraînait ainsi en contact avec les mécanismes qui provoquent la pauvreté et la douleur, elle entraînait au jeu avant que la décision de qui serait vainqueur ou vaincu ne soit prise, avant que l'on puisse décider qui conduit la machine et qui en est la victime. Sortant de ses murs, la psychiatrie alternative s'est trouvée impliquée et confrontée à la multiplicité des projets politiques, culturels et technologiques qui caractérisent notre société : son projet initial où elle se définissait avant tout comme une psychiatrie négative (ou antipsychiatrie) devenait insuffisant ; elle ne pouvait plus uniquement se définir comme la négation de la pratique qui était jusqu'alors dominante. Elle devait, en effet, opérer des choix, se déployer et s'organiser.

1. C.I.M., *Centro d'Igiene Mentale*, correspond à Centre d'hygiène mentale. Nous utiliserons O.P., *Opedale Psichiatrico*, pour indiquer hôpital psychiatrique asilaire, tel qu'il existait en Italie au début de la réforme, dans les années 1960 (N.D.T.).

Si le destin culturel de cette nouvelle pratique est complexe, les conséquences de sa nouvelle organisation sur le territoire ne le sont pas moins. On a, en effet, adressé à ces nouveaux services, répartis sur le territoire, toute une série de demandes et on leur a prêté toute une série de compétences qui sont en relations avec tout ce qui touche à la santé et à la sécurité sociale. Il est indéniable que cet investissement a mis à rude épreuve leur solidité tout en modifiant leur fonction initiale et leur stratégie d'action.

Nous avons déjà tracé les grandes lignes de tous ces aspects du problème dans un premier volume. Rappelons simplement ici qu'entre février 1970 et janvier 1972 se sont séparés peu à peu de l'hôpital de Pérouse différents groupes de travailleurs qui s'en allèrent construire les premiers noyaux de ce qui constitue actuellement les dix C.I.M. de la province.

Chaque groupe était constitué de treize infirmiers, d'un ou deux médecins et d'un assistant social. Ils avaient depuis longtemps, déjà, travaillé ensemble à l'intérieur de l'O.P. et dans les activités communautaires qui s'y étaient déroulées.

Dans le premier volume, nous nous sommes attachés surtout à souligner la perspective dans laquelle les Centres d'hygiène mentale se situaient en tant qu'alternative par rapport à l'O.P. Dans ce livre, nous nous intéressons plutôt à regarder de l'intérieur la pratique psychiatrique de ces C.I.M. dans la mesure où celle-ci s'est constituée pour répondre aux anciennes comme aux nouvelles demandes. C'est ainsi que nous arrivons à poser la question fondamentale : comment définir une pratique psychiatrique nouvelle ? S'agira-t-il en effet d'une psychiatrie qui attribue à toutes ces nouvelles institutions les mêmes fonctions de contrôle que celles qui caractérisaient auparavant l'asile psychiatrique et ceci d'ailleurs avec une plus grande efficacité ? Ou bien s'agira-t-il d'une psychiatrie qui tente de définir un espace de travail qui lui soit propre et qui puisse garantir pour ses nouveaux services à la fois une physionomie originale et une tâche spécifique ? La nouvelle pratique et les nouveaux services, qui sont son épreuve de réalité, pourront-ils réaliser les promesses de l'antipsychiatrie qui, tout en luttant contre les mécanismes de séparation, de déshumanisation et de destruction du malade mental au nom de la science, proposait un idéal de solidarité fondé sur l'accueil et le soutien que pouvait procurer une communauté sociale et qui fondait sur cet idéal l'essentiel des réponses qu'ils estimaient devoir apporter à toutes les situations de besoin ?

Notre intention n'est pas de répondre à ces questions d'une façon générale et encore moins globale. Comme, d'un autre côté, nous ne

disposons ni d'un matériel disponible, ni de connaissances approfondies sur tous les C.I.M. de la province de Pérouse et en attendant que quelqu'un s'attelle à une étude détaillée de toutes ces expériences (jusqu'à présent des rencontres et des confrontations entre les différents services n'ont pas véritablement eu lieu), nous ferons référence uniquement à notre expérience à l'intérieur d'un seul de tous ces C.I.M. Nous tenterons de dresser un bilan de dix années d'activités et de reconstituer la logique qui a soutenu cette expérience. Mais il faut réinsister sur le fait qu'actuellement chacun des dix C.I.M. (décembre 1980) a une physionomie propre, qui est la conséquence de son histoire et des caractéristiques sociales et politiques du territoire dans lequel il s'insère. Faire l'histoire d'un seul de ces C.I.M. ne signifie pas du tout que l'on puisse espérer épuiser la multiplicité des expériences des autres, mais qu'il s'agit seulement de reconstruire l'ordre dans lequel un certain nombre de problèmes ont été posés et affrontés, un ordre parmi tous ceux qui, historiquement, ont pu se réaliser.

Le premier volume était surtout destiné à évoquer les phases initiales de la transformation de la psychiatrie. On retrouve très clairement dans les racines de ce mouvement culturel la prise de conscience du « caractère historique » de la maladie mentale, c'est-à-dire de la mise en évidence du sens que cette maladie peut avoir à l'intérieur de l'histoire d'une société déterminée en fonction de structure particulière.

Dans cette optique, la maladie mentale se présentait comme une véritable institution : elle était tout et l'individu n'était rien ; elle était totalitaire et réabsorbait en elle tout autre aspect de la réalité.

La rébellion contre ce type de condition consiste essentiellement à replacer le sujet là où il n'existait que des catégories (celles de la maladie mentale). La maladie mentale et l'institution sont deux aspects d'une même situation de négation. La révolte contre cet état de choses emploie le sujet sain (ou la partie saine de l'individu) qui se situe au-delà de la maladie et de l'institutionnel. Mais cela ne constitue pas encore une compréhension de la folie. On la met en fait un peu de côté, on la renvoie au loin, on l'expédie dans le social tout en espérant que, si elle survit, ce soit sur un mode mineur et sans prédominer sur la partie saine de l'individu.

Il arrive un moment où le problème de la folie doit recevoir une réponse. On ne peut, en effet, postposer de manière excessive cette réponse si du moins on ne veut pas faire revivre le circuit institutionnalisé que l'on vient à peine de détruire. On ne peut plus éluder la question de savoir ce qu'il convient de faire avec la folie.

Mais à considérer cette question comme un point de départ, on court un risque important qui est celui de perdre le souvenir des erreurs (et des horreurs) de la psychiatrie ancienne et le sens des découvertes que l'on a pu effectuer : on risque ainsi de se demander seulement *comment* faire et non plus *pourquoi* (ou pour qui) ; on court donc le risque de courir vers une technicisation abstraite tout en perdant de vue les éléments les plus importants que l'on a pu mettre en évidence auparavant. On court donc aussi le risque d'oublier le caractère politique de toute activité psychiatrique. Il est nécessaire, à l'intérieur même du nouveau contexte institutionnel dans lequel nous nous situons, de remettre en évidence ce caractère politique. Les difficultés que nous rencontrerons alors ne peuvent être considérées comme résolues par l'expérience précédente. Mais cette expérience nous servira plutôt à formuler les problèmes de façon correcte. Dans ce nouveau contexte, il est, en effet, impensable d'imaginer que l'administratif s'implique aux côtés du travailleur en santé mentale, comme s'il était lui-même un de ces travailleurs (sinon dans certains cas exceptionnels, ainsi que ce fut le cas pour l'expérience précédente où cela constitua la règle, mais pour un temps limité). Il est légitime cependant de lui demander qu'il ait une bonne connaissance des problèmes techniques de ce travail et qu'il soit capable de confronter l'idéologie qui s'exprime dans ce travail avec l'idéologie de son propre parti politique.

On doit, par ailleurs, constamment s'interroger sur les fonctions réellement exercées par les services psychiatriques et sur les conditions nécessaires pour que ne soit pas trahie leur volonté de rénovation. S'il est vrai qu'il existe aujourd'hui dans les différents services une tendance à avoir une organisation stable, il est néanmoins nécessaire qu'une redéfinition permanente soit mise en place afin de rendre les services au maximum adéquats à des tâches toujours plus complexes. L'intervention de l'administration (que ce soit sur son versant purement organisationnel ou sur son versant plus exclusivement politique) tend à favoriser cette stabilité en décourageant toute forme d'instabilité. Cette rationalité interne est toutefois en conflit profond avec la rationalité même des nouveaux services psychiatriques dont les capacités de changement constituent un élément fondamental.

Ainsi, quand nous parlons des implications politiques de l'action psychiatrique, nous ne pensons pas seulement à une implication idéologique mais bien et surtout à une implication concrète à l'intérieur du tissu politique particulier dans lequel nous travaillons.

L'aspect interrogatif de notre titre étant issu de notre premier volume : *Quelle psychiatrie ?*², le lecteur pouvait s'attendre à ce que l'on décrive ici les nouvelles lignes théoriques et pratiques de cette nouvelle pratique psychiatrique. Mais le premier volume était destiné surtout à l'histoire de la démolition des vieilles pratiques psychiatriques et de l'édifice doctrinal sur lequel cette pratique était construite, démolition qui s'est réalisée grâce à l'évolution d'une lutte réelle (dont nous-mêmes avons été les protagonistes) et dont les étapes, les moments décisifs et les contradictions ont fait l'objet de notre réflexion. Tout se passe comme si cette première partie du livre était dédiée au caractère destructeur de toute une transformation, même si on peut dire qu'il n'existe pas de véritable processus de transformation qui n'envisage pas, en même temps, la construction de nouvelles conditions indispensables pour la mise en route de nouvelles expériences.

On nous a demandé si notre histoire ne restait exemplaire qu'en ce qui concerne son activité anti-institutionnelle. En ce cas, le caractère interrogatif du titre resterait sans réponse ; et surtout il pourrait susciter le doute qu'en l'absence de proposition alternative bien charpentée, les espaces, dont l'ancienne psychiatrie avait été chassée, ne soient récupérés par celle-ci grâce à quelque manœuvre occulte.

Dans ce second volume, nous nous sommes attachés à mettre en évidence et à développer l'autre dimension de notre histoire, celle qui, tout en développant les promesses contenues dans l'action de destruction de l'O.P. s'est confrontée avec le besoin psychiatrique dans la réalité même du territoire³. Il ne suffisait cependant pas de tenter de recouvrer notre spécificité qu'il fallait affiner et expérimenter dans des conditions de travail différentes ; il ne s'agissait pas non plus, à partir de notre expérience, de construire une théorie qui pourrait devenir une référence doctrinaire. Il s'est agi en fait surtout d'une opération complexe et difficile à laquelle nous ne trouvons pas d'autre définition que celle de *Psychiatrie politique* : *il s'agit d'un rapport avec le « politique » différent de celui que nous avons expérimenté durant l'action institutionnelle, mais il est par ailleurs essentiel, car si le « politique » ne se sent pas impliqué complètement, comme par le passé, dans cette expérience pour faire avancer l'expérience alternative, il n'y aura pas d'espoir pour cette nouvelle pratique de se définir et de consolider sa propre identité*⁴.

2. Traduction littérale de *Quelle psychiatrie ?* (N.D.T.).

3. Souligné par nous (N.D.T.).

4. *Ibid.*

LES ORIGINES

Le C.I.M. dont nous nous occuperons ici, a une histoire complexe. Pour autant que la construction d'une généalogie ait quelque utilité pour pouvoir reconstruire les avatars de l'évolution d'une organisation, nous dirons que notre service est l'héritier direct du premier C.I.M. de Pérouse construit en 1970 (en juin de la même année, le service de neuropsychiatrie infantile s'est joint à lui, alors qu'il avait commencé ses activités en 1965). Le territoire pour lequel ce Centre a travaillé a subi de continues restrictions, étant donné que se créaient peu à peu de nouveaux centres dans les diverses zones de la province. Son siège a subi aussi de multiples déménagements jusqu'à s'installer au cœur de la zone industrielle de Pérouse. Actuellement, ce Centre est un des trois C.I.M. de l'unité sanitaire locale du chef-lieu de la région, c'est-à-dire Pérouse.

Son histoire, en ce qui concerne aussi l'importance de son personnel, a subi de multiples changements avec parfois des augmentations et des réductions des médecins, des infirmiers, des assistants sociaux qui y ont travaillé. Des dix-neuf travailleurs qui sont actuellement présents, neuf travaillaient dans des pavillons de l'O.P. jusque fin 1970, d'autres travaillaient dans le service initial de neuropsychiatrie infantile et seulement deux de ces travailleurs nous ont rejoints ces dernières années. Il n'a jamais existé véritablement de programmation et d'organisation stricte de ce C.I.M., comme d'ailleurs pour aucun autre des C.I.M. de la province. Cette absence de règles organisationnelles rigides a donné au Centre sa plasticité et lui a permis de s'adapter aux besoins toutes les fois que son insertion sur le territoire où ses tâches changeaient. Ceci ne veut pas dire pourtant qu'il n'y a pas eu de continuité dans le travail, ni de stabilité à l'intérieur du groupe. Treize des travailleurs actuels ont en effet collaboré de manière continue dans ce service depuis sa constitution.

L'évocation de la culture du groupe et de son évolution n'est pas moins complexe. A son origine, en effet, ce groupe s'est constitué à la rencontre de deux expériences distinctes. La première de ces deux expériences était celle des infirmiers issus de l'O.P. après avoir été, à l'intérieur de celui-ci,

les protagonistes d'un processus de transformation radicale de l'institution asilaire. La seconde de ces expériences appartenait au groupe de neuropsychiatrie infantile qui était surtout constitué d'universitaires ou de jeunes licenciés issus des luttes étudiantes de 1968. Quand ce dernier groupe rejoignit le C.I.M., alors que jusqu'alors ses membres avaient tous été volontaires et qu'ils étaient majoritaires, tous furent assimilés dans les services psychiatriques au rôle d'infirmiers, ce qu'ils sont encore actuellement. Ce groupe avait pourtant, indubitablement, une culture plus sophistiquée, plus intellectualisée. Une de ses idées maîtresses était la primauté qu'il fallait accorder au politique, non seulement à l'intérieur de toutes les opérations concrètes que le service pouvait faire, mais aussi au cœur de toute activité, sociale ou personnelle. Au moment de sa constitution, la plus grande partie des membres de ce groupe de neuropsychiatrie infantile était occupée par une action militante dans la mouvance des milieux de la gauche extra-parlementaire. L'implication politique, par contre, de la plus grande partie des membres de l'autre groupe, celle des médecins et infirmiers issus de l'O.P., était dans la mouvance des forces de la gauche historique.

La rencontre et l'intégration de ces deux composantes ne purent se réaliser qu'en surmontant de grandes difficultés. On se confrontait continuellement et non seulement lorsqu'il s'agissait d'analyser le travail fait et la programmation de celui qu'il conviendrait de faire à l'avenir, mais aussi sur des différences de fond qui touchaient surtout aux diverses façons de comprendre la lutte politique et de se positionner dans les diverses institutions. On trouvait, d'un côté, la logique de la contestation et, de l'autre, la confiance qu'on mettait dans l'érosion lente du pouvoir et de la violence si l'on travaillait à l'intérieur des institutions. L'intégration ne put donc se réaliser qu'à travers l'expérience commune et partagée du travail quotidien, ce qui permit de rendre toujours plus homogène à tous le travail de chacun. Il est certain qu'un des moments les plus importants pour l'intégration des deux courants de travail présents dans le groupe de travail, fut l'accord commun pour affirmer qu'il devait exister une liaison entre l'action concrète et le domaine de la politique (ceci en conformité avec un principe de base partagé par tous), qu'il convient de donner une réponse collective aux besoins collectifs.

La grande majorité des besoins avec lesquels notre travail nous mettait en contact chaque jour, étaient des besoins collectifs : besoin d'une habitation, de travail, de santé, de socialisation et d'éducation. Pour nous tous, la réponse collective à ces besoins constituait une condition préalable à toute tentative de réponse individuelle. Par ailleurs, nous refusions

obstinément de personnaliser à nouveau tous ces besoins, ce qui nous aurait alors placé dans une logique caritative.

Le type de rapport que nous entretenions alors avec la commune, le conseil de quartier et de circonscription, avec les services sociaux, d'assistance et de soin, répondait à ce souci de socialisation des problèmes : cela se réalisait donc par la dénonciation de toutes les carences, par l'activation d'institutions, et d'organisations responsables de l'absence de certains biens et enfin par la recherche d'une stratégie collective pour la satisfaction du besoin concerné ou pour la recherche de biens de substitution. Nous pouvons dire que notre attitude comportait un rigorisme certain, qui ne recueillait pas toujours le consentement espéré.

D'un point de vue pratique, nous cherchions à éviter le plus possible ce que nous pourrions appeler la logique de l'assistance. Nous refusions de recommander notre patient à la commune pour qu'on lui trouve du travail ou une maison, de le recommander au conseil de quartier pour que quelqu'un s'en occupe charitablement ou encore de l'adresser à l'hôpital pour qu'il soit hospitalisé rapidement. Nous refusions aussi de recommander un enfant à l'école parce que nous pensions qu'il aurait été regardé d'un œil peut-être un peu méfiant et que nous ne voulions pas accentuer ses handicaps. Nous avons considéré que ce que l'on pouvait obtenir était par faveur plutôt que comme un droit, était plutôt le signe d'un dysfonctionnement social de notre équipe plutôt que la manifestation de son efficacité.

Nous avons toujours jugé négative l'attitude des institutions particulières qui sont capables de s'occuper de cas individuels, fût-ce sur un mode exceptionnel, mais qui se montrent tout à fait incapables de mettre en évidence le caractère général des difficultés dont un individu particulier est le porteur. Il est certainement plus facile d'obtenir qu'une école devienne tolérante pour un handicapé, plutôt que de poser le problème plus général de l'inadéquation de l'école aux besoins des enfants ; ceci dans le but d'obtenir une modification, par exemple, des pratiques pédagogiques. Il est, de même, beaucoup plus facile qu'une structure de soins accepte de recevoir un patient abandonné à lui-même et indigent s'il a été recommandé par un médecin, ce qui le fait accéder à des avantages qui, habituellement, sont réservés aux riches, plutôt que de voir cette structure sanitaire se mettre en crise et poser le problème éventuel de la jouissance par toute la population de ses prestations. A cause de toutes ces attitudes, mais d'un point de vue théorique, on pouvait également constater des différences d'opinion, dans la mesure où le modèle de service que nous propositions prévoyait l'analyse permanente, du moins de la part de ceux qui pouvaient

y être intéressés, de toutes les actions et omissions, des motivations, de leur cause, de la direction générale dans laquelle entrerait toute acceptation ou tout refus d'une demande qui nous était adressée. C'est aussi pour cette raison que, depuis le début, nous considérons que participer aux moments de vie associative faisait partie de notre travail, ceci de façon à être en contact avec les diverses instances politiques de notre société locale.

Nous avons déjà parlé de la double racine culturelle qui imprégnait les deux groupes initiaux de travailleurs. Nous avons dit aussi que le premier de ces groupes était constitué par les infirmiers issus de l'O.P. Ils s'étaient créé leur propre culture dans tout le travail de transformation de l'O.P. et, à présent, ils essayaient de la mettre en contact avec l'extérieur et d'en vérifier l'adéquation sur un terrain d'action beaucoup plus vaste. Il n'est pas facile de définir tous les éléments caractéristiques et essentiels de cette culture. Il est en particulier très difficile de les définir verbalement parce que tous ces caractères se prêtent mieux à être esquissés plutôt que décrits. On peut, au mieux, les saisir à travers les récits de la vie quotidienne qui ne se laissent pas enfermer dans un cadre théorique précis. Si l'on écoute les infirmiers évoquer des scènes de la vie qu'ils ont vécues à l'intérieur du vieil asile psychiatrique, à l'intérieur duquel ils ont vécu pendant des années, il faut bien admettre qu'une des capacités qu'ils y ont acquises était de pouvoir survivre dans des conditions de frustration continue et ceci tout en gardant la capacité de reconnaître de l'humanité dans l'autre, et ceci au sein de situations les plus dégradantes. Une autre des capacités que l'on pourra mettre en évidence est aussi leur capacité d'utiliser les contradictions mêmes de ce vieil asile et de la psychiatrie dans le but de le transformer tant du point de vue de leurs conditions de travail, que pour changer les conditions de vie des internés.

En termes plus généraux, on peut exprimer tout ceci de la manière suivante : les conditions nécessaires au changement sont déjà présentes à l'intérieur de l'institution qui ne veut pas changer ; ces conditions sont d'autant plus évidentes que la résistance à la transformation est plus grande. Nous n'avons pu formuler ce principe à propos de l'asile que grâce au fait que nous avons pu abandonner complètement les critères d'évaluation de l'asile extrinsèques à lui et fondamentalement moralisateurs. Il ne sert à rien de contester la violence de l'asile en partant de la description et de la recherche des erreurs et de l'attribution des responsabilités. Il est inutile, en effet, de se demander de qui est la faute si les malades sont maltraités ou si les infirmiers ne sont pas en état de les aider, ou encore si les médecins ne sont pas suffisamment présents ou

attentifs ou si l'on ne dépense pas assez d'argent pour donner les soins nécessaires.

Il est toujours possible, en effet, dans l'enchaînement des erreurs et de la responsabilité, de trouver un précédent qui déplace à un autre interlocuteur la faute que l'on vient d'identifier. Tout le monde est responsable de l'état actuel et, dans un certain sens, personne ; tous se sentent tour à tour victimes et coupables. C'est justement parce que l'identification des responsabilités des erreurs renvoie à une quête infinie, que ce mécanisme ne fournit pas les énergies nécessaires au changement, mais au contraire constitue un des meilleurs mécanismes de stabilisation de l'institution. Elle est, de manière très précise, en lien direct avec une autre hypothèse qui voudrait que, s'il n'y avait pas eu d'erreurs, l'asile serait une institution parfaite et non une institution qui sert de remède à n'importe quel type d'erreur et qui n'est certainement pas en état de répondre de manière adéquate à la multiplicité et à l'hétérogénéité des besoins qui lui sont adressés de manière artificielle.

La nécessité de l'existence d'un O.P. vient de la confluence de plusieurs raisons : d'une part du besoin de soigner et de s'occuper de manière efficiente et économique de ceux qui ont des troubles psychiques et ceci en raison de l'absence de modalités plus efficaces ou en raison de l'indisponibilité de modalités de cure plus coûteuses ; d'autre part, du besoin d'assurer un refuge et un toit à tous ceux dont le comportement n'est pas socialement acceptable, parce qu'il est fondé essentiellement sur la négation des valeurs de notre culture, mais qui en même temps ne sont pas capables d'assurer eux-mêmes leur autonomie et leur propre survie ; du besoin, encore, de disposer d'un lieu et d'un temps pour la représentation des effets d'une sanction décrétée, de façon informelle, par ce que nous pourrions appeler le tribunal familial à l'encontre de ceux sur qui elle exerce de fait une espèce de juridiction alors qu'ils n'en acceptent pas les règles, mais bien l'autorité.

La spécificité de l'asile ne naît donc pas, ni de son utilisation, ni du chemin que l'on suit pour y entrer. Elle naît de certaines caractéristiques qui se présentent comme des oublis.

On peut dire que la vie psychique des personnes qui vivent à l'intérieur de l'asile est suspendue : celle des internés dans la mesure où on la considère comme une pensée incapable de produire quoi que ce soit et celle des soignants dans la mesure où on ne leur demande pas de penser mais d'accomplir des tâches qui sont fixées à l'avance. La vie psychique, qui pourtant continue à exister, constitue en fait un élément de trouble dans la mesure où elle s'organise autour de la violence, comme peur de la

violence, désir de la violence, prévention de cette violence ou punition de celle-ci. L'analyse de l'institution fait clairement apparaître que tout ce qui est apparemment absent doit recevoir un espace, une parole, un droit de décision pour pouvoir mener à bien un changement : c'est en effet la vie psychique qui doit se faire présente comme subjectivité et comme intersubjectivité. Mais non pas de manière abstraite comme cela se produit souvent sans pour cela par la suite qu'un changement puisse se produire. Sous sa forme concrète, la vie psychique est emprisonnée et neutralisée dans l'O.P., que ce soit celle des internés ou celle des infirmiers.

C'est cette découverte fondamentale qui a permis la valorisation de la culture originnaire des infirmiers, mais non plus de manière dévalorisée sous le poids d'une culture scolaire et littéraire qui était la culture des autres, de ceux-là qui avaient maintenu les infirmiers dans une position subalterne. Cette culture originnaire s'est révélée vivante et efficace au moment où une culture d'allure technologique, qui était jusqu'alors dominante, montrait sa propre inadéquation et où l'on constatait l'échec cuisant de son propre projet. Cette prise de conscience culturelle permit aux infirmiers de se sentir véritablement protagonistes du processus de transformation.

Il existait donc un niveau de prise de conscience particulier dû à la redécouverte de l'existence du lien de chacun avec sa propre culture de base. Ce niveau de prise de conscience s'associait, mais dépassait, le niveau de prise de conscience individuelle qui permettait de se rendre compte que l'on constituait un instrument important de guérison ou de maladie pour les internés ; prise de conscience associée mais qui dépassait une prise de conscience collective due à la lutte syndicale, permettant de découvrir que l'on disposait de la force utile pour favoriser, imposer ou bloquer un projet ; cette prise de conscience avait aussi à voir avec celle qui veut que l'on peut communiquer et comprendre des problèmes d'une manière toute personnelle sans faire nécessairement référence aux catégories de la culture dominante et en particulier de la culture psychiatrique.

La culture psychiatrique n'était en fait jamais entrée dans des catégories de pensée et dans le patrimoine des infirmiers malgré les cours de formation et la répétition quotidienne des jugements et des préjugés portés sur la maladie mentale. Cette culture des infirmiers s'était montrée tout à fait imperméable aux concepts tels que ceux d'aliénation, d'incompréhensibilité, de rupture des liens entre les faits les plus significatifs de l'existence, de fragmentation de la personnalité et de la conscience. Cela est tellement vrai que le langage de la psychiatrie était traduit dans les cours de formation professionnelle dans un langage militaire plus adapté, selon les médecins,

à être compris par les infirmiers : le malade est votre adversaire, soyez toujours sur vos gardes, ne leur tournez pas le dos, les clés sont votre fusil. Ces slogans semblent avoir été construits pour nier ou empêcher un contact entre l'infirmier et le malade, contact qui était considéré comme impossible et donc inutile ou bien alors possible mais dangereux ; peut-être aussi pour empêcher l'infirmier de dépasser le symptôme du malade et d'entrer en contact avec la vie réelle de celui-ci.

Cette barrière une fois tombée, celle qui était légitimée par la psychiatrie, le contact entre le malade et l'infirmier devint à nouveau possible ; ceci grâce à la culture particulière de l'infirmier. Il ne fut pas nécessaire aux infirmiers, pour réaliser ce contact, de faire référence à des justifications d'ordre idéologique ou à des fantasmes d'utopie qui étaient utilisés par contre par le médecin. Il semble que jamais les infirmiers aient pensé que le malade puisse être le porteur privilégié d'une demande de changement ou que ses manifestations puissent être l'expression d'une culture de révolte. L'infirmier, grâce à ses propres racines prolétariennes, a pu facilement reconnaître dans l'interné les expressions d'une culture de survie. Cette culture a pu recevoir dignité et force, du fait même qu'elle se déclarait au sein d'une crise culturelle. Elle se manifestait à l'intérieur de la crise des institutions.

LE SERVICE INITIAL DE NEUROPSYCHIATRIE INFANTILE

Pour décrire le deuxième noyau qui était à la base de la constitution du groupe de travail, il est nécessaire d'examiner le circuit dans lequel la formation professionnelle de ce noyau eut lieu. Il est donc nécessaire de décrire, de façon brève, l'histoire du service initial de neuropsychiatrie infantile.

En 1965, justement au début de l'histoire de la transformation des hôpitaux psychiatriques, l'administration provinciale demanda à l'un de nous (C. Brutti) d'organiser un département de psychiatrie infantile. Il s'agissait de donner une aide assistantielle plus efficace et plus moderne à l'enfant déviant ou qui présentait des troubles psychiques alors qu'apparaissant son cas était traité par les tribunaux de la jeunesse ou par des commissions spéciales des entités locales, ce qui avait pour résultat que la plupart du temps on le confinait dans des institutions pour anormaux.

En raison de mon expérience précédente dans le domaine de la psychiatrie infantile, expérience qui m'avait permis de voir toutes les limites des solutions hospitalières et toutes les potentialités des services externes, j'ai émis qu'un département d'allure traditionnelle, c'est-à-dire composé de lits, ne se constitue au sein de l'O.P.¹.

J'estimais que cela représentait une régression par rapport au mouvement pédopsychiatrique qui était en train de se développer dans la pratique des Centres médico-psycho-pédagogiques (C.M.P.P.). La réapparition d'un pavillon risquait en effet de le transformer rapidement en un centre

1. Cette expérience s'était réalisée suite à mon expérience à l'intérieur d'un institut de neuropsychiatrie de l'université de Rome, le C.M.P.P. de l'O.M.N.I. et ceux gérés par le tribunal de la jeunesse. Dans la clinique universitaire, le modèle hospitalier et l'emprise médicalisante étaient dominants et, bien qu'il y existait une volonté de recherche et une ferveur à créer un espace autonome et une physiologie originale à cette discipline jeune, l'hypothèque de la neuropsychiatrie adulte, de la psychologie scientifique, de la pédiatrie était par ailleurs massive et rendait difficile toute démarche de la neuropsychiatrie infantile visant à se définir de manière originale comme la discipline spécifique de la pathologie mentale de l'âge évolutif.

d'internement pour enfants, ce qui n'aurait été que le début d'une longue carrière de malades chroniques en raison des lois inexorables de la vie asilaire.

On peut dire, en effet, que si la nouveauté de l'approche de l'enfant psychologiquement perturbé consistait surtout dans la découverte progressive des déterminants bio-psychosociaux qui faisaient partie du cadre de la neurologie et de la psychiatrie infantile, la somme cependant de tous ces paramètres isolés n'était pas suffisante pour définir, que ce soit à un niveau théorique ou méthodologique, un nouveau mode scientifique de prise en charge des syndromes pédopsychiatriques. Ces difficultés étaient la conséquence du fait que chacun de ces secteurs qui se rencontraient dans le domaine de la pédopsychiatrie, était strictement conditionné par le caractère rigoureusement académique de cette recherche qui le confinait de fait à une analyse partielle qui ne se préoccupait pas suffisamment des aspects socio-historiques de la situation. La création des C.M.P.P. représente, selon nous, un virage important dans l'histoire de la neuropsychiatrie infantile. C'est à l'intérieur de ces C.M.P.P. que se développèrent en fait les prémices d'un discours alternatif. Et ces C.M.P.P. ont tenté les premiers de construire un espace spécifique pour la pédopsychiatrie en dehors de milieux universitaires.

Si le fait d'avoir extrait la pédopsychiatrie des cercles académiques n'a pas produit directement une mise à distance des présupposés théoriques et méthodologiques des disciplines mères, cela a permis cependant un affranchissement progressif par rapport aux hypothèses institutionnelles et dictatoriales que celles-ci faisaient peser. Les C.M.P.P., à l'origine de services plus directement en contact avec la réalité de l'environnement, permirent pour la première fois à une approche pluridimensionnelle de se développer en pédopsychiatrie, permettant peu à peu de distinguer les aspects proprement psychiques et comportementaux relatifs à des conditions particulières de l'environnement.

L'administration provinciale accepta et fit même sienne cette proposition d'organiser un centre de psychiatrie infantile qui puisse travailler totalement à l'extérieur et développer de nouvelles formes d'aide aux enfants en difficulté. Ce nouveau Centre absorba ainsi peu à peu les divers C.M.P.P. qui fonctionnaient dans la province, ce qui représenta un moment d'unification et de centralisation de l'activité pédopsychiatrique à Pérouse.

Le début de ce travail fut très modeste. On attribua à ce Centre une petite équipe constituée d'un médecin, d'une infirmière psychiatre et d'une assistante sociale stagiaire. A ce premier noyau s'ajoutèrent peu à peu de

nouveaux travailleurs, soit stagiaires, soit volontaires. En ces années (nous étions en 1968), ce centre constituait un pôle d'attraction important pour de nombreux étudiants universitaires. Pour beaucoup de ceux-ci, cet endroit apparaissait comme un lieu nouveau et privilégié qui pouvait fournir l'occasion d'expérimentations nouvelles, de recherches et de formation. C'était un lieu où, à la différence de ce qui se passe à l'université, on pouvait apprendre véritablement, c'est-à-dire apprendre de façon concrète, se confronter à des situations et à des actions réelles et non pas uniquement suivant un processus livresque et académique. C'est pour ces raisons qu'un groupe de ces jeunes étudiants demanda à effectuer une activité de volontariat à l'intérieur du centre, ce qui permit d'accroître considérablement le champ de ses activités.

A côté de la consultation ambulatoire, qui était notre façon habituelle de recevoir les demandes et les besoins des enfants, on organisa un hôpital de jour pour les garçons et pour les filles qui présentaient des troubles psychopathologiques très graves. Nous devions faire face à des problèmes d'agressivité destructrice très intenses, ou à des enfants restés très longtemps enfermés dans des internats dont nous les avions fait sortir et qui vivaient des situations caractérisées par une difficulté d'adaptation scolaire et une conflictualité importante dans leurs rapports avec les parents. Tous ces cas réclamaient que nous mettions en place des interventions suivies et organisées, sans que les liens avec le milieu familial, scolaire ou le quartier, ne soient rompus.

L'activité à l'hôpital de jour se caractérisait par un programme d'activités d'animation qui s'adressaient à tout le groupe et, d'autre part, par une approche individualisée centrée sur l'enfant en particulier, de façon à créer un rapport suffisamment stable avec un adulte. On portait son attention surtout sur ce que ces enfants réussissaient à exprimer, que ce soit de manière individuelle ou au sein du groupe, plutôt que sur les règles du groupe, sur des capacités d'apprentissage ou de contrôle des individus. Ceci en raison surtout du fait que l'objectif des interventions n'était pas la réadaptation mais bien l'intégration interne de la personnalité de ces jeunes, grâce à une expérience de rapports avec des pairs médiatisée par un adulte. Le contexte émotif et fantasmatique qui se créait dans ces expériences était tel que les adultes avaient tendance à se présenter en réparateurs des carences et des épisodes traumatiques qui, de manière évidente, caractérisaient l'histoire de ces jeunes enfants.

L'assemblée qui se déroulait en fin de journée et qui rassemblait à la fois les travailleurs et les enfants était l'occasion pour tous de se raconter et

constituait un instrument important de prise de conscience. Elle devient ainsi le moment privilégié d'évaluation du travail psychothérapeutique réalisé dans la journée et le lieu de programmation et de définition des tâches ; c'est en effet pour ces raisons que cette réunion fut un élément particulièrement important et décisif du travail, car elle concernait les rapports entre les adultes et les enfants, et entre les enfants entre eux ; c'est pourquoi nous pouvons dire qu'il s'est agi là du moment le plus significatif de l'expérience.

L'hôpital était ouvert tous les après-midi des jours ouvrables durant toute la période scolaire.

Les effets positifs de cette expérience et la nécessité dans laquelle nous trouvons de donner à celle-ci son maximum d'efficacité et de portée poussèrent le groupe de travail à penser qu'il pourrait être utile de poursuivre cette expérience dans la période estivale. Et c'est ainsi que, pour conclure notre activité annuelle à l'hôpital de jour, on créa un camp d'été de deux semaines dans des auberges de montagne qui appartenaient à l'administration provinciale. Il s'agissait de faire vivre une communauté de vie à temps plein entre les travailleurs du centre et les enfants de l'hôpital de jour auxquels s'ajoutaient aussi quelques jeunes suivis en psychothérapie individuelle ambulatoire.

Grâce à la répétition de huit éditions consécutives de cette expérience, c'est-à-dire de l'été 1967 à l'été 1974, nous avons pu vérifier à chaque fois les effets extrêmement positifs de cette expérience ; c'est ainsi que nous avons pu mettre peu à peu au point une méthodologie d'intervention qui nous donnait des pistes de travail dont la validité pouvait d'ailleurs être confirmée l'année suivante de travail. Nous avons aussi pu utiliser cette expérience de travail à temps plein avec les enfants difficiles, comme une occasion de formation intensive pour tous les travailleurs de l'enfance, ceci grâce à un travail quotidien d'évaluation (le soir), à la préparation à ce camp et à une synthèse finale. Nous pouvons dire que cette expérience répétée est la cause essentielle de notre optimisme, lorsque nous pensons aux possibilités de formation sur le champ des travailleurs et ceci grâce à l'appui d'un groupe de travail. En fait, ces camps d'été nous ont permis d'apercevoir combien la vie en groupe peut avoir une influence décisive sur l'activation des processus évolutifs de tous les participants, non seulement des enfants, mais aussi des adultes, et ceci dans la clarification de leurs conflits internes (surtout en raison des conditions dans lesquelles ce travail s'était mis en place, c'est-à-dire qu'il n'avait pas été institué à n'importe quel moment et que, donc, il n'avait pas seulement des justifications

théoriques, mais qu'il se justifiait surtout comme une évaluation pratique). De même, la proportion entre les adultes et les enfants, qui était de 1 à 2, était un élément qui favorisait à la fois l'intensité de la rencontre entre les adultes et les enfants, et la signification formative de ce travail.

Il nous fut possible de dépasser cette expérience de l'hôpital de jour grâce, d'une part, à une plus grande extension donnée à la psychothérapie individuelle et par le transfert, d'autre part, de toutes les interventions destinées à résoudre les problèmes de désadaptation dans les lieux et les institutions où ils se manifestaient (à l'intérieur donc de la famille et de l'école). L'affinement progressif de notre méthodologie d'animation, qui avait été possible grâce aux expériences à temps plein de Forca Canapine, nous permit également de constituer un type particulier de groupes qui avaient pour but l'animation centrée en majorité sur la réalité du quartier.

Ces groupes étaient constitués de dix à douze enfants en âge de latence, des deux sexes, présentant des problèmes psychologiques et psychopathologiques de diverses natures. Chaque groupe se réunissait une fois par semaine pour un après-midi entier sous la conduite d'un des deux animateurs du centre. Les activités et les jeux organisés par le groupe se développaient en fonction des fantasmes et des désirs des adultes et de ceux des enfants. De cette façon, l'attention du groupe n'était pas centrée sur le groupe lui-même, dans le sens où, par exemple, on aurait voulu garantir la cohésion de ses membres ; ce travail visait surtout à faire émerger, grâce aux relations la rencontre, à la fois les conflits et les besoins sur lesquels il était possible, en fin de journée, de réfléchir en assemblée. Il est difficile de définir l'identité précise de ce type de travail de groupe, qui peut être considéré comme une espèce de transition entre les groupes d'animation et les groupes thérapeutiques. Ce qui plaçait ces groupes un peu sur ce deuxième versant thérapeutique était avant tout les résultats obtenus, l'attitude interne et externe des adultes, la nécessité surtout pour eux d'être continuellement attentifs à expliciter leur propre vécu au contact des enfants et de pouvoir l'utiliser comme guide de leur travail ultérieur. Ce qui les caractérisait par contre encore comme des groupes d'animation, c'était la liberté avec laquelle on introduisait dans ces groupes des éléments divers pour les stimuler et, d'autre part, la facilité avec laquelle on pouvait changer l'endroit et l'environnement des jeux qui impliquaient, de la même manière, adultes et enfants.

A côté de ces expériences spécifiques, un travail qui nous confronta à l'école, et ceci dans des termes de plus en plus significatifs, mais aussi conflictuels, vit le jour. A la fin des années 1960, le centre de neuropsychia-

trie infantile avait promu et concrétisé l'action de démantèlement des classes spéciales et des écoles spéciales. Parallèlement à cela, la fermeture des institutions pour anormaux dans la province, décision qui avait été prise par les hommes politiques et par les travailleurs psychiatriques, imposait à ces derniers d'insérer des enfants très différents dans des classes de l'école habituelle. Il s'agissait d'un défi lancé à l'école à qui on demandait de résoudre un problème en même temps qu'on lui enlevait les moyens traditionnels qui lui permettaient de le résoudre : on demandait en fait à l'école de réintégrer à l'intérieur d'elle-même les difficultés d'apprentissage et d'insertion sociale de l'enfant difficile, enfant que, jusqu'alors, l'école avait considéré comme relevant d'une pédagogie différente, ce qui pouvait donner l'illusion que l'on portait attention aux caractéristiques individuelles de ces enfants difficiles, tandis qu'en réalité on stigmatisait et on accentuait leur handicap. Ce travail fut possible grâce à une méthodologie bien organisée où l'implication des parents et de l'opinion publique s'associait à un travail d'évaluation effectué avec les enseignants, mais aussi à un travail d'évaluation dans leur travail avec un cas particulier et un travail d'intervention à l'intérieur même de la classe en fonction de ses besoins d'animation et de l'état d'intégration du groupe. Durant cette période, le premier noyau de volontaires s'est accru, ceci au moment même où la contestation étudiante de 1968 avait porté de nouveaux types de problèmes à la conscience des jeunes. Beaucoup pensaient qu'il était important de ne pas s'enfermer dans une rébellion permanente et stérile et qu'il fallait que les perspectives de transformation révolutionnaire de la réalité devaient être mesurées à quelques situations concrètes de répression.

Cette conjoncture historique permit d'éclaircir de façon définitive, à l'intérieur même du centre de neuropsychiatrie infantile, la dimension politique de toute action pédopsychiatrique. C'est à partir de ce moment en effet qu'un débat et une réflexion eurent lieu grâce auxquels nous pûmes prendre conscience du poids des rapports sociaux dans la détermination de l'apparition de manifestations psychopathologiques infantiles. C'est du moins notre avis. Ainsi nous pûmes découvrir que les processus de psychiatriation se mettaient en action dès la plus petite enfance mais qu'ils étaient masqués par une médicalisation très précoce ou parce qu'ils étaient présentés frauduleusement comme des activités de prévention. Ainsi nous pûmes comprendre l'aspect fondamentalement contradictoire et injuste de toute pratique qui se base sur la séparation de l'enfant difficile ou déviant de ses racines familiales, de son environnement scolaire et qui conduit à son insertion à l'intérieur d'institutions qui n'étaient capables que d'exercer un

certain contrôle sur lui. Un débat, qui n'est toujours pas clos, entre une perspective d'intervention centrée sur le cas individuel et une centrée sur l'environnement, s'est développé.

Il faut toutefois souligner que ce débat intense, où se retrouvaient toutes les thématiques issues de l'analyse anti-institutionnelle et les hypothèses initiales d'une psychiatrie qui ne serait plus asilaire, ne transforma pas le centre de neuropsychiatrie infantile en une simple agence de production de slogans ou en un lieu où l'on se désintéressait des tâches concrètes. La question centrale, la spécificité de notre travail, fut ainsi toujours présente, alors qu'on pouvait la confronter à la lumière d'une nouvelle pratique professionnelle et d'une nouvelle modalité d'approche des situations (ce qui est d'ailleurs la façon la plus créative et la plus authentique de lancer la discussion de la dimension politique du discours technico-psychiatrique). Cela était possible, puisque nous travaillions alors à l'intérieur d'une institution qui devait certes se remettre en question, mais non pas se détruire².

C'est ainsi que, peu à peu, nous commençâmes à proposer et à expérimenter des hypothèses de travail face à des situations psychopathologiques graves comme, par exemple, l'anorexie mentale de l'adolescence. Ces manifestations exigent, du moins dans les cas extrêmes qui furent ceux auxquels nous fûmes confrontés, une séparation temporaire de l'adolescent par rapport à son milieu familial; elles exigent, par ailleurs, une intervention continue sur le jeune, en même temps qu'un soutien parallèle doit être apporté aux parents (sans cela on court le risque qu'ils exercent une influence délétère sur le traitement du patient, ou bien de voir apparaître une décompensation psychique d'un ou des deux parents). C'est à partir du traitement de cas d'anorexie mentale que nous commençâmes à expérimenter une modalité de travail des cas dans leur globalité en dehors des conditions d'hospitalisation, que ce soit dans un département de médecine interne, ou dans un pavillon de neuropsychiatrie. Il est important à ce moment de nous expliquer sur la différence que nous faisons entre les termes d'*intervention globale*, de ceux d'*institution totale*³. L'intervention, dans l'institution totale, est fidèle aux règles de l'institution qui sont faites pour créer au maximum un espace restreint et coercitif et pour ne donner cours qu'à une activité ritualisée et répétitive, mais qui donne le maximum

2. Contrairement à ce qui se passait au même moment à l'intérieur de l'asile psychiatrique, où l'on était occupé à détruire une façon archaïque de pratiquer la psychiatrie et où l'on disposait donc de peu d'énergie pour construire une alternative satisfaisante.

3. Souligné par nous (N.D.T.).

de garanties d'une stabilisation. L'*intervention globale*, par contre, se fonde sur la possibilité à partir des besoins du sujet, qui se manifestent dans la relation qui se crée avec lui, de réactiver les réseaux de communications interrompus et de restaurer la qualité de « lieux de vie » à toute une série d'endroits qui, auparavant, étaient essentiellement le lieu de conflits destructeurs.

Un tel objectif ne peut être poursuivi que si ce processus est géré par un véritable groupe de travail. Seul, un groupe de travail, orienté vers la psychothérapie, peut affronter, en même temps et de façon cohérente, les diverses tâches : intervenir sur le cas au moment où les symptômes apparaissent, organiser la vie du patient durant les vingt-trois heures où il n'est pas en thérapie et ceci en dehors de toute référence aux schémas sacro-saints de surveillance propres à la vieille psychiatrie, organiser une action de soutien à la famille, rechercher et activer de nouveaux environnements au sein desquels la vie du patient pourra s'inscrire une fois dépassée la phase aiguë.

Cette pratique correspond à un modèle de travail où l'intervention psychothérapeutique, qui a son moment propre et son intensité spécifique (jusqu'à six séances par semaine), est élargie aux autres moments de vie, tandis que la relation avec le patient n'entre pas en contradiction avec la pratique psychothérapeutique, même lorsque les exigences de la réalité (par exemple, la nécessité de faire assumer à ces patients anorexiques une certaine quantité d'aliments nécessaires à leur survie) exigent des attitudes rigoureuses, mais non violentes.

Il est utile de préciser que ce modèle n'a aucune velléité d'omnipotence et que le large éventail d'interventions qu'il prévoit existe en fonction non pas d'un projet de contrôle ou d'emprise mais essentiellement en visant à l'activation des énergies autothérapeutiques du sujet et des capacités thérapeutiques de l'environnement où le patient aura à élaborer ses propres expériences de vie.

Nous nous sommes étendu sur ce thème pour souligner la manière dont, à l'intérieur du centre de neuropsychiatrie infantile, s'est définie peu à peu une modalité d'intervention que nous pouvions considérer peu à peu comme extrêmement féconde même dans le traitement des psychoses infantiles (et spécialement pour l'autisme) et, d'une façon générale pour toutes ces situations qui, auparavant, ne pouvaient provoquer, inévitablement, que l'internement.

PHYSIONOMIE ACTUELLE DU CENTRE D'HYGIÈNE MENTALE

Toute réflexion théorique et toute reconstruction historique pourraient paraître pédantes si elles ne faisaient pas référence à la situation actuelle de notre travail. L'histoire et la théorie nous intéressent dans la mesure où elles nous permettent de saisir le sens de ce que nous faisons aujourd'hui. Cette histoire, qui est la nôtre, est une lecture qui se construit à l'intérieur, une lecture qui en serait faite de l'extérieur : comme telle, cette lecture court le risque de présenter comme « choses connues » des éléments qui ne sont familiers qu'à nous. Pour éviter de courir le risque de faire des omissions qui rendraient ensuite incompréhensible notre description, nous avons essayé d'imaginer les exigences de notre interlocuteur et nous avons répondu à son besoin d'être informé en lui fournissant tous les éléments essentiels pour comprendre l'organisation du travail. Juste après en avoir exposé les idées principales, nous nous sommes dit qu'il existait encore bien d'autres informations qui auraient pu intéresser un interlocuteur différent de celui que nous avions imaginé. Il serait de toute façon excessif de vouloir tenir compte à la fois de tous les points de vue possibles et de vouloir répondre à tous les interlocuteurs possibles. Il est peut-être plus juste de définir un niveau minimal d'information à partir duquel il est possible de mettre en route un dialogue et de garantir une compréhension suffisante de notre travail.

A six mois du transfert des services psychiatriques de l'Administration provinciale à l'Unité sanitaire locale, le Centre d'hygiène mentale de Ponte della Pietra n'a pas subi de modifications importantes ni de son organisation, ni de son activité. C'est donc un service dont le territoire est constitué par cinq « districts sanitaires de base », ce qui couvre une population de 60 000 habitants. Cette zone comprend une partie du noyau urbain de Pérouse, la périphérie sud-ouest de cette ville, les quelques hameaux environnants et deux communes des environs. Le passage à l'U.S.L. a comporté une modification de la zone de notre compétence qui, auparavant,

ne se met pas en activité à la suite de n'importe quelle demande d'intervention (si du moins il ne s'agit pas de patients ou de familles qui sont déjà pris en charge par le service ou qui sont insérés dans un programme de travail). Avant de prendre une décision d'intervention, nous passons au crible les informations qui nous sont fournies, et une décision positive n'est prise que si nous disposons d'éléments suffisants pour pouvoir juger de façon raisonnable qu'il s'agit véritablement d'une situation de nature psychiatrique.

Lors des premières phases de fonctionnement du centre, quand la lutte contre l'internement en O.P. était une de nos préoccupations essentielles, toute situation aiguë qui aurait provoqué une situation d'alarme suscitait notre intervention. Aujourd'hui, il est nécessaire d'identifier, de façon toujours plus précise, les critères qui peuvent justifier notre intervention. Nous évoluons vers une situation où nous pourrions, une fois réalisées toutes les coordinations nécessaires avec les divers services du territoire, nous fier à l'avis d'un professionnel de ces services capable de reconnaître de façon explicite le caractère psychiatrique du besoin qui se manifeste. Cette tendance naît de la nécessité d'imposer une barrière à la transformation informelle de n'importe quelle situation de besoin aigu en une situation psychiatrique.

Pourtant, nous devons reconnaître qu'aujourd'hui encore les informations qui nous proviennent de ces divers professionnels ne sont pas encore suffisamment fiables, pas plus que ne le sont celles qui nous viennent des citoyens et des autorités impliquées dans un cas aigu.

Les précautions, que nous venons de souligner, sont prises afin d'empêcher que l'intervention de notre service ne soit utilisée par une des parties impliquées dans le conflit comme une punition ou comme une menace. Ce refus de répondre à n'importe quelle demande d'intervention a provoqué de la mauvaise humeur, et il n'est pas toujours facile d'en faire comprendre le sens exact. Celui qui fait la demande, en effet, se sent l'utilisateur d'un service, même si cette demande a pour objet une autre personne, tandis que pour nous l'utilisateur est celui qui a un besoin psychiatrique vrai, à qui donc notre spécificité professionnelle peut être utile. Une des normes de notre comportement, mis en place depuis le début, est que nous refusons de nous engager dans toute manœuvre de tromperie. Si nous nous présentons à un patient présumé psychiatrique, c'est avant tout, pour discuter avec lui des canaux à travers lesquels notre intervention s'est réalisée, et nous exigeons, par ailleurs, que les différentes parties et témoins se manifestent clairement. Refuser donc d'être le bras séculaire de qui que ce

avant, se déployait sur deux U.S.L. Il n'y a pas eu d'autre modification importante et il existe donc une absolue continuité de travail, si ce n'est le changement du pouvoir administratif et politique. Il est difficile, d'autre part, d'imaginer aujourd'hui une organisation différente de ces services psychiatriques, étant donné que, nonobstant tous les défauts que l'on peut leur trouver, ils ont acquis une stabilité évidente à travers une longue histoire d'adaptations et de modifications successives.

Le personnel est constitué de dix-neuf personnes (onze intervenants psychiatriques¹, quatre assistants sociaux, quatre médecins dont deux travaillent à temps partiel); le service comprend onze femmes et huit hommes. Le siège de cette organisation est une villa construite dans le premier quart de ce siècle, période où le gothique inspira quelques imitations grossières. Neuf locaux sont disponibles, dont une salle d'attente, un secrétariat, une salle d'archives et six salles de consultations, dont deux attribuées aux enfants. Ce siège est cependant isolé de l'ensemble du contexte urbain, car il est difficilement accessible en raison de l'absence de transports publics dont les circuits se situent à plus d'un kilomètre de distance. Le Centre, ouvert douze heures par jour, est fermé le dimanche. La vie du groupe de travail est organisée par roulements. Les intervenants psychiatriques ont tendance à faire un horaire plein, tandis que les autres travailleurs (assistants sociaux et médecins) font un horaire coupé. Ces horaires sont néanmoins assez bien adaptés aux nécessités du travail. Il est assez rare, en effet, qu'il soit utile de modifier cet horaire de façon imprévue. Cela arrive seulement lorsqu'une urgence psychiatrique nécessite une intervention longue ou qu'elle doit être réalisée à des heures où il y a une faible disponibilité de personnel.

En raison du fait que notre service fournit des prestations d'urgences psychiatriques en même temps que des interventions sur le territoire, nous nous sommes efforcés de nous organiser en fonction de l'imprévu. Nous avons ainsi cherché à répondre à deux exigences : ne pas bloquer une énergie excessive en fonction de la prise en charge prévisible de ces cas imprévus et, par ailleurs, organiser le travail de telle manière que cela interfère le moins possible avec toutes les activités en cours. Pendant la journée, des membres du personnel médical et paramédical se trouvent disponibles pour des interventions sur appel. Pour la nuit, nous avons recours à une unité infirmière de permanence. Ce service de secours rapide

1. Intervenants (« opérateurs ») psychiatriques était le terme utilisé par l'administration provinciale avant le passage des services psychiatriques à l'U.S.L. Ce titre n'indique en rien la qualification professionnelle des travailleurs qu'elle désigne.

projets qui ont tenté de réduire ce résidu hospitalier, en le divisant en petites unités, sous la responsabilité des divers C.I.M. ont échoué ; c'est ce qui a contribué ultérieurement à la rupture entre l'O.P. et les C.I.M.

De la même façon, nos contacts avec le service psychiatrique de diagnostic et de cure sont problématiques. Notre impression est que ce service est devenu lentement un département psychiatrique de type traditionnel, plutôt qu'un moment particulier au sein d'une stratégie globale visant à réaliser les soins du patient en dehors de toute restriction de la liberté de ses mouvements. Ce département a été créé comme une alternative par rapport à une autre tendance qui voulait que les lits psychiatriques qui restaient nécessaires soient distribués dans tous les services de l'hôpital. Ce dernier projet pourrait être, aujourd'hui, considéré comme plus avancé idéologiquement ; dans les cas où cette réalisation put être effective, on a montré ainsi qu'il ne s'agissait là que d'une impression superficielle, dans la mesure où cela aurait réclamé beaucoup plus de personnel et absorbé plus d'énergie des C.I.M. pour la gestion des hospitalisations plutôt que dans la prévention de celles-ci ; par ailleurs, on ne pouvait, le plus souvent, réaliser ce projet que grâce à une contention chimique de l'individu qui se voyait donc contraint d'absorber une quantité disproportionnée de drogues.

Une fois fait ce choix de la mise sur pied d'un département psychiatrique, on ne lui a cependant pas fourni ce qui était nécessaire pour lui éviter de devenir un département fermé et répressif. De peur qu'il ne s'agrandisse démesurément, on l'a isolé physiquement dans un lieu inadapté et disposant de peu d'espace. Surtout, on n'a rien fait pour rompre l'isolement entre ce département et le reste de l'hôpital. L'aspect le plus grave de cette question est que la loi 833-1978 est inappropriée dans la mesure où elle organise la structure du service de diagnostic et de cure en département ; c'est dans ce sens qu'elle prévoit bien entendu une collaboration étroite entre les services d'hospitalisation et les services du territoire. Cette séparation multiple dont jouit, pour ainsi dire, ce service psychiatrique le transforme en une structure dangereuse dans la mesure où il peut agir séparément par rapport au C.I.M. et dans la mesure où il agit sur l'individu isolé, en coupant tous ses liens avec ce qui s'est passé auparavant et ce qui se passera après. Nous ajouterons encore que les contradictions de ce service se manifestent d'autant plus clairement qu'il se développe en contradiction par rapport à la ligne générale des services psychiatriques de l'Ombrie. Il faut dire encore que, d'un point de vue qualitatif, en ce qui concerne l'incidence de l'hospitalisation dans la stratégie globale du service

soit et surtout d'en être le bras secret, nous pensons qu'il s'agit là d'un comportement qui procure, à notre travail, une reconnaissance particulière et qui défend l'usage que l'on peut en faire.

Le C.I.M. se trouve aujourd'hui à l'intérieur de tout un réseau de services psychiatriques dont il constitue à la fois la partie essentielle et le point de référence. Ce réseau est constitué par la « garde psychiatrique » (garde médicale qui se réalise à la polyclinique et qui est en activité vingt-quatre heures sur vingt-quatre), par le résidu de l'O.P. (230 internés avec 90 infirmiers, 5 médecins dont 3 à temps partiel), par le service psychiatrique de diagnostic et de cure (10 lits, 16 infirmiers et 2 médecins à temps partiel), mais aussi par les maisons familiales où ont été regroupés les anciens malades chroniques.

Cette structure que nous appelons « groupes-familles » constitue le dernier élément de la stratégie de délestage de l'O.P. qui s'était, auparavant, réalisé par le retour en famille des malades chroniques, par leur réinsertion dans un cadre de travail, leur transfert dans des maisons de repos et aussi grâce à l'attribution de subsides financiers. On a regroupé à l'intérieur de ces groupes-familles une partie des internés de notre territoire pour lesquels les administrations communales n'étaient pas en état de trouver des solutions qui puissent garantir une plus grande autonomie. Ces groupes sont des communautés de logement dont chacun des bénéficiaires, hommes et femmes, vit grâce à l'octroi d'un subside financier qu'il reçoit des autorités locales et grâce à sa propre pension, ce qui leur permet de faire face à toutes les dépenses de gestion de la maison, y compris celle d'une aide-ménagère. Les travailleurs du C.I.M. ont pour tâche l'administration et l'animation de ce groupe dans le but d'augmenter toujours l'autonomie de ses membres et leur insertion dans le quartier, et ceci en tant que citoyens de plein droit.

En ce qui concerne les autres centres de ce réseau psychiatrique, il convient de souligner que l'intérêt au sein de notre C.I.M. pour les problèmes de l'O.P. et de ceux qui y sont encore enfermés, s'est progressivement atténué (ceci semble être la situation de tous les autres C.I.M.). Les derniers internés de l'O.P. sont des personnes qui disposent d'une très faible autonomie, plus en raison de leur âge et de leur condition physique défavorable que de leur trouble psychique.

Mais un quart d'entre eux ont véritablement des problèmes psychiatriques et il n'a pas été possible de les insérer dans un milieu extra-hospitalier. Ils sont donc abandonnés aujourd'hui à des médecins qui ne sont pas motivés et à des infirmiers qui ont réassumé leur rôle de gardiens. Divers

- une intervention de type psychothérapeutique dont l'objet est la modification de l'état mental du sujet ;
- une réponse psychopharmacologique.

La méthodologie qui nous pousse à choisir telle ou telle modalité d'intervention plutôt qu'une autre prévoit quelques points de passage obligés que l'on peut illustrer de la manière suivante : établir de façon sûre s'il existe réellement un besoin dans les termes où il nous a été énoncé, de quelle nature est-il et qui est appelé à le satisfaire, si l'individu est en état d'y faire face ou s'il a besoin de certains appuis. Il faut aussi établir que le besoin exprimé est véritablement un besoin psychiatrique et donc qu'il puisse être pris en charge de manière efficace par les compétences spécifiques des intervenants du service. Quand le patient est pris dans un conflit de nature destructrice avec son milieu de vie, un éloignement, visant à limiter les effets de ce conflit, peut trouver place dans cette succession logique.

Le nombre limité des types d'interventions que nous pouvons offrir représente une facilité pour l'acquisition d'une compétence spécifique de la part des intervenants. Mais cela favorise aussi la tendance à organiser le travail d'une façon routinière ou à privilégier certains secteurs d'intervention qui seraient considérés comme les plus intéressants ou les plus valorisants. Cette tendance à la routine, qui se répète indéfiniment, nous oblige à prendre périodiquement en considération l'organisation du service, à la modifier de telle manière que ce service soit le plus possible structuré à partir des besoins de l'utilisateur et non à partir des habitudes des intervenants.

Nous avons parlé des réponses faites à l'individu particulier. Nos interventions restent centrées sur l'individu, même si notre travail implique très souvent l'ensemble du noyau familial ou d'autres personnes du contexte de vie. Il s'agit là d'un choix culturel précis suivant lequel, pour nous, il n'existe pas d'autre objet de cure que l'individu particulier. Le couple, la famille, le groupe ne sont donc pas véritablement objets de cure, mais seulement et éventuellement un contexte de la cure, contexte dont il est nécessaire de tenir compte dans le programme thérapeutique comme une des conditions de vie du patient.

À côté de ces réponses individuelles, nous devons associer les réponses collectives qui constituent en fait notre troisième niveau d'interventions. Il s'agit là d'interventions effectuées à l'intérieur d'institutions qui s'occupent soit d'éducation, de santé ou d'assistance et dont le fonctionnement a

psychiatrique, le volume des utilisateurs de ce service psychiatrique de diagnostic et de cure est minime par rapport au volume de patients qui prennent contact avec le C.I.M. Avec les dix lits prévus en 1980, il y eut 103 hospitalisations pour un total de 71 hospitalisés, ce qui correspond à peu près à 1,50 % de tous les utilisateurs des services externes.

La garde psychiatrique a surtout une mission de consultation pour les services de secours d'urgence de l'hôpital régional de Pérouse et pour les autres départements de l'hôpital ; mais en ce qui concerne les problèmes plus complexes et les situations de plus longue durée, il fait référence aux différents C.I.M. en en demandant l'intervention (de jour comme de nuit).

Si nous avons tout d'abord décrit la réalité de ce réseau psychiatrique, c'est pour rendre compréhensible le premier niveau de travail que réalise le C.I.M. À ce premier niveau il est encore nécessaire de faire face aux effets de la pratique psychiatrique ancienne ou à des demandes qui sont encore de type traditionnel. C'est pour ces raisons que ce réseau ne doit pas être compris comme un système destiné à travailler de manière permanente, mais bien comme un système provisoire destiné à changer radicalement, grâce à une potentialisation des activités des C.I.M. Une avancée supplémentaire ne nous paraît pas aujourd'hui possible si le problème du résidu de l'hôpital psychiatrique n'est pas résolu, car il absorbe un nombre important de travailleurs médicaux et paramédicaux. Si ce personnel pouvait être rendu disponible, on pourrait réaliser une plus grande rationalisation de ce réseau psychiatrique en améliorant les possibilités d'intervention d'urgence sur le territoire de l'U.S.L. Ceci nous permettrait d'instituer des services intermédiaires (maisons d'hébergement, hôpital de jour) qui permettraient de rendre plus souple et plus coordonnée la réponse que l'on peut fournir à tous ceux pour qui le maintien dans le milieu de vie habituel apparaît difficile ou impossible pour quelque motif que ce soit.

Ce qui caractérise le travail des C.I.M. à un deuxième niveau est l'intervention sur l'individu en particulier. Les réponses données ne sont pas d'une typologie particulièrement étendue. Nous pouvons les citer :

- une intervention exploratrice qui peut se réaliser au C.I.M. et dont la conclusion est la mise au point d'un programme visant à mettre en évidence et à rendre utilisables toutes les ressources nécessaires à la pleine autonomie du sujet ;
- une intervention faite à domicile pour évaluer, stabiliser ou modifier la situation de vie d'un patient ;

quelque influence sur la santé mentale de ceux qui y vivent. Notre travail consiste alors essentiellement à mettre en route une analyse de l'organisation, à sensibiliser les membres de l'institution par des rencontres à propos des objectifs propres à l'hygiène mentale et à les soutenir dans leurs tentatives d'atteindre ces objectifs. Nous cherchons donc à faire passer dans la culture d'autres groupes une méthodologie de l'analyse des conflits institutionnels qui est le patrimoine actuel de la culture du service psychiatrique. Cette méthodologie est applicable, selon nous, dans tous les secteurs de la vie sociale où on est amené à donner des réponses collectives à des besoins individuels et sociaux.

L'objectif que nous poursuivons est de permettre à ces groupes de faire front aux difficultés, d'identifier les causes de souffrance et les mécanismes de son occultation, ainsi que de surmonter le clivage entre la finalité de l'institution et le but des personnes qui s'y réfèrent. Il nous semble que le degré de la santé mentale soit en rapport direct au respect, au sein de l'institution, de la globalité du sujet. Si la fonction spécialisée d'une institution absorbe toutes les énergies disponibles, toute l'attention et toutes les énergies culturelles des travailleurs, aucune attention risque de ne plus être disponible aux conditions humaines de vie dans lesquelles ce travail se réalise, ce qui a parfois une incidence assez grande pour la réussite même du travail.

On ne peut pas conclure la description de l'organisation des services sans une analyse de l'utilisation du temps de travail. Une part très importante de ce travail (que l'on peut représenter par un minimum de 20 % pour tous les travailleurs, mais qui se chiffre parfois à 40 % pour d'autres) est destinée à des activités collectives internes d'évaluation, d'élaboration, de documentation et d'information. Il est parfois indispensable d'augmenter le temps destiné à ces activités quand il est nécessaire de modifier l'organisation générale du service ou de prévoir de nouvelles tâches ; ou bien encore lorsqu'il est nécessaire de coordonner l'intervention (dans le temps ou au même moment) de plus de trois travailleurs (nous pensons que deux ou trois travailleurs réussissent le plus souvent à se mettre d'accord de manière informelle).

En relisant cette description, alors que nous venons à peine de la conclure, nous éprouvons la sensation d'avoir parlé d'une enveloppe dont le contenu n'est pas déterminé de manière univoque. Nous pourrions y ajouter d'autres informations, traduire notre activité en citant des statistiques (ce qui a déjà été fait de nombreuses fois), et confronter tous ces faits avec ceux d'autres C.I.M. et de les comparer enfin avec tous les renseigne-

ments que l'on pourrait avoir de la population qui constitue le creuset de notre clientèle potentielle. L'évaluation d'une activité, grâce à des paramètres quantitatifs, comporte un nombre de problèmes qu'il n'est pas facile de résoudre. C'est plutôt les changements liés à notre évolution et à notre histoire qui paraissent les plus significatifs (et donc tout ce qui, au plan des chiffres, peut être mis en relation avec l'évolution du service).

Il est nécessaire, en deuxième lieu, d'expliciter l'hypothèse que l'on veut vérifier grâce à la récolte et à l'exposition de faits. Les faits en eux-mêmes sont de peu d'utilité et leur ensemble donne souvent une image assez ambiguë qui n'élimine jamais complètement le soupçon que l'on peut avoir que ces faits ont été publiés parce qu'ils étaient compatibles avec l'image que le service avait de lui-même. C'est pour ces raisons que nous avons préféré, dans cette synthèse, illustrer le service en mettant en évidence ses qualités plutôt que les quantités qui lui correspondent.

On ne peut faire de progrès dans la description de notre travail qu'en changeant de point de vue et en renonçant par là même à toute prétention d'objectivité qui serait le résultat d'un effort pour regarder les choses de l'extérieur, en cherchant donc à rendre compte de la connaissance qu'un travailleur a de son propre service. Ce travailleur n'a pas nécessairement une connaissance toujours très réaliste de ce service, ni une vision cohérente, et les impressions qu'il possède ne correspondent pas toujours aux faits réels auxquels il se réfère. Ce travailleur a beaucoup d'autres connaissances qui se réfèrent à des aspects peu évidents et à des éléments qui appartiennent en même temps à sa vie personnelle et à celle de son travail. Mais il est certain que l'aspect le plus intéressant de sa connaissance du service est qu'elle s'exprime par des images. Ces images ne sont pas seulement une photographie de l'organisation, mais quelque chose de plus.

Quand on vit et que l'on travaille à l'intérieur d'une organisation, on peut la regarder de deux manières différentes. On peut donc avoir deux images notablement différentes de cette organisation. Une première façon de la voir fait qu'elle est vécue comme une structure élargie qui pénètre à l'intérieur du monde environnant, qui se superpose à lui, qui est présente de manière compacte ou fluide et plus diffuse, et qui est en train de s'étendre quasi à l'infini en envahissant tout l'horizon possible. Tout alors peut être vu du point de vue de la psychiatrie ou du service psychiatrique. Cette façon de voir le service comprend non seulement ce qui est fait, mais l'écho même de cette activité : une ville, toute une région ou le monde peuvent alors être conçus comme des lieux où se produisent des événements issus de l'institution dont nous nous occupons ou bien qui lui font

référence. Ce type de vision se développe plus facilement dans des activités de travail comme la nôtre qui se prêtent particulièrement bien à des visions idéologisées ou mystiques et qui comportent, d'une manière ou d'une autre, des jugements de nature morale.

La seconde vision qu'un travailleur, impliqué dans une activité, peut avoir, est notablement différente de la première. On pourrait la qualifier d'image réduite. Elle est alors directement liée à l'image des personnes concrètes qui travaillent, à toutes les opérations réelles qui sont effectuées et aux patients. Un C.I.M. est alors considéré comme une toute petite citadelle dont la vie quotidienne est rapidement confinée.

Ces images du service se produisent de manière involontaire et l'on ne se pose pas la question de savoir comment elles se sont construites. Qu'une vision se développe plus facilement qu'une autre dépend de multiples facteurs en relation avec la vie interne du groupe de travail ; mais elle dépend aussi de l'interaction du service avec l'extérieur. Si cette interaction n'existe pas ou si elle ne s'inscrit pas dans la réalité, alors on a de fortes chances de voir se développer l'image extensive.

Cette image devient alors fantastique et ne contient plus que le désir de celui qui l'a construite. Qui regarde cette vision imaginaire, fût-ce même celui-là seul qui l'a construite, court le risque de n'y observer que le désir qu'il y a placé lorsque, pour obtenir des informations sur la réalité, il la transforme. Moins il existe de contact avec la réalité, plus la réalité du monde est envahie par de telles organisations fantasmatiques, par les besoins des intervenants et enfin par tout ce qui est implicite dans l'idéologie de base. Plus le contact avec la réalité est violent, difficile et s'accompagne de résultats trop rares, plus la vision de l'organisation se restreint et finit par devenir un espace très étroit à l'intérieur duquel le groupe de travail se sent mal à l'aise ; il se sent alors entouré de forces hostiles qui tentent d'étouffer la créativité dont le groupe ou l'individu se sentent porteurs.

Nous ne pouvons pas échapper à cette dynamique de l'imaginaire et il faudra bien tenir compte de son incidence sur le fonctionnement du service. Nous devrions, en effet, développer des instruments de travail qui permettent une évaluation de cette dynamique particulière pour pouvoir neutraliser les effets négatifs qu'elle peut produire. Cette dialectique de l'imaginaire peut, peut-être, provoquer une réaction scandalisée chez celui qui est habitué à raisonner et à traiter des problèmes de la santé dans des termes clairs et distincts : ou il existe, pour toute demande précise, une réponse précise. S'il est vrai qu'en ce qui concerne la psychiatrie, une analyse des

besoins doit se trouver à la base de toute organisation et de toute programmation des activités concrètes, il n'en est pas moins vrai que les difficultés surgissent à partir du moment où l'on essaye de définir ce que signifie exactement l'analyse des besoins.

Il faut dire, avant tout, que ce que nous entendons par besoins, ce sont bien des besoins qui parviennent à entrer en contact avec les antennes dont nous disposons et qui se manifestent par des demandes qui nous sont soit adressées directement, soit par d'autres services sociosanitaires. La programmation de notre travail ne se base en rien sur des évaluations épidémiologiques, sur la distribution des maladies mentales ou sur le calcul des risques de tomber malade. Les sciences, auxquelles nous faisons référence, ne nous permettent pas de créer les instruments nécessaires pour réaliser ce type de vision : des critères capables de définir ce qu'est exactement le besoin psychiatrique et qui pourraient recueillir une approbation suffisante n'existent pas. A notre décharge, on peut dire que, même en médecine classique, les choses se sont compliquées et que le débat sur les problèmes de prévention de la maladie et de la mise en évidence des situations de risque, nous a habitués à ce que l'on fasse référence à d'autres concepts que ceux traditionnellement utilisés dans les sciences médicales.

C'est ainsi que l'on peut dire aujourd'hui que l'éducation sanitaire ne s'occupe pas seulement des conditions qui permettent à la santé de s'épanouir et aux services prévus de la protéger, mais aussi des modèles culturels à l'intérieur desquels les valeurs de maladie et de santé sont incrustées. De la même manière, l'analyse des besoins psychiatriques ne peut pas faire fi de l'analyse des conditions de vie de la population, de l'examen des conflits qui s'y déroulent, mais aussi des modèles culturels prévus pour les dépasser, pour les résoudre ou pour les mettre de côté.

Fait partie de l'analyse du besoin psychiatrique, même s'il s'agit d'un point de vue actuellement encore trop peu connu, le point de vue selon lequel le besoin individuel est strictement rattaché au problème des besoins collectifs. C'est seulement grâce à la réponse que l'on peut apporter à ces besoins collectifs que l'on peut correctement répondre aux besoins individuels. Nous devons ajouter encore que les instances sociales, qui devraient promouvoir ces réponses collectives aux besoins généraux, interviennent le plus souvent en favorisant une réponse psychiatrique qui vise à enfermer ce qui est en train de se manifester plutôt que de le satisfaire ; elles interviennent ainsi en favorisant une réponse individualisée. Par ailleurs, la forme de la demande de celui qui se trouve en situation de besoin tend à ce que la réponse soit sociale.

Il est nécessaire, lorsqu'on se trouve à l'intérieur de cette dialectique, de faire des choix (dialectique que l'on peut désormais reconnaître grâce justement à ce processus de transformation de la psychiatrie qui a donné naissance à des services comme les nôtres). On peut facilement énumérer ces choix. Le premier est d'accepter d'être une institution terminale, occupée à gérer les échecs de la société et des petits groupes de vie, ceci grâce à l'existence de lieux de ségrégation ou à la création de petits circuits isolés que nous avons appelés les « circuits de la tolérance » ou « les réserves d'indiens ». Le second de ces choix est de refuser d'être une institution terminale et dès lors travailler au développement de l'hygiène mentale par la prévention et ne pas se préoccuper qu'au-dessous de nous se crée (même souvent informellement) une institution terminale où s'accumulent les cas désespérés (« jusqu'à ce que la mort survienne »). Le troisième choix est celui auquel nous nous sommes attachés.

Nous avons accepté de gérer les échecs, de soigner les cas les plus graves avec qui tout le monde a été mis en échec. Ce n'est que de cette manière que nous pouvons donner force aux derniers espoirs de renverser la situation en essayant de remettre en marche tout ce qui s'est arrêté. Cette situation de relatif monopole qui en découle n'est certainement pas une source de grande gratification professionnelle et risque de créer une image dévalorisée du service.

Ce n'est que grâce à une vision hautement positive du travail qu'il convient de faire et à une philosophie pour laquelle le trouble mental contient quelque valeur, que l'on peut se délivrer de cette situation doublement désavantageuse.

C'est cela, et cela seulement, qui permet à une vision optimiste des possibilités d'intervention thérapeutique de se développer, et qui ne peut être maintenue que s'il nous est donné de pouvoir travailler dans des conditions suffisamment favorables. Nous savons, en effet, combien il est impossible de donner des réponses efficaces dans des contextes institutionnels rigides. Il est bien sûr, par ailleurs, tout aussi nécessaire de maintenir la personne qui présente un besoin psychiatrique dans le contexte de la vie sociale et communautaire qui l'entoure et il est, d'autre part, nécessaire de l'y réinsérer si elle en est sortie.

Toute séparation par rapport au contexte social comporte une régression qui rend plus difficilement opérante toute autre intervention professionnelle psychiatrique. C'est en raison de cette prise de conscience fondamentale que nous revendiquons le droit d'adopter des tactiques particulières extrêmement

complexes et même parfois très coûteuses, pour nous adapter à la situation créée par le patient².

Il serait évidemment plus facile et plus économique de sélectionner à l'avance, et suivant une typologie établie une fois pour toutes, les situations dans lesquelles on pourra faire le diagnostic d'un patient et le soigner. Mais cela serait totalement incompatible avec la réalité de ces sujets en état de besoin qui, de manière particulièrement élevée, ne ressentent aucune motivation à se maintenir en contact avec un service psychiatrique, et n'ont qu'une faible propension à se soigner et une faible prise de conscience de leur état de maladie.

Ce sont tous ces éléments que nous venons de rapporter qui permettent de comprendre les difficultés de compréhension de notre démarche de la part des travailleurs des autres services. Mais ils n'en justifient quand même pas toutes les attaques, ni les résistances. Une position tout à fait particulière est celle de la classe médicale qui, de manière assez homogène, bien que non totale, exprime une résistance que ce soit à l'extension du territoire qu'à l'insertion des services psychiatriques au sein des réseaux sanitaires existants. Nous sommes ainsi actuellement en train d'expérimenter une nouvelle opposition après avoir vaincu une opposition archaïque fondée sur le préjugé et sur l'ignorance.

Pour comprendre la nature de cette nouvelle résistance, nous devons nous référer à la véritable essence des services psychiatriques tels qu'ils ont été définis par la loi de la réforme sanitaire³. Il faut se souvenir que cette loi a mis la thérapeutique de la maladie mentale au même niveau que la cure de n'importe quelle autre maladie. Cette interprétation nous paraît quand même quelque peu réductrice et ne se justifie que dans la mesure où nous voulons à tout prix relier l'existence de cette nouvelle loi à la vieille loi qui fut abrogée. Si nous voulons la regarder dans son ensemble, nous devons bien admettre qu'elle a fait beaucoup plus que d'abolir le vieil asile. Elle a fait de l'assistance de soin et de réhabilitation du malade mental un véritable modèle de fonctionnement pour tous les systèmes sanitaires. La loi prévoit, en outre, les conditions nécessaires pour réaliser concrètement ce modèle : existence de services réellement présents sur le territoire ; assistance à domicile et ambulatoire plutôt que de prévoir l'hospitalisation ; participation du malade à sa propre cure ; respect des droits du malade ; possibilité aussi d'obtenir une défense rapide et économique.

2. Souligné par nous (N.D.T.).

3. La loi 833 de 1978. Voir les articles 33, 34, 35 et 64.

Il est juste que les malades mentaux, largement pénalisés à cause de leur état de besoin, soient les premiers à bénéficier de cette nouvelle façon d'envisager la médecine. Mais il s'agit là évidemment de principes qui visent à développer une médecine plus humaine, plus scientifique et plus efficace. Une fois que l'on a dit cela, on commence à deviner ce que veulent les nouveaux opposants à ces nouvelles dispositions de la loi 833 en faveur de la psychiatrie. Ceux-ci se battent en effet pour la conservation d'un système de médecine antisociale, pour la défense d'un système archaïque où il existe beaucoup plus de garanties pour ceux qui devraient s'occuper de la santé, que pour la santé des citoyens. La pratique exclusive de la prescription de médicaments, les illusions sur l'omnipotence de la médecine créée grâce à une manipulation de l'information sanitaire, sont développées à l'avantage du pouvoir médical et comme pour en garantir sa possession.

L'efficacité de ces stratégies serait évidemment remise en cause par la présence ne fût-ce que d'une seule exception. Aujourd'hui, l'application radicale et étendue de la loi dont nous parlions créerait cette exception, mettant en marche un processus qui pourrait bien réduire à néant la médecine dans la mesure où elle est fondée sur l'hospitalisation et la pratique privée. Faire de la médecine sur le territoire signifie aussi faire un travail qui rencontre de façon plus précoce les conditions de la pathologie, ce qui peut développer considérablement l'activité préventive; cela veut dire aussi faire un travail en collaboration avec plusieurs travailleurs, comme cela est indispensable en raison de la complexité des situations que nous rencontrons. Pour cela il faut valoriser les autres figures professionnelles qui, aujourd'hui, sont dans une position nettement subalterne par rapport aux médecins.

Les résistances auxquelles, nous faisons allusion interviennent justement pour ralentir ou pour empêcher tout à fait le processus d'intégration entre les services psychiatriques de notre territoire et des autres services sanitaires.

LA MISE EN ROUTE

Les débuts de la vie de notre Centre furent caractérisés par la projection sur le territoire de la problématique qui était née à l'intérieur de l'O.P. et dont nous avons parlé dans la première partie de ce livre¹. Comme nous l'avons déjà indiqué dans cet ouvrage, l'objectif initial des nouveaux services psychiatriques du territoire était de lutter contre l'internement psychiatrique. On cherchait de toutes les manières à l'empêcher ou, s'il semblait impossible de l'empêcher, de le rendre le plus bref ou le moins dommageable possible. Un des objectifs de cette lutte est de rompre les liens qui peuvent exister entre les patients et l'hôpital. Ce lien ne se rompt pas de manière automatique avec le simple renvoi à domicile de l'interné.

Avoir été hospitalisé une fois en service psychiatrique facilite les hospitalisations ultérieures. C'est comme si une barrière avait été levée une fois pour toutes au moment du premier internement et qu'une force d'attraction se soit déchaînée au point de pouvoir faire sentir ses effets en permanence sur l'individu. Il est vraisemblable que tous ces faits appartiennent au même ordre de phénomènes que ceux de l'étiquetage de la folie que l'on porte avec soi toute sa vie, une fois que l'internement asilaire vous l'a collé au dos. Il n'est pas rare en effet que les médecins qui doivent motiver, par écrit, la demande d'internement obligatoire à l'O.P. pour leurs patients, écrivent comme justification : « Il a déjà été interné d'autres fois. »

La psychiatrie médicalisante, en incluant de manière automatique tous ces faits dans le concept de « rechute de la maladie », ne tient pas du tout compte de la véritable nature des rapports qui existent entre le patient et l'hôpital. Dans ce va-et-vient entre l'extérieur et l'intérieur de l'hôpital, les forces qui entrent en action sont nombreuses, de la même façon d'ailleurs que cela se passe dans le jeu de balançoire où la poussée vers l'extérieur met en route un mouvement qui se maintient en raison de l'énergie accumulée. L'hôpital est le lieu où le patient est expulsé lorsqu'il refuse l'action des forces d'assimilation, qui agissent là où il vit; mais c'est aussi le lieu où il

1. *Quale psichiatria*, t. I, Edizioni Bolla, Rome, 1980.

se réfugie pour se soustraire à la persécution des forces de son environnement qui visent à l'expulser. C'est encore le lieu où il est attiré grâce à la connivence qui se crée entre la famille et le personnel de l'hôpital. Quand cette connivence reste secrète, il est facile que toutes les actions, qui précèdent l'internement, soient interprétées comme des « rechutes de la maladie ».

Tous ceux qui travaillent à l'intérieur de l'hôpital, et pas seulement les médecins comme on pourrait s'y attendre, et pas seulement les infirmiers comme cela serait encore compréhensible dans la mesure où ils s'occupent des soins des malades, mais encore les employés et les ouvriers deviennent des promoteurs d'hospitalisations grâce à une alliance avec la famille. Ce passage qui se déroule de la famille à l'hôpital est un processus compliqué qui implique de nombreuses personnes et dont il est toujours intéressant de découvrir qui en a pris l'initiative.

Le cas d'une jeune femme psychotique de 27 ans est un exemple des actions de la famille pour arriver à l'internement. Cette patiente manifeste sa pathologie peu de temps après son mariage, ceci en raison du changement d'environnement par rapport à sa famille d'origine, l'arrêt d'un travail pour lequel elle se montrait très habile et où elle était très appréciée et la difficulté encore d'entrer en contact avec son mari et la famille de celui-ci, en raison de la persistance de schémas de conduite assez rigides, héritiers d'une culture paysanne. Un premier internement dans un département de neurologie, malgré une thérapie pharmacologique et une cure d'électrochocs, ne modifie en rien la symptomatologie de la patiente. Son état se détériore encore après la naissance d'un fils. Elle manifeste un détachement progressif par rapport à son milieu de vie. A un désintéret quasi total pour son enfant succèdent des moments où elle ressent un besoin intense de l'avoir auprès d'elle. Le conflit avec son mari devient de plus en plus aigu, dans la mesure où elle refuse de partager le même lit. Elle refuse de manger, s'enfuit la nuit de la maison, devient triste, et son état se dégrade. C'est bien sûr cette situation qui va donner lieu à une déchirure entre les deux familles, celle d'origine et celle dans laquelle elle était entrée par son mariage. Le père de la patiente accuse, en effet, le mari d'avoir rendu sa fille malade, alors qu'il la lui avait confiée saine. Le mari s'en défend en cherchant les racines de la maladie de sa femme dans la vie qu'elle a eue avant son mariage. Ce conflit semble irréparable, même si son intensité connaît des oscillations. Le comportement de la femme tend à l'accentuer. Elle demande en effet d'abandonner la maison de son mari pour retourner dans sa famille; mais elle voudrait avoir son enfant avec elle, ce qui est inacceptable pour les deux parties. Elle ne semble pas pouvoir assurer les soins qu'il faut apporter à l'enfant et, à la maison de son père, il n'y a personne qui puisse s'employer à l'aider dans cette tâche. C'est de cette façon que la patiente, après avoir

passé quelques jours dans la maison de ses parents, retourne chez son mari où la réactivation du conflit la repousse dans la maison du père. Là, chez ses parents, elle trouve de moins en moins de soutien tolérant, tandis que chez son mari elle est ressentie comme une étrangère. C'est à partir de cette difficulté d'accepter cette femme, difficulté partagée par les deux familles, qu'elles vont, en fait, faire alliance : elles entrent en effet la possibilité d'un internement dans un hôpital psychiatrique comme l'unique façon dont elles pourraient se libérer d'un fardeau, toujours plus pesant. Mais chacune des deux familles souhaite que ce soit l'autre qui fasse le pas décisif. En s'adressant toutes deux au service d'hygiène mentale, elles demandaient en fait que ce soit ce service qui prenne l'initiative de cet internement, de façon bien sûr, à ne pas endosser la responsabilité d'une action que, dans l'avenir, l'autre famille aurait pu utiliser comme une preuve de volonté d'abandon de la femme.

Le second exemple se réfère surtout à la question du poids de l'O.P.P. pour favoriser l'internement. Il est quelque peu naïf de penser que l'O.P.P. attire à lui des patients simplement du fait qu'il existe; il a en fait une fonction très active et nullement anonyme. Il y a toujours quelqu'un qui, de l'intérieur de l'hôpital, provoque cette hospitalisation, mais ce n'est que grâce à des circonstances exceptionnelles qu'on peut le découvrir. Ce qui s'est produit récemment dans notre hôpital est exemplaire de cette situation et particulièrement instructif de ce type de mécanisme.

Au cours de la destruction progressive de l'O.P.P., au moment où l'on envisageait la fermeture de deux pavillons de femmes, les Soeurs de l'hôpital, qui travaillaient encore à ce moment comme infirmières chefs, se sont mises à voyager à travers toute la province et ont pris contact avec les familles des ex-internés qui, depuis des années déjà, étaient retournés à leur domicile. Elles ont réussi de cette façon à produire des internements en convainquant quelques femmes qu'elles auraient à l'intérieur de l'O.P.P. des soins plus efficaces; dans quelques cas même, cet internement était présenté comme l'occasion d'effectuer un contrôle médical général qui aurait été, soi-disant, impossible en utilisant les services mutualistes. Elles ont réussi cela, d'une part en culpabilisant les familles pour le peu de soins qu'elles pouvaient apporter à leurs vieillards, en utilisant d'autre part les désagréments que peut présenter le fait d'avoir des personnes peu autonomes à l'intérieur de la maison et en profitant des carences et des limites objectives de l'assistance psychiatrique sur le territoire.

Cet incident curieux peut-il être considéré uniquement comme un événement exceptionnel et comme l'expression d'une ultime et désespérée résistance à la fermeture de l'O.P.P.? Ou plutôt son caractère exceptionnel

ne réside-t-il pas dans le fait que, pour une fois, il fut découvert grâce à l'insertion du service psychiatrique dans le territoire qui a permis de reprendre les Seurs en train de se rendre aux domiciles des anciens internés ? Tournons-nous maintenant vers la prévention de l'internement.

Les interventions qui visent à empêcher l'internement à l'hôpital stimulent les demandes de l'environnement social pour que le contrôle sur le patient, même s'il est à la maison, soit assuré. Les pressions exercées se font de plus en plus fortes, non seulement de la part de la famille, mais aussi de la part des médecins, des autorités, de l'opinion publique pour que le service réalise ce contrôle par des mesures adéquates : il faut alors le surveiller tous les jours, lui administrer des doses suffisantes de psychotropes et apprécier chacun de ses comportements. Ce qui est accepté alors, c'est le principe du changement de contexte de la cure à condition que ne change pas la finalité de ce traitement traditionnellement attribué au service psychiatrique, c'est-à-dire le maintien du patient dans une situation d'isolement qui est la poursuite de la relégation qui était réalisée auparavant dans l'espace de l'O.P.

Un jeune psychotique, qui avait été interné longuement dans un hôpital pour un délire chronique de persécution apparu à la suite de nombreux séjours à l'étranger pour son travail, est renvoyé à domicile et est suivi par le service du territoire. Pour réaliser cet objectif, on prend les précautions indispensables à sa réussite, c'est-à-dire qu'il ait la possibilité d'une certaine autonomie par rapport à sa famille, qu'il dispose d'une certaine indépendance économique et d'une insertion dans le milieu de travail qui lui assure cette indépendance économique. Le bon rapport que notre service entretenait avec les autorités locales a permis de réaliser ce programme. Quelque temps après un début enthousiasmant pour une opération tellement révolutionnaire, puisqu'elle voulait rendre la liberté à un psychotique, le service a été envahi par des pressions de l'environnement et même des administrateurs pour qu'il n'y ait pas moins un contrôle qui soit exercé sur ce patient ; ils ne se contentaient pas de définir ce contrôle de manière générale mais ils en précisaient à la fois les moments et même les instruments qui devaient inclure l'internement en O.P., si la nécessité s'en faisait sentir : il était évident que celle-ci n'était pas évaluée en fonction du patient et de son comportement, mais bien plutôt à partir du type de réaction que la population ou la majorité de celle-ci développe face aux bizarreries du patient (lequel ne s'est jamais montré violent et, à part un laisser-aller quant aux soins de sa personne, n'a jamais montré de signes d'intolérance ou de désordre dignes de perturber la vie en commun).

Grâce à cette confrontation avec la communauté sociale et les forces d'expulsion qui s'y manifestaient, nous expérimentions à nouveau ce que

nous avions déjà vécu au temps de la lutte à l'intérieur de l'O.P. : ce que nous avions connu alors sous une forme épique comme un combat entre institutions et idéologies, nous le vivions aujourd'hui sous une forme qui n'avait rien d'héroïque, puisqu'elle était le résultat des préjugés, de l'incompréhension, de l'intolérance, de la peur, de l'indifférence et de l'hostilité. Quel est le sens de notre travail durant cette période ? De rediscuter patiemment toute la problématique de la folie, là même où se trouvaient ses racines concrètes, en espérant ainsi supprimer cette violence, cette souffrance supplémentaire qui lui sont apportées suite à la stigmatisation du statut de malade et la rupture des relations avec l'environnement consécutive aux conflits qui ont été vécus. Il s'agit d'un travail à contre-courant qui vise à retrouver, au-delà de l'évidence, la plus immédiate, les conditions qui bloquaient l'évolution d'une destinée personnelle.

Au même moment, le C.I.M. faisait des expériences analogues dans d'autres circonstances de travail, c'est-à-dire à l'intérieur de l'école en raison de la présence dans celle-ci d'enfants anormaux ou ayant à faire face à des problèmes de marginalisation ou d'expulsion.

Une question similaire à celle du renvoi à domicile des malades de l'O.P. fut abordée à cette époque avec la réinsertion à l'intérieur de l'école normale d'enfants confinés auparavant dans des classes d'adaptation et dans des écoles spéciales. Notre travail rencontra aussi beaucoup de difficultés à l'intérieur de l'école, en raison surtout de la tentation de reconstruire d'une certaine façon, même sans étiquette mais de fait, des classes différentes des autres où auraient été réunis tous les enfants difficiles au lieu de les distribuer de manière homogène dans toutes les classes ; la difficulté était liée aussi au fait que les enseignants voulaient nous déléguer complètement tout le problème des enfants difficiles en dénaturant ainsi la réinsertion de ces enfants dans l'école de « tous » et en transformant les enfants réinsérés en sujets qu'il fallait tolérer, mais contrôler.

Dans ces circonstances, se trouver du côté des plus démunis ou, selon un autre point de vue, du côté des plus perturbés, a significativement pour nous que nous devenions l'objet de l'agression qui leur est habituellement destinée, mais que nous devenions aussi le lieu de rassemblement de toutes les plaintes et de toutes les craintes qu'on leur adresse en général. Le résultat de tout ceci est que le problème psychiatrique se présentait avec un caractère d'urgence et que le service devait s'organiser en conséquence pour répondre à ce caractère d'urgence. Le plus souvent, cette urgence était

conséquence d'un défi adressé au C.I.M. plutôt que celle d'un élément propre à la situation.

Nous nous sommes ainsi rendu compte que, malgré le nombre élevé de demandes urgentes que nous recevions, nous pouvions considérer que l'intervention d'urgence restait une modalité exceptionnelle d'intervention et que nous ne devions pas y dépendre toute notre énergie, mais que nous pouvions continuer, par contre, à nous pencher sur les conditions qui permettent d'accéder à une plus grande compréhension de toutes les situations dont nous nous occupions. Ce n'est que de cette manière, en continuant à montrer que ces manifestations étaient le résultat d'une négligence, d'une incompréhension ou d'une tentative de négation de situations qui évoluaient depuis longtemps, que nous avons pu démontrer que nous étions capables de faire face au défi et que nous fûmes capables d'intégrer dans notre travail des personnes qui se présentaient potentiellement, au début, comme des opposants. C'est de cette manière que les urgences se sont considérablement réduites parce qu'ils étaient alors en état de les gérer sans avoir, le plus souvent, besoin d'aide extérieure.

Dans l'histoire du C.I.M., cette première phase peut être caractérisée comme celle où nous avons redécouvert les mécanismes de la déviance et de la marginalisation dans un contexte plus large que celui de l'O.P. où, dans un premier temps, cette problématique avait été découverte et affrontée. La lutte qui s'était développée se réclamait donc d'une idéologie anti-institutionnelle et antipsychiatrique. Dans le premier volume, nous avons analysé les racines à la fois humaines et politiques de cette idéologie. Nous avons montré qu'elle naissait d'une expérience de transformation radicale de la vie à l'intérieur de l'asile pour qu'il devienne un lieu vivable de vie communautaire, source de soutien et de consolation pour les patients; elle naissait donc de la réactivation d'un mythe qui est celui de la transformation radicale du « mauvais » en « bon ». Il s'agissait donc d'une idéologie libertaire et libératrice attachée à mettre en évidence dans les institutions tout ce qui pouvait représenter de l'oppression, de la destruction, l'assujettissement et le conditionnement, et tout ce qui, dans la science, était mensonge, instrument d'esclavage et cause de souffrance.

Dans les premières phases de notre présence sur le territoire, cette idéologie de référence était toujours la même et elle fut mise à l'épreuve au contact de situations concrètes. Elle montra son pouvoir de pénétration là où des situations étaient culturellement arrières et où l'absence

de stimuli externes constituaient des obstacles à l'instauration de nouveaux modes de vie en commun. Là, par contre, où dominaient des attitudes de défense active, il n'existait aucune écoute à notre message, ni aux propositions concrètes dont nous étions porteurs.

LA STRUCTURATION DU NOUVEAU CENTRE

Après le premier contact avec la réalité du territoire, le problème qui s'imposait au nouveau Centre touchait essentiellement aux instruments, aux concepts et aux pratiques qu'il fallait utiliser face aux situations particulières. Nous devions, en effet, définir une nouvelle technicité de l'intervention psychiatrique de manière à ce que celle-ci soit un dépassement de la technique traditionnelle fondée essentiellement sur la surveillance du malade mental ; cette nouvelle technicité devait, par ailleurs, être en accord avec les prises de position idéologique de notre groupe selon lesquelles le lieu de référence et d'intervention privilégié doit être le tissu social. La technicité, cela signifie le type d'approche des situations que l'on développe sur la base de ce que l'expérience nous enseigne, avec une certaine stabilité et en même temps une plasticité, ceci afin de rendre compréhensible le projet général que nous poursuivons. La technicité concernait aussi les concepts utilisés pour interpréter une situation, c'est-à-dire une grille de référence doctrinale, bien qu'elle ne doive pas rester rigide et doit même être constamment enrichie et perfectionnée par l'expérience. Et enfin, technicité voulait dire la qualité des actions que nous allons développer pour modifier de l'intérieur, même, la situation affrontée, c'est-à-dire qu'elle concernait l'évolution du processus thérapeutique de tout ce qui l'active et des limites intrinsèques qui peuvent le bloquer ou le retarder.

L'implication politique de notre travail ne donnait pas immédiatement et automatiquement des solutions aux problèmes que nous venons d'indiquer. Même la politique a sa propre technicité (et lui attribuer la valeur d'une technique universelle qui puisse se substituer à toute autre technique est probablement une des naïvetés majeures héritées de 1968). C'est de cette manière que, dans les premières étapes du travail sur le territoire, deux approches techniques se trouvaient confrontées : la technicité politique et celle de la profession psychiatrique. La difficulté de la

confrontation résidait surtout dans le fait que chacune d'elles pouvait se passer de l'autre et cela facilitait considérablement la tendance qui existait au clivage et à l'opposition entre les deux dimensions que nous venons d'indiquer.

D'une façon plus générale, nous nous confrontons au problème de savoir comment il est possible de concilier l'attention que l'on peut porter au social et celle que l'on peut porter à l'individu. Tout besoin individuel n'est pas immédiatement réductible à une besoin collectif; d'un autre côté, le retard apporté, par la réponse collective, aux besoins individuels nous oblige à intervenir pour porter remède à une situation de carence qui n'est plus supportable. Ce conflit technique-politique pouvait cependant être abordé correctement à la lumière d'un principe formulé au cours de cette période, selon lequel l'intervention du service et de tout travailleur devait être techniquement correcte et politiquement inspirée.

La première modification culturelle du groupe de travail produite par cette dialectique technico-politique fut l'abandon de notre conviction quasi inconditionnelle avec le patient. Dans les premières phases du processus de changement, nous nous étions rangés contre tous aux côtés de ceux qui nous apparaissaient comme les victimes innocentes d'un système social mauvais. Cette attitude provoquait la création de liens de type symbiotique avec le patient, qui à la longue s'étaient montrés dangereux et difficiles à dépasser. Ils constituaient, en effet, une limite au développement de son autonomie et donc ils interféraient négativement dans notre volonté d'atteindre un des objectifs que nous nous étions fixés. D'autre part, ils limitaient l'autonomie du service, ainsi que cela apparut clairement quand il fut nécessaire de prendre en traitement un autre membre de la famille, tombé malade.

L'opposition « ami-ennemi » et l'autre qui lui est parallèle « bon-mauvais » empêchaient que la situation ne puisse être prise dans toute sa complexité. Le premier patient qui avait été expulsé de la famille en tant qu'ennemi, y était rentré grâce à l'appui du C.I.M. qui était donc investi de cette même qualité d'ennemi. La deuxième victime du système familial pathologique, le second patient, devait donc passer de la position de mauvais à une nouvelle position de bon malade par rapport au service psychiatrique. Cela introduisait, bien entendu, de nouveaux éléments de conflit que l'on pouvait difficilement gérer. Par ailleurs, la situation de dépendance du patient par rapport au C.I.M., dépendance dont il recevait la force qui lui servait à combattre tous ses ennemis, interférait

négativement avec le succès du processus thérapeutique qui demande une élaboration et un dépassement de la dépendance¹.

La dialectique « victime-coupable » à l'intérieur de laquelle il est si facile de se laisser prendre, est une dialectique morale, c'est-à-dire qu'elle se développe comme l'effet d'un jugement porté sur une situation. Cette attitude a un corrélat politique qui est une condamnation ou une récom-pense, mais il ne s'agit pas d'une dialectique politique. Cette dernière dialectique ne se développe que comme le résultat d'une analyse des positions de pouvoir et d'impuissance et des conflits qui leur correspondent; elle a comme conséquence concrète une redistribution nouvelle des réponses apportées. La dialectique technico-politique se manifestait encore sous d'autres formes. Quand il s'agissait de savoir comment on distribuait nos ressources disponibles entre les diverses tâches à effectuer, il existait de plus en plus une tendance à se sentir attirés par les lieux de vie organisés (l'école, l'usine, le quartier) et par l'action de sensibilisation sur l'environnement (les parents, les enseignants, les syndicalistes, les administrateurs, les entités locales), ce qui entraînait en compétition avec le reste du travail. Ceci nous amenait à ignorer ou du moins à sous-évaluer l'émergence du besoin psychiatrique à l'intérieur d'un individu particulier. La compétition continue qui se déroulait entre les deux tâches se terminait toujours à la faveur de la première, parce que c'est à l'intérieur de cette nouvelle tâche que nous reconnaissons le mieux la nouveauté de notre intervention.

Le choix, que nous ne réussissions pas à faire, nous a été, en quelque sorte, imposé par les circonstances. L'opposition de l'environnement (l'école refusait de remettre en crise sa propre conception du processus éducatif; à l'intérieur de l'usine, il nous était impossible d'affronter le problème de l'organisation du travail) et les difficultés politiques croissantes avec les autorités locales ont atténué notre élan vers l'extérieur et ont remis à une plus juste mesure notre prétention d'influencer efficacement le social. Un plus grand espace fut ainsi laissé aux problématiques de l'individu.

1. Il vaut la peine de souligner combien la dépendance, à partir d'un certain moment, est une résistance, c'est-à-dire un obstacle au processus thérapeutique. C'est ce qui explique l'échec de tout effort thérapeutique dans des institutions totales (prison, hôpitaux psychiatriques) à l'intérieur desquelles la dépendance du sujet à l'institution est totale.

LE DISPENSAIRE

Le dispensaire est l'endroit où les gens s'attendent à rencontrer un médecin et à recevoir la solution à un problème qui a quelque chose à voir avec la maladie. Quand nous avons organisé notre dispensaire comme une des modalités fondamentales de rencontre avec les usagers de notre service, nous savions que nous entrions automatiquement dans ce modèle de rapport. Cela ne nous laissait pas tranquilles parce que nous savions que ce mode traditionnel de rencontre était de par lui-même un obstacle à une rencontre réelle avec le patient. Nous avions appris qu'il était indispensable de briser les rituels médicaux si nous voulions véritablement être utiles et ne pas donner une réponse qui empêcherait la solution des problèmes que l'on nous présentait, plutôt que de la favoriser. Mais nous nous rendions aussi compte que cette position critique n'était pas facilement compréhensible par les usagers. Elle pouvait leur apparaître abstraite alors qu'elle nous paraissait raisonnée, concrète et évidente.

Il fallait donc que notre service se présente comme un service différent de tous les autres, mais aussi que cette diversité ne se traduise pas par une incompréhensibilité qui en rende plus difficile l'utilisation. Notre objectif était de la rendre accessible et même plus accessible que d'autres dispensaires spécialisés, qu'ils soient privés ou des mutuelles. Ce qui favorisait considérablement l'accessibilité de nos services est le fait que le Centre se situe à la périphérie de la ville, qu'il est gratuit et ouvert au moins douze heures par jour. De plus, il n'est pas indispensable d'avoir une autorisation ou d'effectuer une démarche administrative pour nous consulter.

Ainsi le dispensaire de notre service psychiatrique tend à ressembler plus à un service médical et assistantiel de premier niveau. Les usagers y arrivent à travers des filières qui, dans la grande majorité des cas, ne sont pas médicales, ce qui explique le rapport direct qui s'établit avec le service. Cela représente certainement un avantage pour les usagers. Celui-ci fait cependant un certain saut dans la psychiatriation. Il

grâce à des prescriptions de différents médecins et de spécialistes et que le patient combine un peu à sa guise, ce qui ne va pas sans risque¹.

Quelle est la première tâche que le groupe doit affronter lors de ce premier contact avec le patient ? La première des tâches est souvent la nécessité de reconstruire une histoire psychiatrique sous laquelle la vie réelle du patient semble être ensevelie. Nous avons l'impression que, si cette histoire est reconstruite par un travailleur non médecin, les chances de faire apparaître une parole personnelle à la place d'une parole stéréotypée et conditionnée par les symptômes sont plus grandes.

Dans cette recherche d'authenticité du rapport entre l'usager et nous, en cherchant à saper les effets de la pratique médicale habituelle, nous avons réalisé un autre pas significatif en utilisant la salle d'attente plutôt que la salle de consultation comme lieu de rencontre entre le travailleur et l'usager. Dans la salle d'attente, en effet, on peut très bien observer comment les gens gèrent leurs propres sentiments par rapport à l'événement que constitue une consultation médicale (que ce soit la dépendance, l'espoir, la peur ou l'opposition) ; on peut aussi voir comment il vit et élabore tout ce qui tourne autour de cette consultation (le voyage, l'attente, la discussion, la place des psychotropes) ; on peut aussi observer comment tout cela s'exprime et se modifie au sein d'un contexte collectif dont font partie à la fois les personnes qui l'accompagnent et les autres usagers.

Qu'est-ce qui nous a donc poussés ainsi vers la salle d'attente ? Lorsque fut promulgué le règlement des C.I.M., nous ressentîmes la nécessité de discuter ce règlement avec les gens qui venaient nous consulter au dispensaire, c'est-à-dire de discuter de la finalité et des caractéristiques du service. Cette démarche exprimait notre volonté d'associer étroitement à notre nouvelle pratique psychiatrique une information correcte à son propos dans le but non seulement d'éviter les malentendus, mais aussi d'empêcher que ne se creuse un fossé que l'on pourrait difficilement combler, par la suite, entre les nouvelles expériences et les vieux modèles d'intervention qui influençaient encore les demandes et les attentes que l'on pouvait avoir par rapport à une intervention psychiatrique. Le fait de se trouver ainsi à l'intérieur de la salle d'attente nous a permis de mettre en évidence les réalisations des rapports thérapeutiques et les processus de psychiatrie à leur état naissant, de nous interroger aussi sur l'effet des paroles utilisées dans la consultation psychiatrique ; nous avons pu aussi constater

1. La méthodologie adoptée est la suivante. Un ou deux travailleurs non médecins voient un nouveau patient qui n'est vu par la suite par un médecin que si cela est nécessaire. Ce cas est ensuite discuté en groupe. Le patient est toujours instruit de cette procédure.

est un fait que le rapport avec le médecin est, encore actuellement, marqué par une dépendance totale et organisé pour traduire en termes médicaux (c'est-à-dire de maladie et de cure) toute forme de souffrance psychique.

Disons d'emblée que cette façon d'utiliser directement un service psychiatrique n'est pas exempte de danger. Les mécanismes de psychiatrie, qui entrent en action avec tout jugement médicalisé, qui à son tour les confirme et les renforce, sont largement présents dans la population et sont très puissants dans le contexte social si bien qu'ils influencent l'autodiagnostic qui précède la demande d'intervention à notre service psychiatrique. Cela signifie que, tout au moins au début, les rapports avec le service sont considérés comme peu importants ou qu'ils n'apparaissent pas comme très utiles pour la solution du problème, comme cela se passe, d'ailleurs, quand une demande de confirmation d'une maladie s'exprime. Le besoin de construire une dépendance pour se protéger et se rassurer conduit le patient à réduire la rencontre avec le service à une demande de psychotropes, considérant que le service est un dispensateur intarissable. Il en résulte un danger dans la mesure où cela occulte le véritable besoin et empêche toute évolution possible. Le service a essayé de modifier ses propres prestations pour protéger l'usager de ces dangers. Cela s'est réalisé grâce à une gestion essentiellement non médicale, dépsychiatrisante et essentiellement collective.

Pour que cette *gestion non médicalisante* se concrétise, nous avons mis en place deux conditions : que le patient soit dans un premier temps reçu par un travailleur non médecin ; que l'analyse du cas ne soit pas faite par un seul d'entre nous, mais soit bien le résultat d'un travail de groupe. Deux circonstances, cependant, justifient la présence d'un médecin à l'intérieur de ce groupe de travail : la première est lorsqu'il convient d'évaluer l'existence éventuelle de troubles d'origine organique qui seraient attribués, par erreur, à des troubles psychiatriques (maladies non diagnostiquées et interprétées comme hypochondriques ; maladies chroniques à qui on donne l'étiquette de psychosomatique) ; la seconde est le recours à la prescription de psychotropes.

La première éventualité représente environ 50 % des patients qui ont eu recours à notre service de consultation, qui est donc devenu en quelque sorte un service médical suppléant qui pallie aux carences de la médecine de base. La seconde de ces circonstances concerne essentiellement l'évaluation de l'utilisation et des effets des médicaments que le patient absorbe déjà quand il arrive chez nous, médicaments qu'il reçoit

que la consultation était aussi utilisée comme une réassurance spécifique mais aussi que c'était une erreur de vouloir dépsychiatriser la demande de façon trop rapide, c'est-à-dire de définir dans des termes non psychiatriques le besoin du patient sans tenir compte des conditionnements culturels et personnels.

Ce qui se passait dans la salle d'attente nous paraissait être beaucoup plus vivant que ce qui pouvait se produire en consultation : la situation de groupe permettait une expression plus libre des sentiments et des expériences. Notre présence dans la salle d'attente se transforma ainsi en un travail d'animation. Il s'agissait non pas d'inventer des choses nouvelles et des techniques sophistiquées, mais seulement d'activer ce qui se réalisait spontanément entre le patient et les accompagnateurs par le seul fait de se trouver dans la salle d'attente.

Cette expérience a confirmé notre conviction qu'il était nécessaire de travailler à réduire le caractère artificiel de la situation de consultation et le nombre de barrières qui se dressent inévitablement entre une demande et les prestations du service (barrière dont nous ne parvenons à avoir conscience qu'à certains moments privilégiés).

Comme nous l'avons déjà dit, quand les patients qui ne sont pas trop graves, viennent à notre dispensaire, ils ont déjà un modèle assez rigide de la situation de besoin ou de maladie dans laquelle ils se trouvent, cadre auquel ils se réfèrent pour faire leur demande, pour sélectionner et faire entrer leurs symptômes dans ce cadre et pour entrer en relation avec le travailleur (médecin ou non) qui s'occupe de lui. Ceci ne veut pas dire que les patients plus graves n'ont pas ce modèle, mais qu'ils sont amenés par d'autres et qu'alors c'est le modèle des accompagnateurs qui se manifeste ; ou bien ce modèle est relativement difficile à explorer en raison de l'absence d'une conscience de morbidité.

La grande majorité de tous les usagers du dispensaire est fortement psychiatisée, c'est-à-dire qu'ils sont centrés sur le symptôme, si bien que tout le reste de l'existence en est dévalorisé ; ils ont conscience de leur état de malade et ont une forte dépendance par rapport au médecin ; ils s'attribuent l'étiquette médicale d'épuisement nerveux ou bien l'étiquette psychologisante de conflit intérieur ; ils vivent une situation d'infériorité personnelle et sociale ; ils se sentent incapables de changer si ce n'est grâce au résultat d'un acte miraculeux qui ne peut venir que de l'extérieur sous forme du « médicament juste » ou bien du « bon conseil ». Il est évident que le modèle psychiatrique auquel ils font référence contribue à empêcher toute modification ; il convient d'atténuer ce modèle dans la mesure où il

empêche le patient de développer des expériences nouvelles et non répétitives.

Nous avons affaire là aux modèles culturels grâce auxquels la souffrance psychique et les difficultés personnelles et interpersonnelles, qui leur sont associées, sont élaborées de façon à permettre de demander de l'aide pour obtenir un changement dans sa propre réalité. Ce processus n'est pas le fruit d'une décision abstraite, mais est inscrit au sein même du conflit interpersonnel existant et est donc largement conditionné par les sollicitations que le patient a subies de la part de son entourage. La psychiatisation du sujet, mise en route par l'introduction d'un diagnostic et confirmée par l'instauration d'une thérapie², devient donc un élément déterminant de la nouvelle organisation des rapports interpersonnels du patient en créant une situation dont il retire, bien entendu, quelques avantages comme malade (c'est-à-dire le droit à être soigné, assisté et toléré) mais qui comporte aussi quelques désavantages substantiels (la déresponsabilisation, l'infériorisation, la marginalisation).

Cette condition de « malade » fait partie de la personnalité même du patient lorsqu'il se présente au dispensaire, et il est nécessaire qu'on prenne soin de lui à partir de l'examen de cette condition. C'est à l'intérieur d'elle que se nouent des éléments qui sont soit la conséquence du statut de malade, soit des éléments qui appartiennent à la condition de malade, soit des éléments qui font partie de la motivation à la cure. Il est extrêmement important de pouvoir déterminer la prévalence de l'un ou de l'autre de ces éléments afin de bien choisir le type d'intervention que l'on va opérer. Il peut se produire, en effet, que la demande de thérapie soit une demande qui vise en fait à provoquer des réactions : c'est par exemple le cas lorsque le patient cherche à trouver des conditions qui poussent son entourage à donner des réponses plus gratifiantes à ses demandes. Cela peut être au contraire une demande subie par le patient, lorsqu'elle lui est imposée par exemple par son conjoint qui le menace de ne pas continuer la vie en commun que les incidents répétés et variés rendent extrêmement difficile et précaire. Dans ces deux cas exemplaires, il faut considérer que la motivation à la cure est pure motivation de façade et qu'elle recouvre une forte résistance au changement et au traitement : on peut considérer, en effet, qu'il n'existe aucune motivation au changement aussi longtemps que cette demande de traitement vise à utiliser la personne qui soigne comme un moyen de bloquer les conflits à l'intérieur desquels le patient est

2. Cf. « Le rite thérapeutique », in Carlo Brutti, Francesco Scotti, *Psichiatria e Democrazia*, De Donato, Bari, 1976.

impliqué. Car alors, en effet, on demande surtout au thérapeute de faire la paix, de jouer un rôle de justicier ou de défenseur, ou d'être un nouvel instrument d'agression.

Il faut noter cependant que, même en l'absence de ces circonstances un peu grossières, l'état de besoin du patient ne peut pas s'exprimer sans certaines médiations et que cet état s'exprime à travers le filtre des modèles culturels au sein desquels sa conception fondamentale de la vie s'exprime. C'est de cette manière que les modèles culturels influencent directement les motivations des patients à entamer un processus thérapeutique et les demandes qui sont adressées au service psychiatrique comme agent de guérison.

L'analyse des modèles intériorisés est complexe et demanderait de plus amples précisions d'ordre méthodologique et philosophique, ce qui débordé largement le cadre de ce travail. Nous nous contenterons donc de proposer ici à titre exemplatif un schéma issu d'un travail d'observation effectué avec des groupes de travail sur le territoire. Il est fondé sur des catégories de pensée à structure polaire :

1. Évaluation de sa propre expérience (dans le rapport avec les autres). Sain-malade, bon-mauvais, innocent-coupable, désir-peur, persécutéur-persécuté.
2. Tentative d'organisation de l'existence personnelle dans son rapport avec l'organisation scientifique du monde. Corps-psychisme, force-faiblesse, volonté-faiblesse, conscience-inconscience, unité-clivage.
3. Le rapport que l'on entretient avec la nature (et avec ce qui change et ce qui ne change pas). Immédiat-médiat, vivant-mort, animé-inanimé.
4. Rapport au social (conditionnement proprement humain). Autorité-dépendance, satisfaction-besoin, rôle masculin-rôle féminin, rôle parental-rôle filial, individualisation-altruisme, personnalisation-relation anonyme, ce qui est personnel-ce qui appartient à l'autre.

Il existe des modèles typiques qui sont fonction du statut social et de l'âge des patients (ce qui ne constitue naturellement pas les seules variables représentées). La combinaison de ces différentes catégories de modèles culturels pousse dans certains cas les patients à faire une demande de type psychopharmacologique plutôt que psychothérapeutique ou les pousse encore à demander une hospitalisation plutôt qu'un traitement ambulatoire.

VISITE À DOMICILE

Depuis le temps de la communauté thérapeutique, le fait de se rendre au domicile du patient, soit pour en favoriser la réintégration ou pour vérifier, par contre, qu'il n'existait effectivement aucune possibilité de retour chez lui, constituait une modalité d'intervention psychiatrique particulièrement utile, si bien qu'elle devint un élément caractéristique des prestations effectuées par le C.I.M. Dans la réalisation de ces visites au domicile, nous nous sommes efforcés de nous tenir à l'écart de deux modèles que ce travail à domicile peut évoquer : d'une part, l'hospitalisation à domicile et, d'autre part, la psychothérapie familiale. Ceci ne veut pas dire, bien entendu, que nous soyons toujours parvenus à atteindre cet objectif.

Nous pouvons seulement dire que nous avons beaucoup trop de préventions par rapport à toute forme d'hospitalisation que pour pouvoir considérer d'une manière positive celle qui pourrait se faire à domicile comme positive, et nous avons suffisamment de sens critique pour ne pas considérer qu'une thérapie familiale doive être envisagée, partout et tous les jours, lorsque l'on cherche à intervenir sur l'ensemble du noyau familial. Nous n'avons évidemment pas l'intention de déplacer l'intervention hospitalière, qui est une prestation éminemment médicalisante et de surveillance, au cœur du domicile du patient. Cette intervention risquait en effet de transformer la famille en appareil d'assistance au patient : cela tend en effet à mettre le patient sous l'autorité exclusive de cette famille et il ne reste plus au travailleur psychiatrique que d'être « le bras séculier » d'une famille qui tend à conserver, au patient, son statut de malade.

Il existe toujours une ambivalence dans les rapports entre le patient et sa famille ; ambivalence que l'hospitalisation à domicile tend à supprimer en mettant le patient « au lit », même si c'est dans son propre lit et en transformant les parents en infirmiers. Le conflit existant est alors résolu à l'avantage de la famille. D'un autre côté, ce type de pratique rend extrêmement aléatoire l'intervention psychothérapeutique sur la famille, parce qu'elle prive celle-ci des conditions de base à l'établissement d'un

travail psychothérapeutique. Elle supprime, par exemple, la possibilité de l'apparition d'un sentiment de responsabilité dans l'apparition du trouble du patient chez les membres de la famille. Une intervention psychothérapeutique suppose, par ailleurs, l'acceptation d'un certain degré d'égalité entre les personnes qui y sont impliquées. Ces conditions ne se réalisent jamais dans les moments d'urgence où les manifestations psychopathologiques provoquent une demande d'intervention.

Mais quand donc et pour qui effectuons-nous des visites à domicile ? On effectue ces prestations pour quiconque a des difficultés à venir consulter de façon ambulatoire. Ces difficultés peuvent être liées à l'âge, à l'état de santé, à l'absence de moyen de communication, mais encore éventuellement suite à une impossibilité psychologique de s'éloigner de la maison ou d'entrer à l'intérieur d'un local toujours qualifié de psychiatrique. Nous effectuons aussi ces prestations dans toutes les circonstances où il nous paraît opportun de contacter, outre le patient, tous les membres de sa famille, les voisins et l'environnement en général. C'est le cas, par exemple, pour toutes ces demandes d'interventions psychiatriques qui se font dans un climat d'urgence.

- Au-delà de son aspect d'urgence et d'assistance qu'elle peut apporter, la visite au domicile nous a permis de découvrir un espace original de travail qui permet à la relation qui s'instaure entre le travailleur, le patient et son environnement, de se dérouler dans une perspective véritablement thérapeutique. C'est ainsi que nous avons pu constater que, pour quelques situations particulièrement graves, on n'aurait pas pu trouver d'autre espace pour réaliser une rencontre thérapeutique en dehors du milieu de vie.

Nous voulons parler, en effet, de toutes ces situations où la rencontre dans un milieu hospitalier ou même à l'intérieur d'un C.I.M. constituait un fait, en dernière analyse, une violence exercée par les travailleurs psychiatriques, non pas tant parce que le patient refuse cette rencontre, mais plutôt parce qu'il veut réaliser cette rencontre dans un milieu où il se sent protégé et en quelque sorte avantagé par rapport à ces travailleurs dont il réclame l'aide mais dont il craint le pouvoir. On peut dire aussi qu'il craint le langage des intervenants psychiatriques dans la mesure où il représente un des instruments de leur pouvoir ; et ceci surtout s'il ne possède pas un langage qui lui permet de rivaliser avec eux. Ce type de personne semble posséder un langage qui, pour pouvoir se déployer, a constamment besoin de faire référence aux objets de la vie quotidienne.

C'est ainsi qu'il nous a été donné de rencontrer un jeune schizophrène qui, lorsque nous le rencontrons en consultation ambulatoire, restait complètement mutique et semblait se désintéresser totalement de la présence du travailleur psychiatrique. Lorsque, par contre, on le rencontrait au domicile, il accueillait la personne qui se rendait chez lui avec des signes évidents de contentement. Il éprouvait chaque fois le besoin de nous montrer les ustensiles qu'il utilisait et nous expliquait abondamment comment il les utilisait : ce n'est qu'après avoir reçu une longue leçon de petite technique agricole et lorsqu'il était sûr que nous l'avions compris, qu'il était capable de parler de sa santé et de la situation de sa famille. Nous avons l'impression de nous trouver là face, non pas à une caractéristique de la schizophrénie, mais face à un problème de communication entre des modèles culturels différents. Communication qui ne réussit véritablement que si elle est égalitaire, et si on construit un modèle de traduction d'un langage à l'autre dont chacune des parties a la possibilité de vérifier la traduction. Nous avons eu l'impression que la présence de tous ces ustensiles agricoles, que le patient rassemblait autour de lui pour entrer en communication, étaient un élément essentiel à sa communication, que c'était un élément structurant son propre mode de communication. Ces objets devenaient de véritables paroles, ou bien représentant le sens des paroles grâce auxquelles le patient organisait son propre discours. C'est de cette façon que nous avons découvert de nouveaux horizons à l'intérieur desquels il était possible de mettre en marche un rapport thérapeutique efficace, fondé sur la liberté et l'égalité du patient par rapport à l'intervenant. Toute forme d'asymétrie irremédiable ou oppressive, même si elle est involontaire, rendrait ce rapport impossible (même si cette asymétrie naît d'une culture dominante par rapport à une culture non compétitive).

C'est à la suite de cette intervention que nous avons pu mettre en évidence des règles à l'intérieur desquelles la visite au domicile doit se maintenir.

Cette visite au domicile a pour objectif minimal d'empêcher que la marginalisation du malade représente l'unique façon de résoudre un conflit à l'intérieur du noyau familial. L'objectif maximal est d'aider le patient à atteindre une autonomie par rapport à son groupe d'appartenance quand la dépendance objective et subjective constitue un élément de la maladie ou de la souffrance. La visite au domicile doit se présenter comme une rencontre humaine et non pas comme l'expression d'une pratique routinière et mécanique.

Il est nécessaire, en outre, que cette rencontre au domicile soit faite toujours par le même travailleur, suivant un rythme de rencontres convenu à l'avance avec le patient et auquel il faut se soumettre de façon très stricte.

S'il existe là un risque de ritualisation, il ne peut être dépassé que si le travailleur a conscience que le rythme de rencontres crée une trame qui permet à l'espace et au temps du patient de s'organiser, et que cela constitue un apport considérable aux possibilités qu'on lui offre de dépasser sa confusion interne. Le travailleur devra éviter toute interférence pouvant perturber le rapport qu'il entretient avec le patient (par exemple aller en visite avec d'autres travailleurs ou en ne contrôlant pas de façon adéquate la manipulation dont il peut être l'objet de la part d'un membre de la famille du patient). Le travailleur devra se proposer au patient comme « un objet que le patient pourra utiliser » pour faciliter sa propre évolution ou, tout au moins, pour empêcher que tout ce qui pourrait entraîner une désorganisation du Soi n'entre en action.

Nous devons toujours considérer qu'il s'agit là d'une intervention extrêmement complexe et que nous devons tout faire pour dépasser cette modalité d'intervention et favoriser la mise en place de modalités de rencontre et de rapport plus simples. Nous devons, par exemple, toujours travailler et insister pour que le patient vienne chez nous. Mais, malgré toutes ces précautions, l'intervention au domicile court toujours le risque d'être une intervention non désirée, non acceptée, et ceci pas seulement dans des phases initiales du travail où il n'apparaît pas scandaleux que nous offrions plus que ce qui est demandé. L'absence de motivation du patient à la cure ne constitue pas un élément qui dispense de tenter de manière répétée d'entrer en contact avec lui. Mais nous devons toujours rester capables de nous poser le problème de savoir si notre intervention n'est pas une intervention imposée, surtout lorsqu'il y a une absence persistante de motivation du patient à la cure; ou bien si nous arrivons à travailler avec ce rien de motivation que le patient peut réussir à récupérer dans un milieu qu'il connaît et à l'intérieur duquel il se sent aussi protégé contre nos tendances agressives cachées.

L'UTILISATION DES PSYCHOTROPES

L'utilisation des psychotropes est l'élément essentiel qui, aujourd'hui, entraine le plus la pratique psychiatrique à l'intérieur de la médecine traditionnelle, bien que par d'autres aspects elle tend à s'en éloigner. D'un autre côté, cet éloignement, qui s'accompagne de la construction d'une méthodologie de travail originale, restera cependant inconsistant si la réponse pharmacologique demeure la réponse la plus fréquente apportée aux besoins psychiatriques. C'est à partir de cette constatation que la perspective de changer la nature même des services psychiatriques peut apparaître tout à coup lointaine, sinon peut-être irréalisable.

L'utilisation des médicaments définit de manière immédiate et irréversible la nature du problème; cette utilisation renforce l'attention que l'on porte aux organes corporels, et la figure du médecin acquiert une valeur dominante à cause du pouvoir qu'il a d'ouvrir ou de fermer la porte à la souffrance psychique, mais aussi à la vie. Toute parcelle de la situation psychiatrique, qui aurait pu encore rester ouverte au champ du politique, du social ou encore tout simplement à celui de la relation interpersonnelle, est occultée et chassée. C'est pour ces raisons que nous doutons que des progrès puissent encore survenir dans l'assistance psychiatrique si l'on s'appuie, pour les atteindre, sur les psychotropes.

D'un autre côté, la recherche psychopharmacologique apparaît stagnante et, après une décennie de succès souvent retentissants, nous nous trouvons dans une période pour laquelle de nouveaux progrès ne sont pas en vue, mais aussi et surtout dans une période où l'on peut mettre en évidence de façon de plus en plus claire les dommages et les limites de la thérapie psychotrope. Cette révolution psychopharmacologique a certainement contribué à réduire à la fois la durée et l'importance des internements hospitaliers. Elle a certainement aussi alimenté tout un espoir de curabilité de nombreux types de maladies. Mais il ne s'agit pas d'un processus destiné à se développer de manière indéfinie. La limite des retours à domicile des patients chroniques, grâce au traitement psychotrope, est rapidement atteinte. Dans de nombreux cas, il faut bien constater que le

patient n'est sorti d'une situation de maladie psychique qu'à la seule condition d'entrer dans une situation de maladie organique entretenue par les médicaments, pour laquelle il doit, pour longtemps et parfois indéfiniment, être soigné.

De manière plus fréquente, il nous est arrivé de soigner et de guérir un patient en conseillant la suspension de l'utilisation des psychotropes que celui-ci prenait depuis des années et dont les effets se manifestaient sous la forme d'asthénie, d'angoisse, de dépression, d'impuissance, d'obésité, de tachycardie, d'hypotension artérielle, d'aménorrhée, de somnolence, de rétention urinaire et de parkinsonisme. Nous avons, parallèlement à cela, vu augmenter de façon considérable les demandes d'interventions psychiatrique dues à un usage erroné des psychotropes qui, parfois, faisait éclore de véritables syndromes psychotiques beaucoup plus graves que ceux pour lesquels ils avaient été utilisés.

L'utilisation des psychotropes est aujourd'hui l'instrument le plus puissant pour psychiatriser n'importe quelle souffrance, difficulté ou état de maladie de n'importe quel patient. Indépendamment de la motivation pour laquelle il a été prescrit, l'utilisation d'un psychotrope tend à renforcer chez le patient et les personnes qui s'en occupent l'idée que sa souffrance est purement « subjective » et donc le résultat d'une erreur interne qui doit être corrigée. C'est à l'intérieur de cette logique qu'entrent sans cesse de nouvelles catégories de personnes : toutes les personnes qui présentent des maladies psychosomatiques, les patients dont la maladie physique n'a pas été diagnostiquée et qui sont donc considérés comme des hypocondriaques, mais encore les enfants qui présentent des difficultés de socialisation et d'apprentissage scolaire. Une information correcte sur les psychotropes, adressée aux médecins et aux patients, peut, dans une certaine mesure, limiter ces excès mais ne paraît pas suffisante à transformer cette logique dominante.

Par ailleurs, nous avons encore appris, grâce à notre expérience de travail ambulatoire, que les patients arrivent bien souvent à se défendre eux-mêmes. Plus de la moitié, en effet, ne respectaient pas la médication prescrite et considéraient que la prescription constituait seulement un moment nécessaire de la thérapie parce que, pensaient-ils, le médecin ne pouvait faire à moins. On ne pouvait absolument pas distinguer les patients qui prenaient la médication, de ceux qui la suspendaient ou qui la négligeaient totalement, quant à leur évolution thérapeutique.

Il existe donc suffisamment de raisons, à la fois de principe et acquises par l'expérience, pour estimer qu'il est erroné de vouloir fonder une

nouvelle pratique psychiatrique sur l'usage exclusif des psychotropes. L'augmentation de la consommation des psychotropes se traduit par une espèce d'« asilation » du territoire, c'est-à-dire qu'il se produit alors une extension de la pratique autoritaire, répressive, paralysant les expressions individuelles et le développement personnel, phénomènes qui auparavant étaient confinés à l'intérieur des murs de l'O.P. D'un autre côté, nous nous demandons également si cette espèce de norme de l'antipsychiatrie, qui bannit les psychotropes, a jamais eu quelque existence réelle et véritablement radicale. Nous nous référons ici non pas à l'abus¹ de médicaments, mais à l'usage habituel qui s'adresse à toute entité morbide. Il est vraisemblable que cette norme exprime plus une ligne de tendance qu'un objectif qui peut être objectivement atteint aujourd'hui.

En ce qui concerne notre expérience, nous devons bien reconnaître que nous n'avons jamais réussi à assumer une attitude totalement radicalement par rapport à l'usage des médicaments. Nous avons toujours continué à les prescrire, au début avec de grands espoirs, ensuite avec scepticisme et enfin avec un sentiment de culpabilité. L'unique objectif qui nous a paru réalisable est la condamnation de l'utilisation des psychotropes sédatifs pour une contention chimique du patient. D'un autre côté, notre sentiment de culpabilité était atténué par le fait que nous nous trouvions la plupart du temps dans l'incapacité de fournir au patient une prise en charge globale à l'intérieur d'un milieu suffisamment permissif et non punitif, qui aurait été capable de consentir à la régression et à l'expression même de l'agir psychotique et qui, d'autre part, n'aurait pas été séparé de la vie quotidienne, ceci durant un temps suffisamment long pour nous permettre d'observer des modifications substantielles dans les manifestations d'une maladie psychotique grave comme une schizophrénie chronique.

Notre embarras a atteint son acmé lorsque nous nous sommes trouvés confrontés à des patients psychotiques qui, tenus jusque-là à l'écart des médicaments, réclament tout d'un coup la prescription de ces médicaments pour être protégés et défendus contre leur psychose. Ils critiquaient évidemment le fait qu'au nom de la liberté d'expression et à cause de nos doutes concernant la valeur thérapeutique des médicaments, ils étaient contraints de voir se laisser développer en eux toute une série de manifes-

1. En ce qui concerne l'abus de psychotropes, on enregistre de plus en plus des positions fortement critiques issues de nombreuses études faites dans une perspective traditionnelle, études qui soulignent de plus en plus souvent les risques psychologiques, les dommages organiques, la dépendance que ces médicaments suscitent et qui affirment par contre que l'utilité des psychotropes, dans de nombreux cas, n'est pas toujours prouvée.

tations dont ils devaient par la suite constater les conséquences négatives sur leurs rapports à l'intérieur du milieu de travail ou de la famille.

A partir de toutes ces considérations, il paraît évident que si dans la pratique psychiatrique nous avons, dans de nombreux cas, suspendu l'administration de psychotropes, nous ne l'avons pas fait en fonction de questions de principe relativement abstraites, mais bien parce que nous y fûmes contraints par les faits : les médicaments, en effet, ne modifiaient pas de façon substantielle la symptomatologie, parce qu'ils provoquaient des effets indésirables, insupportables pour une vie de travail. Nous les avons supprimés aussi parce qu'ils pouvaient se révéler dangereux pour la santé physique des patients ou encore parce que ceux-ci les refusaient. Une autre condition dans laquelle nous avons aussi supprimé les médicaments est que nous nous trouvions parfois face à des situations psychiatriques tellement importantes qu'il nous était impossible de choisir entre les différents protagonistes qui pouvaient faire l'objet d'un traitement médical.

Il ne nous reste plus qu'une pratique fondée sur l'empirisme et qui essaye de se débarrasser le plus possible de tous les préjugés ; l'unique norme de référence de cette pratique est la suivante : *le nombre minimal de médicaments aux doses les plus basses et pour le temps le plus réduit possible.*

Cette règle exclut évidemment l'utilisation aspécifique et purement sédatrice des psychotropes, mais elle permet l'utilisation de certaines des substances psychotropes qui ont montré une activité spécifique sur quelques syndromes individuels. Nous devons immédiatement dire que cette norme serait tout à fait arbitraire et, de notre point de vue, n'aurait aucun sens si elle se limitait simplement à fournir des restrictions : si elle consistait donc en quelque sorte en une pure et simple omission de traitement. C'est ce qui se passerait si le rapport thérapeutique se limitait à la prescription de psychotropes et qu'il négligeait, par ailleurs, toutes les autres interactions verbales et émotives, ainsi que toutes les actions qui peuvent permettre de soutenir et de rendre plus autonome le patient.

L'utilisation des psychotropes interfère de façon directe ou indirecte sur toute activité mentale ou physique d'une personne, ceci en modifiant une fonction, en la déprimant ou en l'exaltant. Cela produit indirectement une zone d'incertitude qui donne racine à toute une série de significations les plus diverses quant à ce qui se passe. Tout, en effet, est vécu comme une transformation mystérieuse du corps et du psychisme, mais qui n'est pas comprise nécessairement comme produite de l'extérieur, mais en fonction d'une dissociation possible entre l'esprit et le corps, comme une évolution de l'état de santé interne (une évolution dont le patient se sent donc

responsable). Il convient donc d'éclaircir tout ceci avec le patient, de l'aider à distinguer ce qui lui arrive en raison de la prescription des médicaments (c'est-à-dire la façon dont ceux-ci agissent et modifient ses expériences émotives et corporelles au-delà des modifications de la vie psychique et relationnelle). Il convient de distinguer avec lui ce qui dépend de ses intentions personnelles, des modifications dues aux médicaments, mais aussi de trouver avec lui ce qui est le résultat d'un processus de transformation interne et autonome de sa vie propre. Ce type de clarification est particulièrement important pour les patients en psychothérapie quand ils établissent d'eux-mêmes un équilibre entre l'utilisation de la psychothérapie et l'utilisation de médicaments. Cette utilisation des médicaments révèle en fait l'impossibilité pour ces patients d'introduire de façon suffisante les instruments qui pourraient leur procurer la psychothérapie dans la gestion de leur vie quotidienne.

Ce n'est évidemment que sur la base d'une distinction entre la psychothérapie et la pharmacothérapie qu'il est possible d'éclaircir le processus thérapeutique. Le but ultime de tout processus thérapeutique n'est pas la dépendance du patient, mais sa liberté. La prescription conjointe des psychotropes et de ce que l'on appelle la psychothérapie se fait sous le signe de la dépendance : les psychotropes sont alors prescrits pour permettre le contact médecin-patient de se poursuivre, contact qui, alors, ne peut avoir que la signification d'une surveillance. La psychothérapie se réduit à tenter de persuader le patient de prendre ces psychotropes. A l'intérieur de cette logique, la psychothérapie devient en quelque sorte un excipient supplémentaire aux médicaments : c'est bien alors quelque chose qui édulcore la pharmacothérapie et non quelque chose qui pourrait rendre possible un processus vraiment thérapeutique.

L'action thérapeutique, par contre, est totalement séparée de la pratique médicale ; cette action thérapeutique est intimement liée à tout rapport humain qui peut avoir une valeur significative pour l'individu. L'utilisation des psychotropes n'est ni le but, ni l'instrument de la psychothérapie.

C'est toujours à une interférence dans la relation thérapeutique que l'on a recours quand la relation thérapeutique entre en crise. A l'intérieur de ces moments de crise, l'utilisation des médicaments, qu'elle soit demandée par le médecin ou par le patient, a valeur d'une attaque contre le processus thérapeutique fondamental.

Mais cette utilisation a aussi une valeur positive dans la mesure où elle permet de ne pas interrompre un rapport thérapeutique même si, dans une

certaine mesure, les médicaments l'atténuent ou le congèlent. C'est à l'intérieur du processus thérapeutique que l'expérience psychopharmacologique doit être élaborée : sinon, cette expérience constituera inévitablement un obstacle à tout progrès ultérieur.

9

VERS L'ORGANISATION D'UN SERVICE A VISÉE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE

Dans les chapitres précédents, nous avons décrit l'anéantissement progressif de quelques-unes des techniques de travail psychiatrique. Dans le premier volume, nous avons déjà parlé de l'abandon progressif de l'hospitalisation psychiatrique. Nous parlons ici de techniques pour indiquer qu'il s'agit d'instruments qui peuvent être utilisés sous des normes de référence diverses et complexes, mais dont la nature fondamentale ne peut être changée et dont les effets sont dus justement aux caractéristiques de cette nature propre.

C'est ainsi, par exemple, et quelles que soient les innovations que l'on peut introduire, qu'il est impossible d'empêcher que l'hospitalisation en O.P. n'agisse pas *via* une séparation, une interruption de la continuité de l'existence ou que cela implique aussi de devoir faire confiance à des étrangers. C'est ainsi que, quels que soient les changements qui se produisent dans les critères utilisés pour administrer des psychotropes et la façon dont cette expérience est vécue et intégrée au reste de la vie mentale, il n'en reste pas moins que l'on ne peut pas empêcher que les psychotropes, en raison de leur action sur le substrat organique, constituent des expériences fondamentalement vides de sens. Ils provoquent donc inévitablement des clivages dans la circulation des communications à l'intérieur du psychisme, ce qui entraîne des modifications dans le poids relatif des stimuli disponibles. C'est ainsi que ce qui peut se dérouler dans le rapport médecin-patient n'est pas seulement constitué par ce que chacune des personnes met à l'intérieur de ce rapport, mais aussi par tout ce que, à cause des modèles culturels auxquels on doit faire référence, les deux parties peuvent ou ne peuvent pas y mettre ou y retrouver. Il faut bien préciser, par ailleurs, que nous avons parlé de néantisation et non de négation de toutes ces techniques. Ces modalités d'intervention ont été vidées de l'intérieur après en avoir exploité toute forme utile et en ayant atteint leurs limites (c'est-à-dire le point au-delà

duquel leur utilisation ne peut être la source d'aucune modification de l'état de santé mentale de quelqu'un).

Il faut donc être clair et dire que nous ne nous sommes pas posé le problème de savoir si certaines techniques étaient oui ou non légitimes, mais si elles étaient inutiles et si quelque chose de bon pouvait être tiré de ces techniques. On s'est demandé si l'on ne pouvait pas s'adresser à d'autres actions thérapeutiques moins dangereuses et qui présentaient des effets secondaires non irréversibles, ou encore qui présentaient un risque moindre de perversion de leur utilisation thérapeutique vers une utilisation répressive.

Ce sont essentiellement les utilisateurs de toutes ces techniques qui nous ont portés à la critique de tous les outils psychiatriques et à leur anéantissement progressif, dans la mesure où ils nous adressaient des demandes nouvelles et alternatives par rapport à tout ce qui pouvait ne servir que comme moyen de contention (que ce soit représenté par un internement, par les psychotropes, ou par la rencontre d'une figure autoritaire). Était donc alternatif tout ce qui favorisait une évolution personnelle et une autonomisation du patient. Le soutien, l'aide et l'attention offerts par la présence d'un ou de plusieurs opérateurs à côté du malade allaient dans cette direction. Une des demandes qui nous étaient le plus souvent adressées était que ce support, mis en place à un moment d'urgence, soit poursuivi après que cet état d'urgence eut cessé d'exister. C'est grâce à ce type de présence que nous avons vu évoluer beaucoup de situations graves qui, auparavant, restaient inchangées malgré toutes les variations que nous avions essayé d'introduire à l'intérieur même de la situation de vie du patient (cela allait du déménagement à la modification des activités professionnelles, à l'instauration de rapports pacifiques avec ses proches, à l'installation d'une plus grande autonomie économique, etc.).

Ce n'est que dans la mesure où l'on acceptait la présence de la vie du patient et où on la rencontrait de l'intérieur et dans la mesure où on partageait ses angoisses et où l'on répondait aux sollicitations qu'il nous adressait plutôt que d'imposer les nôtres, et dans la mesure seulement où ce processus s'était produit pendant suffisamment longtemps, que nous avons pu voir contre toute attente qu'une existence jusqu'alors bloquée dans une répétitivité destructive se remettait en marche et se montrait capable d'utiliser cette aide que nous lui avions offerte en vain dans un premier temps. Partager l'expérience du patient, l'accompagner dans ses pérégrinations souvent dramatiques à la recherche d'une situation plus satisfaisante que celle du départ (qui est parfois l'O.P., d'autres fois la

maison familiale ou d'autres fois encore le dormoir public), cela ne fut possible que grâce à un grand dévouement personnel et à un grand enthousiasme. Ce sont ces deux caractéristiques qui nous ont permis de dépasser un rapport que l'on pourrait appeler *assistanciel* à la situation psychiatrique pour instaurer un rapport que nous pourrions appeler une approche *existentielle*.

La recherche de ce type d'approche était liée à notre désir de rendre notre expérience de travail plus humaine, en la libérant de toutes les gangues qui la séparaient de la vie réelle et en la faisant sortir de ce circuit de l'avoir et du donner, à l'intérieur duquel tout vécu, même s'il est très dramatique, ne peut que s'affadir et où toutes luttes, même sérieuses, ne se distinguent plus d'un jeu. Ce désir naissait aussi de notre exigence de détruire notre propre culture pour la retrouver si c'était possible là même où elle était née. Nous faisons un effort considérable pour réduire les différences afin de retrouver une communication élémentaire où les rapports entre les partenaires puissent être égalitaires. Nous voulions aussi et avant tout instaurer un rapport privilégié avec la personne qui présentait une souffrance et qui n'était pas en état de s'en libérer ou de se révolter contre elle, ce qui lui aurait fourni un instrument de dépassement de cette souffrance, ou au moins de pouvoir la partager.

Mais après avoir constaté bien rapidement les limites d'une approche *assistancielle*, nous avons dû aussi bien vite constater les limites de l'approche *existentielle*. Jusqu'alors nous avions en effet agi comme si, aussi bien dans l'approche existentielle qu'assistancielle, les difficultés ne se trouvaient qu'à l'extérieur : dans le milieu de vie qui n'aurait pas donné, par exemple, suffisamment de possibilités de croissance à la personne concernée ou qui ne lui aurait pas fourni suffisamment d'occasions pour s'adapter. Nous pouvions aussi considérer que les difficultés résidaient à l'intérieur de la famille qui ne soutenait pas suffisamment le patient ou qui ne lui laissait pas suffisamment de liberté et d'encouragements. Nous nous faisons un devoir, dans tous ces cas, de rendre au patient tout ce qu'il n'avait pas eu auparavant, en nous montrant par exemple tolérant par rapport à ses comportements, en acceptant sa présence, en l'aider réellement à instaurer une relation humaine, en faisant attention à tout désir qu'il pouvait exprimer et en les réalisant dans la mesure du possible ou en lui expliquant, lorsque cela s'avérait possible, pourquoi nous ne pouvions ou nous ne voulions pas en réaliser d'autres.

A toutes ces catégories de difficultés « externes », qui existent indubitablement et qui ont une incidence très grande sur le destin du patient, nous

avons bientôt dû ajouter l'existence de difficultés qui se trouvaient à l'intérieur même de la vie psychique du patient. Nous voulons parler des résistances qu'il mettait à accepter notre aide ou, au contraire, du défi continué devant lequel il nous plaçait en créant sans cesse des situations plus compliquées dont nous devions ensuite l'extraire, que ce soit dans ses conflits avec sa famille, lorsque, par exemple, il quittait une résidence à l'extérieur pour se remettre en contact avec des parents que, par ailleurs, il détestait.

Tout ceci rendait souvent vaines nos actions et nous faisait comprendre intuitivement que le comportement du patient n'admettait pas une interprétation univoque. Si l'on ajoute à cela que le patient présentait aussi souvent des difficultés dans la communication verbale ou que celle-ci était parcellaire, mystérieuse et pleine de références incompréhensibles, on comprendra aisément qu'il était devenu impossible pour nous de déterminer quelles interventions thérapeutiques étaient justes et lesquelles étaient erronées. Cette difficulté était maximale lorsqu'il existait une implication émotive profonde de la part de l'intervenant concerné ou même du groupe de travailleurs qui vivaient la situation avec beaucoup de sentiments désagréables et angoissants, alors qu'il n'était plus possible de déterminer si ces sentiments pouvaient être considérés comme adéquats ou inadéquats par rapport à la situation réelle du patient.

La question était de savoir comment il était possible de ne pas céder à tous les pièges dont le chemin thérapeutique semblait parsemé. Il fallait développer une vigilance accrue. Une aide importante dans ce sens nous était apportée par les discussions du groupe de travail et par la solidarité toujours plus grande entre les différents intervenants impliqués en même temps dans le traitement d'une situation déterminée. Mais cela n'était pas suffisant. On sentait confusément la nécessité que la situation thérapeutique, dès le début, puisse être mieux définie et caractérisée dans ses limites et que l'on puisse définir avec plus de clarté les demandes auxquelles nous allions répondre et celles que nous allions refuser.

Il était nécessaire qu'à tout moment de l'interaction avec le patient, il soit possible de la part du patient ou du travailleur de faire référence à des éléments stables de leur relation pour voir où ils en étaient exactement, ce qu'ils étaient en train de faire, où en était l'objectif fixé à l'avance ou, au moins, quel était le but final de leurs rencontres. C'est de cette manière que l'on a élaboré le cadre du traitement qui constitue la partie objective du travail thérapeutique et qui est destiné à contenir aussi une partie du

matériel psychique (émotionnel, verbal et comportemental), dont se nourrit le travail avec le malade psychiatrique.

C'est à ce moment que le groupe de travail a pu faire un pas important en avant et que sa culture s'est enrichie d'un élément nouveau. On commençait en fait à faire référence au monde interne du patient en utilisant la ressource des symptômes. Le problème qui se présentait à nous pourrait se résumer ainsi : est-il possible d'utiliser les symptômes d'un patient (que ce soit des phobies, des obsessions, des idées délirantes ou toutes autres manifestations) pour le soigner ?

Nous ferons ici référence à un exemple typique de ce type de situation. Une dame âgée, qui depuis plus de dix ans avait été abandonnée par son mari à l'O.P., avait construit un délire grâce auquel elle se prenait pour l'inspectrice du personnel infirmier. Elle donnait des ordres divers que personne, évidemment, ne respectait. Elle s'en plaignait amèrement auprès du directeur en disant qu'il n'existait plus aucun respect de l'autorité, ni plus aucun sens de la discipline. Une fois qu'elle put vivre à l'intérieur d'un « groupe famille », elle se mit à vivre normalement, à vivre la vie d'une personne âgée dans un home et son délire disparut. Mais à chaque fois qu'elle était contrainte par d'autres membres de ce « groupe famille », ou lorsqu'un événement quelconque frustrait ses attentes (par exemple le retard de paiement de sa pension), elle réagissait de façon énergique ; si sa réaction ne modifiait pas la situation, un délire se développait à nouveau, dans lequel elle faisait part du fait qu'elle connaissait des personnes haut placées qui l'aideraient à faire respecter ses privilèges. Dans ce cas, évidemment, il aurait été tout à fait inutile de s'occuper du délire de la patiente, étant donné qu'il était nécessaire de garantir simplement à cette pauvre dame un destin moins ingrat et de lui permettre une autonomie qui était indispensable à son intégrité psychique.

Dans ces cas, nous sommes sûrs qu'une amélioration des conditions de vie, qu'une clarification des conflits sous-jacents dans lesquels le patient est impliqué et qu'un soutien de ses capacités d'expression pourront apporter une amélioration considérable des symptômes et pourront même les faire disparaître.

Mais dans d'autres cas, cela ne se passe pas ainsi. Les symptômes alors se présentent comme des éléments constitutifs de la vie mentale du patient, nécessaires à sa propre survie psychique. Ils apparaissent donc comme un passage obligé d'un processus évolutif. Alors, les symptômes s'imposent comme des éléments qu'on ne peut absolument pas mettre de côté, ils indiquent l'existence d'un chemin qu'il est nécessaire de suivre. Car c'est

seulement en respectant ce cheminement qu'il sera possible ultérieurement d'aboutir à une compréhension de la situation pour avoir une action plus cohérente et efficace.

Il s'agit d'atteindre les objectifs thérapeutiques en mettant à l'avant-plan un travail centré sur la rencontre (et une rencontre à l'intérieur de laquelle le patient a la plus grande marge de négociation possible, où il puisse donc percevoir cette rencontre comme une relation et non pas comme un obstacle et comme un danger) et sur la compréhension des gestes et des paroles au-delà d'une évidence immédiate. Il est, par ailleurs, nécessaire de former l'intervenant lui-même en un instrument thérapeutique efficace, capable d'agir sur le patient non seulement en modifiant sa situation, mais en modifiant la perception que le patient a de sa propre situation de façon à le rendre capable de saisir correctement ses besoins propres et capable de faire des demandes plus adéquates à leur satisfaction. Tout cela est moins bien difficile à réaliser si nous sommes capables de garantir la continuité du rapport thérapeutique en affrontant toutes les attaques dont il est l'objet, que ce soit de la part du patient ou du thérapeute.

A cause de la complexité de tout ce que comporte un rapport thérapeutique, il doit être inséré dans la trame des activités d'un service psychiatrique qui est alors capable d'intervenir en cas de difficulté de la part du patient ou du thérapeute ; et intervenir veut dire ici, non pas interrompre un rapport devenu dangereux ou trop lourd, mais permettre la continuation de cette rencontre au-delà des limites qui, à un moment donné, paraissent infranchissables.

On aura compris que ce programme nécessite l'utilisation de l'instrument psychothérapeutique, et ceci dans les situations les plus difficiles ou les plus problématiques. Ceci donne une place très précise à l'usage de la psychothérapie à l'intérieur de notre C.I.M. : nous avons cherché à insérer la psychothérapie dans la stratégie complexe de notre C.I.M. et non pas d'ajouter à celui-ci un service de psychothérapie¹.

Un service sur le territoire ne peut pas non plus se définir comme un service de psychothérapie tout court². Ainsi que nous avons cherché à le montrer, la physionomie d'un service de territoire ne peut qu'être diversifiée et offrir des interventions articulées et coordonnées, et ceci en fonction de la complexité des besoins qui peuvent apparaître et qui ne sont pas tous réductibles aux seuls besoins psychothérapeutiques. Nous considérons

1. Souligné par nous (N.D.T.).

2. En français dans le texte (N.D.T.).

cependant que ce qui donne une unité à toutes ces interventions, c'est d'être « orientées » en raison même de l'existence dans le service de la possibilité d'une psychothérapie. C'est en effet l'existence de cette connotation qui empêche le service de se définir uniquement en termes assistantiels (car il tend à nourrir d'une valeur thérapeutique toute action assistantielle), tout comme cela empêche le service de se définir en termes uniquement psychothérapeutiques. Cette équidistance entre un service purement assistantiel et purement psychothérapeutique ne veut pas dire que nous nous situons uniquement à mi-chemin entre l'assistantiel et le thérapeutique, mais cela nous oblige à prendre conscience de la stratégie globale de notre intervention qui nous est suggérée par la lecture spécifique que le groupe de travail fait du besoin thérapeutique. Un moment proprement psychothérapeutique peut trouver place à l'intérieur de cette stratégie d'intervention.

Ce type d'implication de la psychothérapie à l'intérieur de notre travail nous préserve dans une certaine mesure du danger de nous enfermer à l'intérieur du moment spécifiquement technique de notre travail et nous oblige donc à nous poser de façon critique face à la demande psychothérapeutique. Il y a actuellement une activation dangereuse de cette demande psychothérapeutique, ce qui nous apparaît comme le signe d'un reflux de retour au privé dont tout le monde parle.

Un service tel que le nôtre ne peut pas se prêter à ce jeu et, d'un autre côté, il doit bien reconnaître que dans beaucoup de situations la demande de psychothérapie correspond à un besoin réel. Le problème est donc de savoir comment un service tel que le nôtre peut gérer ce type de besoin. Nous soulignerons, ainsi que nous l'avons déjà fait, que cette gestion est avant tout celle d'un groupe : c'est cette condition préalable qui nous empêche de transférer simplement le modèle de la psychothérapie privée à l'intérieur d'un service public³. Il est donc impensable pour nous que notre service se transforme en un lieu où des personnes privées se rendent pour demander à un opérateur particulier un traitement psychothérapeutique. Ce type de fonctionnement, que nous appelons le modèle privé de réponse au besoin psychothérapeutique, supposerait que le service soit constitué exclusivement de psychothérapeutes dont chacun suivrait pour son propre compte une clientèle privée.

En admettant que l'essentiel d'un service puisse être constitué seulement de psychothérapeutes, il faut bien reconnaître que ses possibilités de réponses aux demandes qui lui sont adressées pourraient être rapidement

3. Souligné par nous (N.D.T.).

épuisées et que le service se trouverait bloqué pour plusieurs années par un noyau de patients qui auraient le privilège de bénéficier d'une psychothérapie sans avoir l'inconvénient de devoir la payer. Aujourd'hui encore, en fonction de ce que nous venons de dire et en fonction de ce que nous dirons par la suite, ce projet est inconciliable avec la nature, les méthodes et les objectifs que poursuit notre service. Il ne nous paraît pas possible non plus d'éviter, comme cela a été discuté par quelques-uns, la limite à laquelle nous venons de faire allusion, en introduisant des techniques psychothérapeutiques variées : en augmentant, par exemple, les psychothérapies brèves ou les psychothérapies de groupe. Nous pourrions dans ce cas augmenter les clients, mais nous resterons à l'intérieur d'une même logique. Nous pensons fermement que l'indication d'une psychothérapie ne peut se baser uniquement sur la demande de cette psychothérapie, mais sur l'analyse complète du besoin psychiatrique.

Nous pensons pouvoir dire qu'il existe un besoin psychothérapeutique urgent, surtout là où il n'est pas exprimé, bien que cela ne nous enlève pas le devoir de le reconnaître, ni d'étudier les moyens plus adéquats pour y répondre.

Nous faisons ici référence surtout aux besoins psychothérapeutiques dans le domaine de la pédopsychiatrie et dans celui de la psychose. Ces deux domaines ne peuvent entrer en contact directement ou indirectement avec un service de territoire. On notera, en effet, qu'il s'agit là de deux catégories dont les membres ne se présentent pas à la porte des psychothérapeutes privés. Et nous savons, par ailleurs, qu'on répond à leurs besoins, le plus souvent, de manière assistantielle ou pharmacologique. Nous nous sommes rendu compte, ainsi que nous l'avons décrit plus haut, que c'est grâce à une gestion correcte de la réponse assistantielle donnée à ce type de patient que peut naître progressivement une demande de rencontre personnalisée, ce qui constitue la base d'un changement, dans le sens psychothérapeutique, de la gestion de ce genre de cas. Ce choix ne fait pas rentrer par la fenêtre ce que nous aurions d'abord fait sortir par la porte, dans la mesure où nous pensons que le traitement psychothérapeutique d'un psychotique ou d'un enfant ne peut être qu'un traitement global ; ainsi que nous l'avons déjà indiqué ailleurs⁴, ce traitement individualisé est un moment privilégié de tout un travail qui concerne l'équipe dans son ensemble.

Il faut retenir que ce qui aggrave considérablement l'écart entre les

4. Cf. chapitre 2, « Les psychoses », *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, 2, 1979

énergies disponibles et les demandes de psychothérapie est que, comme nous avons pu l'expérimenter dans le décours du traitement d'enfants ou de psychotiques, on doit développer des interventions multiples et qu'elles doivent s'organiser dans les divers lieux de la vie du patient (la famille, l'école, l'usine, etc.). Tout cela demande que se développent des attitudes de groupe et personnelles qui ont une valeur psychothérapeutique et une fonction de contenance.

Cette exigence nous oblige évidemment à poser de nombreux problèmes de technique de travail, d'évaluation et d'approfondissement métapsychologique. Mais ce choix, celui que nous venons d'indiquer, apporte un véritable caractère de recherche à l'approche psychothérapeutique. Cette nouvelle façon de travailler nous impose d'être capables d'acquérir des instruments de travail nouveaux, mais nous oblige aussi à intégrer ces nouveaux savoirs avec les savoirs plus généraux acquis précédemment. Une de nos tâches primordiales est donc bien d'élaborer ce que l'on peut apprendre à l'intérieur d'une thérapie pour l'appliquer à une analyse du service et pour la formation permanente du personnel.

Ceci nous confronte à un problème fondamental qui est celui de la construction et de la socialisation du savoir thérapeutique, nous ne voulons pas, dans ce livre du moins, aborder ce problème en termes théoriques. Il nous paraît plus utile de dire comment nous procédons. Les cas des patients pour lesquels nous avons décidé de mettre en place une intervention psychothérapeutique sont systématiquement étudiés en discussion de groupe ou en supervision. La discussion de groupe peut se définir comme celle qui définit la stratégie thérapeutique qui va être adoptée à propos d'un cas ; elle détermine les objectifs et vérifie éventuellement les résultats obtenus.

La supervision pourrait se définir comme le moment où l'on essaie d'étudier le rapport qu'un intervenant particulier a établi avec le patient et les situations dans lesquelles il est impliqué.

Cette façon de procéder tend évidemment à tempérer la relative autonomie du processus thérapeutique grâce à la nécessité d'une articulation de ce niveau avec les autres niveaux d'intervention.

C'est à l'intérieur de cette gestion que l'objectif psychothérapeutique est poursuivi ; en même temps, cet objectif se développe à l'école du matériel que fournissent les patients les plus gravement déstructurés, à notre réflexion, à notre révision constante que ce soit des dynamiques mentales ou des modalités d'approche⁵.

5. Voir chapitre 12, Le cas « sérieux », et les chapitres suivants.

Mettre en place toutes les conditions pour qu'un groupe de travail soit aussi un groupe de recherche, est un projet difficile et long à réaliser. Ceci en raison de l'opposition qui existe entre la nécessité pour atteindre cet objectif de définir et d'établir des compétences diverses et, par ailleurs, la nécessité de pouvoir garder une disponibilité nécessaire qui nous permette de répondre à toutes ces demandes diverses qui sont adressées à notre service et qui n'ont rien à voir, dans l'immédiat, avec la psychothérapie.

TÂCHES D'UN CENTRE D'HYGIÈNE MENTALE ET DYNAMIQUES DU GROUPE DE TRAVAIL

Assistance, prévention et thérapie : trois paramètres fondamentaux suivant lesquels il convient d'évaluer l'activité d'un C.I.M. Pour que cette évaluation soit correcte, il est nécessaire de considérer l'assistance, la prévention et la thérapie non pas comme trois secteurs d'intervention séparés les uns des autres, mais comme trois points de vue permettant d'observer l'activité complexe d'un service.

Cette vision globale et unitaire de notre travail fut une acquisition importante de notre activité. Elle est la conséquence, en effet, de la nécessité dans laquelle nous nous trouvons d'augmenter l'efficacité de notre service. L'organisation unitaire des C.I.M. de la province de Pérouse s'intègre aussi dans cette même logique où il n'y a pas de séparation entre hygiène mentale des adultes et hygiène mentale des enfants, entre le personnel qui s'occupe de l'école et celui qui suit en consultation ou à domicile des patients psychiatriques. C'est dans la même logique que nous devons organiser notre présence sur le territoire et être attentifs à ce qui s'y passe. Il faut souligner ici combien il serait difficile de parler des C.I.M. comme de services spécialisés dans le sens où ils seraient spécialisés par rapport à un organe, à une maladie ou une fonction particulière, ainsi que cela se produit souvent dans les divers secteurs de la médecine. La spécialisation du C.I.M. réside surtout dans le fait qu'il adopte un point de vue particulier pour analyser les événements qui lui sont soumis, sans que cette opération implique en quoi que ce soit une séparation par rapport à la prise de conscience de quelque chose du contexte plus général.

Un C.I.M. est avant tout un observatoire qui permet d'avoir un point de vue particulier sur le territoire. Pour que ce point de vue puisse garder toute sa validité et son importance, il est nécessaire que l'exercice des fonctions

d'assistance, de thérapie et de prévention ne comporte aucune séparation de quoi que ce soit par rapport à l'ensemble du contexte social global (que ce soit un problème, un groupe d'individus ou des individus particuliers). Ainsi, l'assistance aux vieillards, ou l'assistance qui est donnée à d'autres personnes qui sont dans un état de dépendance important, ne peuvent conduire à leur isolement, mais devront être des interventions qui utilisent toutes les potentialités de soutien présentes dans le contexte de vie de ces personnes. La thérapie ne doit pas comporter une suspension de la vie active, sinon dans des cas exceptionnels et pour un temps très court. La prévention, ainsi que nous l'avons déjà dit auparavant, passe nécessairement par le développement de la collectivité et ne peut être une stérilisation du contexte social.

Ces règles, à caractère général, furent notre guide dans l'expérimentation des interventions de nos services d'hygiène mentale en tenant compte, en ce qui nous concerne, de la particularité importante de notre service. Cette particularité est la conséquence directe de l'expérience thérapeutique telle que nous venons de la décrire dans le chapitre précédent. Nous pensons qu'il s'agit d'une caractéristique qui doit se manifester non pas seulement dans toutes les activités thérapeutiques, mais qui doit aussi se manifester dans des interventions à caractère purement assistantiel ou même préventif.

L'expérience psychothérapeutique, si on va au fond des choses, est à la base d'une intervention assistantielle non institutionnalisante et d'une intervention de prévention non ritualisée. Cette valeur première que nous donnons à l'expérience psychothérapeutique découle du fait que c'est seulement à l'intérieur de ce rapport que l'on peut mesurer, de la façon la plus précise possible, à quelles conséquences peut conduire une absence de réponse aux besoins humains fondamentaux. Cette expérience nous indique le chemin pour nous permettre de mettre en place une stratégie réparatrice, grâce à des activités d'assistance lorsque, par exemple, il n'est pas pensable que l'on puisse obtenir une modification véritable de la destinée des patients. Enfin, cette expérience nous suggère aussi les réponses qu'il convient d'apporter, en temps voulu, afin qu'à l'intérieur de l'histoire de l'évolution d'un individu ou d'un groupe ne se structurent pas des situations et des comportements psychopathologiques.

La solidarité fondamentale qui existe entre nos trois activités de prévention, d'assistance et de thérapie n'est pas une solidarité qui existe une fois pour toutes, mais il s'agit bien de quelque chose qui est continuellement

1. Cf. C. Brutti et F. Scotti, *Psichiatria e Democrazia*, op. cit., p. 187.

reconquis et reformulé. Chacune de ces activités court en permanence le risque de se séparer des autres interventions du service et de dominer la politique du service en en absorbant toutes les énergies. Nous avons couru surtout ce risque de déséquilibre au début de l'existence de notre service, lorsque la prévalence du moment assistantiel était extrêmement importante et que nous avons organisé un service efficace sur un territoire ne possédant pas d'autres supports assistantiels. Nous fûmes alors tentés de suppléer à toutes les autres carences possibles et d'organiser des prestations de n'importe quel type. D'un autre côté, avec la démocratisation de l'école (les conseils de gestion à l'intérieur des crèches et de l'école gardienne, les instituts prévus par les décrets à propos de l'école obligatoire), se sont ouverts de nouveaux et importants espaces d'activités de prévention à propos de l'enfant. Ces nouveaux espaces constituèrent un pôle d'attraction de notre activité en hygiène mentale d'une telle ampleur qu'ils auraient été capables d'absorber toutes les énergies.

Si nous avons accepté ce développement unilatéral de notre service, nous courions le risque que les conceptions qui inspiraient notre action s'appauvrirent et se réduisent à une pure prédiction idéologique. Nous nous sommes ainsi rendu compte que notre présence à l'intérieur de l'école ne donnait des résultats que si un travail à long terme était assuré avec constance et intensité et seulement si nous réussissions à exprimer et à communiquer notre expérience du travail thérapeutique avec des enfants et nos points de vue sur les besoins des adultes (ce que nous avons pu élaborer grâce à notre travail psychiatrique avec les patients et leurs familles). Une présence irrégulière et superficielle provoquait des effets de résistance et accentuait la difficulté devant laquelle nous nous trouvions à trouver des solutions pour les cas à propos desquels on nous avait appelés.

Il faut souligner enfin, comme nous l'avons déjà dit au chapitre 9, combien il est facile que la tâche psychothérapeutique absorbe toutes les énergies disponibles d'un C.I.M. surtout en ce qui concerne l'activité des intervenants qui y sont le plus préparés. Le risque que l'on court dans un tel cas est de garder l'illusion omnipotente de pouvoir corriger tous les dommages que l'on rencontre. Chacune des trois tâches du Centre peut constituer une ligne de fuite : cette caractéristique est une source constante d'équivoques. Équivoques surtout dans les rapports que nous entretenons avec les autres services ou, comme cela s'est produit dernièrement, au sein de l'U.S.L., où la confrontation difficile entre les besoins qui peuvent être exprimés et les possibilités de réponses qui peuvent leur être apportées,

pousse tous ces services à faire endosser au C.I.M. toute l'activité assistantielle, toute l'activité préventive ou toute l'activité psychothérapeutique.

Mais les équivoques et les conflits surgissent aussi à l'intérieur du groupe de travail. Les exigences d'une organisation minimale entraînent une division des tâches : ce qui fait surgir peu à peu des oppositions et des disputes autour de la plus ou moins grande valeur et dignité d'une intervention donnée. La valorisation de l'activité psychothérapeutique conduit aussi à une échelle de valeur du même type que celle qui s'est manifestée lorsque nous avons fait quelques innovations dans nos interventions. Quand une intervention à caractère politique s'est associée à l'intervention assistantielle ou quand l'intervention à l'extérieur s'est associée à l'intervention à l'intérieur de l'O.P., nous avons en effet assisté à une polémique analogue entre la plus grande ou la moins grande dignité de l'intervention politisée ou de l'intervention qui se faisait sur le territoire par rapport à toutes les autres modalités d'intervention.

Il semble, actuellement, que celui qui fait des prestations assistantielles vive ces interventions comme un travail déclassé et qu'il se sente exclu des modes d'intervention plus valorisés. De la même façon, la personne qui, actuellement, fait des interventions de nature préventive, qui auparavant constituait une ouverture importante dans notre façon de travailler, peut se sentir exclue de l'intervention thérapeutique qu'elle vit comme une intervention plus prestigieuse. Celui qui fait l'intervention psychothérapeutique peut se sentir dans une situation de privilège ; mais, plus souvent, il arrive qu'il se sente isolé de tous les autres modes d'intervention et qu'il soit soumis à l'envie et aux critiques si bien qu'il se retrouve en train de travailler suivant un style de travail substantiellement « privatisé ».

A première vue, la seule façon et la façon la plus simple de sortir de toutes ces contradictions et de tous ces risques est d'appliquer le principe suivant lequel « *tout le monde doit faire tout* ». Il semble là qu'il s'agisse d'un moyen pour empêcher que les clivages ne se développent entre les différents secteurs de travail, et qui permette de garantir l'égalité entre tous les travailleurs. Cette réalisation de l'« intervenant psychiatrique unique » nous apparaît bien plus comme liée à des motivations d'ordre idéologique qu'à une ligne de travail véritablement efficace. On rencontre, en effet, dans cette orientation des obstacles insurmontables qui sont représentés par des attitudes et des compétences diverses, par des préparations extrêmement différentes, et ceci lorsque la possibilité de faire n'importe quel type d'intervention se transforme en une obligation pour chacun de faire tous les types d'intervention. Si, au départ, les différents contextes d'interven-

tion risquaient la séparation, on se trouve aujourd'hui dans une situation où les interventions particulières courent le risque de se morceler. Par ailleurs, il n'était pas possible pour chaque type d'intervention de mettre au point une méthodologie de travail et de l'évaluer avec suffisamment de constance.

Il nous a semblé ainsi que toute tentative d'unification mécanique des diverses activités du service était inévitablement une erreur. Il était donc important que chacun puisse choisir, dans la mesure où cela était possible à partir des nécessités du service, le type de travail qu'il souhaitait privilégier ; et qu'en même temps on active au maximum tous les instruments d'information et de communication disponibles à l'intérieur du service. Par ailleurs, tout le groupe de travail participait à la programmation générale des activités du service et à leur évaluation. En même temps aussi, nous recherchions fondamentalement un autre élément d'unification des diverses tâches remplies par notre service et des diverses interventions, élément qui, à notre avis, devrait être considéré comme spécifique à un service psychiatrique. Ainsi que nous l'avons déjà indiqué dans le chapitre précédent, ce qui est spécifique à une équipe psychiatrique et ce qui unifie la multiplicité même de toutes ces interventions est le caractère thérapeutique de son travail.

En ce qui concerne l'activité assistantielle qui est apportée à un cas psychiatrique, nous dirons plutôt que sa spécificité consiste dans le fait de préparer à la thérapie, dans le fait de la favoriser et de permettre qu'elle se déroule une fois qu'elle est commencée. La possibilité et l'efficacité d'un traitement psychothérapeutique avec un patient ne dépendent pas seulement de la rencontre entre le patient et son thérapeute, mais aussi de toute une série d'interventions qui ont précédé cette rencontre, ou qui ont lieu en même temps et qui apportent un soutien, une facilitation, de façon à garantir la continuité du traitement et à empêcher une interférence trop grande de facteurs négatifs. La qualité des interventions thérapeutiques dépend ainsi, et même parfois de manière déterminante, de la qualité de toutes ces actions de soutien. Cela se produit surtout lorsque le cas psychiatrique dont on s'occupe est un enfant, un adolescent, un psychotique ou, d'une façon plus générale, une personne dont l'autonomie propre est fortement limitée. La qualité des prestations est avant tout la conséquence de l'attitude interne de l'intervenant et de sa capacité d'intégrer le projet thérapeutique établi pour le patient.

Ceci est d'autant plus important dans la mesure où le patient n'a pas nécessairement fait sienne cette distinction que nous avons adoptée entre

RÉUSSIR LA PSYCHIATRIE ALTERNATIVE

l'activité thérapeutique et l'activité assistantielle. Pour nous, cette division naît de la diversité des techniques que le patient n'est pas tenu pour autant de connaître. Le patient, lui, considère comme thérapeutique (et par contre comme antithérapeutique) toute une série de choses que nous ne considérons pas comme telles. Notre expérience nous enseigne combien il est plus facile de sous-évaluer plutôt que de sur-évaluer le poids de tous les intervenants périphériques par rapport au traitement psychothérapeutique dans leur capacité d'activer et de faire progresser ce processus psychothérapeutique.

Nous allons maintenant prendre en considération le moment préventif de notre activité : cette activité préventive peut concerner, par exemple, les enfants d'un couple de parents psychotiques. Ces enfants, apparemment, ne semblent pas se ressentir du climat pathologique dans lequel ils sont immergés ; mais nous savons et nous sommes sûrs qu'ils sont, par ailleurs, sujets à des projections massives et négatives pour eux, qui sont la conséquence des conditions psychopathologiques de leurs parents ; nous savons, en outre, que ces projections sont opérantes et qu'à la longue elles sont capables de détruire les bases psychologiques fragiles des enfants à l'un ou l'autre moment délicat de leur développement maturatif. Peut-on nier qu'une intervention préventive, qui soit mise en place quand on les rencontre, puisse avoir une valeur psychothérapeutique ? Cela dépendra naturellement encore une fois de l'attitude interne des travailleurs qui effectuent effectivement cette activité de prévention ou de l'attitude de ceux qui suggèrent et inspirent chez d'autres cette activité de prévention. Cela est directement lié au type de rapport que les travailleurs réussiront à instaurer avec les enfants qui vivent dans une situation de grands risques psychopathologiques. Même si ce rapport n'est pas entièrement superposable au rapport psychothérapeutique, défini de manière stricte, il est évident cependant que ce type de rapport répond aux mêmes règles qui font qu'une relation peut devenir une réalité qui active un processus de structuration et qui s'oppose à tout processus de déstructuration.

Le principe qui voudrait que « tout le monde fasse tout » ou son équivalent organisationnel qui consisterait en l'existence d'un « travailleur unique », fut dépassé à partir du moment où l'expérience sur le terrain nous obligea à redécouvrir la spécificité de l'intervention psychiatrique, spécificité qui est constituée par l'activation d'un processus thérapeutique. Ce principe, cependant, au niveau de la formation professionnelle des intervenants, garde toute sa validité : l'articulation entre les diverses activités du service ne peut pas être observée de l'extérieur, mais vécue et

expérimentée personnellement. Dans la mesure où le processus de formation ne peut pas être considéré comme une simple initiation mais comme un processus complexe et permanent, il est évident, alors, qu'une distribution trop rigide des tâches est nécessairement mise à rude épreuve. De toute façon, cette distribution des compétences est toujours remise en question lors des moments de restructuration du service. C'est ainsi que la physiologie de notre C.I.M. n'a rien de définitif mais qu'il est toujours à la recherche d'équilibres nouveaux, plus adéquats et plus satisfaisants.

Nous avons déjà dit combien, du moins dans les premières années de notre expérience, une des caractéristiques les plus évidentes de la vie interne du groupe était l'idée d'éviter la professionnalisation des travailleurs. Il s'agissait là de la conséquence du fait que nous avions pu constater combien il était difficile de définir de façon précise les limites de notre domaine spécifique de travail.

Mais cette idée donnait aussi à notre groupe la désagréable sensation qu'il paraissait quasi impossible d'avoir une vision claire des buts de notre action. L'idéologie du service psychiatrique n'était pas un instrument utilisable dans la pratique quotidienne ; elle nous servait seulement comme instrument d'analyse des discussions de groupe. Il nous était impossible de vérifier les résultats d'action qui, à certains moments, coûtaient énormément d'énergie et de force au groupe de travail, ce qui avait pour conséquence à la fois de l'exalter, mais aussi de l'épuiser. Cela créait une sorte de malaise et bien des conflits internes dans la mesure où cette réévaluation de notre travail, que l'on ne pouvait trouver à l'extérieur, on essayait de la trouver à l'intérieur du groupe de travail. Autrement dit, la critique au concept même de professionnalité, qui avait sa justification dans l'émergence de la dimension politique à l'intérieur de notre groupe de travail, en fait poussait le groupe à se replier sur lui-même.

Une des caractéristiques les plus évidentes de notre groupe de travail est qu'il s'est centré alternativement sur lui-même et sur les tâches à accomplir. Dans le premier cas, il était à la recherche d'une identité de groupe grâce à laquelle la diversité entre les divers travailleurs pourrait trouver un compromis ; dans le deuxième cas, il recherchait une identité qui puisse lui être reconnue de l'extérieur du service en recherchant les besoins auxquels il lui fallait donner une réponse. Les aléas de cette alternance étaient dus à des facteurs propres à la vie interne du groupe, mais aussi à des facteurs extérieurs. Les difficultés de s'associer aux forces politiques, et la marginalisation relative qui en était la conséquence, facilitaient ce mouvement de repli sur nous-mêmes.

D'un autre côté, des facteurs internes, et pas seulement des facteurs externes, facilitaient un rapport correct et significatif avec l'extérieur. Parmi ces facteurs, nous voulons souligner particulièrement celui qui avait trait à l'exigence d'une *nouvelle professionnalité*, ce qui faisait suite à la première exigence d'une *non-professionnalité* : la définition des tâches, des buts et de la spécificité du service et de chacun des intervenants permettaient une plus grande clarté dans les contacts que nous entretenions avec l'extérieur. Le primat que nous avons donné au politique nous avait fait nier les rôles et le pouvoir associés à la définition d'une professionnalité et au processus d'acquisition d'une technicité propre. Notre désillusion par rapport à ce champ du politique nous a aidés à retrouver la technicité propre à notre activité à travers la découverte de la valeur de la professionnalité.

Toutefois, l'importance de cette nouvelle professionnalité a réouvert un contentieux. Le fantasme de la distinction des rôles, de la distribution hiérarchique des compétences et de l'accès aux sources de la connaissance et de l'expérience, nous a habitués à nouveau. Tout ce problème a été vécu par notre groupe avec beaucoup d'intensité, en raison de la présence en son sein de ces deux composantes que nous avons déjà signalées, celle des « intellectuels » et celle des ex-infirmiers de l'O.P. La nécessité de développer une qualification professionnelle, sans aucune codification précise et sans aucune perspective de reconnaissance de cette qualification à un niveau administratif, risquait de créer une discrimination entre les intellectuels et les ex-infirmiers. Tout cela fut rendu encore plus compliqué par des problèmes de leadership et par l'interférence de la vie privée dans le travail. Ce dernier aspect ne doit pas être considéré comme purement marginal ou injustifié. A l'intérieur d'un travail qui comporte une implication émotive intense et qui demande disponibilité et plasticité dans les attitudes, les qualités personnelles de chaque individu sont à l'avant-plan et les conditions de l'existence personnelle débordent nécessairement sur le travail. C'est pour toutes ces raisons que le C.I.M. devient un lieu de vie, c'est-à-dire le lieu d'une expérience personnelle intense qui peut avoir des retentissements considérables sur le plan personnel.

La façon dont les usagers d'un service voient les psychiatres constitue un des aspects particuliers des problèmes auxquels doit faire face un C.I.M., car chacun de ces usagers interprète le comportement des intervenants suivant sa propre culture. C'est alors que nous devons faire face très souvent à deux tabous : le sexe et la politique. Une longue tradition culturelle a fait que le médecin est vécu comme un être asexué et, en général éloigné des passions, y compris celles de la politique.

Il y a des siècles que la confiance que le malade attribue au médecin est ancrée sur cette idée de la neutralité du médecin. Cette confiance ne s'étendait cependant pas au personnel subalterne, et les infirmiers dans les départements de l'O.P. étaient distingués par le sexe. L'existence d'un service, constitué principalement de personnel non médical, a fait émerger toute l'ambiguïté de cet état de fait et a posé quelques problèmes à une culture essentiellement paysanne qui ne disposait pas de modèle préexistants pour résoudre ce type de problème ; le service s'est vu lui aussi confronté à toutes les difficultés qui naissent de l'investissement érotique que le travailleur psychiatrique subit de la part du patient ou de son entourage (ou vice versa).

Le caractère politisé du service nous pose, par ailleurs, des problèmes extrêmement complexes quand il s'agit de traiter un cas particulier. Cette politisation se prête facilement à des identifications entre le service et l'administration provinciale et à une confusion entre nous et le parti au pouvoir². Il ne faut pas se plaindre de cette difficulté dans la mesure où elle correspond à une situation plus générale qui, par exemple, s'est manifestée sur le plan national à l'occasion de la discussion à propos des conseillers familiaux. Dans ce cas, en effet, la proposition des conseillers conjugaux catholiques s'est mise en opposition par rapport aux caractéristiques idéologiques présumées des conseillers conjugaux publics, vécus comme anticléricaux, athées et matérialistes. Cette observation nous permet de confirmer la place toute particulière du *sexe et de la politique* parmi les autres thématiques de la culture actuelle, thème qui occupe une place particulière aux lieux de confluence du public et du privé. Il s'agit là d'une question qu'un C.I.M. doit affronter chaque jour.

2. Ceci vaut après le passage des services psychiatriques de l'administration provinciale aux Unités sanitaires locales.

MODALITÉS DE PROGRAMMATION ET D'ÉVALUATION DU TRAVAIL

Dès le début de nos activités, les réunions de groupes de travail ont occupé une place importante dans l'économie de notre service. Chaque jour, en effet, deux ou trois réunions de durée variable avaient lieu entre tous les travailleurs présents, et une journée entière de la semaine était destinée à la programmation et à l'évaluation du travail. Comme nous avions brisé tous les automatismes institutionnels dominants de l'O.P., chaque aspect du service était soumis à discussion avant de prendre des décisions ; tous les membres du groupe devaient avoir les informations nécessaires pour pouvoir exercer ce pouvoir qui, auparavant, était concentré dans les mains de quelques-uns seulement. Les discussions de groupes étaient avant tout un instrument de démocratie, mais qui devait aussi devenir un instrument apte à garantir une nouvelle qualité du service. La programmation des activités du service impliquait en effet tous les travailleurs, et nous attachions une attention toute particulière à la coordination du travail entre les diverses personnes impliquées dans ce travail et aux différents moments de la journée et de la semaine.

Tous les cas traités étaient discutés collectivement et cela donnait une grande sécurité pour l'action de tout un chacun, qui se trouvait soutenu par la solidarité, l'aide et le conseil de tout le groupe. Nous nous étions donné l'exigence de construire ensemble une nouvelle culture psychiatrique et de mettre en commun toutes les connaissances qui, peu à peu, étaient récoltées à propos du milieu dans lequel nous devions travailler, de ses centres politiques et culturels et des services avec lesquels nous étions entrés en contact. Il était tout à fait nécessaire aussi d'évaluer la qualité de nos positions théoriques et pratiques par rapport à l'attraction qu'exerçait encore à cette époque l'O.P. sur le C.I.M. et pour affronter les résistances externes. Le besoin de rigueur et de cohérence interne était extrêmement important et devait être sans cesse redéfini par rap-

port à une situation qui changeait en fonction du poids toujours changeant que, peu à peu, la révolution psychiatrique prenait.

La discussion collective avait un poids énorme sur la formation professionnelle des intervenants et du groupe de travail. Il s'agit là certainement de l'élément qui caractérise au mieux ce que nous avons appelé la *formation originare*, c'est-à-dire un processus de groupe où s'accumulaient des énergies qui pouvaient travailler ensemble, dépasser les obstacles, élaborer les erreurs, chacun à l'intérieur de ce groupe pouvant alors reconnaître sa propre place et les liens qu'il entretenait avec les autres, plutôt que de mettre à l'avant-plan ses connaissances ou ses capacités. Le groupe de travail se constituait comme un organisme concret mais aussi comme un modèle mythique gardien donc d'une valeur et d'une tradition.

La plus grande partie de toutes nos modalités d'intervention expérimentées durant cette période sont entrées dans notre pratique courante et ne sont remises en discussion que lorsqu'elles apparaissent inadéquates de manière répétitive. Par ailleurs, aujourd'hui, de nombreux problèmes sont confrontés et résolus sans solennité particulière, et ceci grâce à des communications et des accords qui, pour se réaliser, ne demandent pas de rite particulier. Nous pouvons dire qu'aujourd'hui les réunions collectives occupent moins de temps que par le passé.

Pour la coordination, il existe une réunion de deux heures par semaine. Les autres discussions prévues de manière stable ont un thème particulièrement bien défini, et sont spécialisées : thérapie d'enfants autistes, travail à l'intérieur des écoles, travail avec les adultes psychotiques, etc. Cette redistribution du temps de travail est une conséquence de l'évolution du service. L'augmentation des demandes auxquelles il faut répondre, l'augmentation du nombre des travailleurs, sont des choses qui rendent toujours plus difficile la possibilité de trouver des occasions suffisantes de nous rencontrer collectivement. C'est pour ces raisons que les réunions sont toujours insuffisantes pour satisfaire le besoin de communication, de collaboration, de programmation et d'évaluation. Il y a toujours quelque chose qui n'a pas été dit, décidé ou suffisamment discuté.

Mais la question des réunions ne s'épuise pas dans les aspects que nous avons examinés jusqu'à présent. La réunion de groupe n'est pas seulement le moment d'organisation et d'évaluation du travail qui a été fait. C'est aussi le moment de programmation et de distribution du travail, le moment du choix des objectifs à privilégier et le moment où l'on peut discuter de toute la politique du service. C'est à cause de tous ces éléments que le fondement

essentiel de la réunion de groupe est le thème de l'exercice du pouvoir et de son contrôle.

Toute décision est en effet un acte qui a plusieurs versants dont un seul est en rapport avec la tâche à accomplir, tandis que les autres aspects sont en relation étroite au groupe et à son rapport avec l'extérieur. La réunion de groupe est ainsi devenue le lieu où la volonté de maintenir, dans son ensemble, le pouvoir de décision, doit se confronter avec toutes les tentatives de déviation, qu'elles soient d'origine externe ou interne. Par exemple, elle doit se confronter aux demandes de l'administration responsable et du pouvoir politique qui préférerait avoir un seul interlocuteur, un coordinateur ou un responsable qui soit garant de l'ensemble du service et qui puisse être individualisé plus facilement plutôt qu'un collectif ; donc cette réunion doit admettre le fait que les médecins ont un rapport privilégié avec l'administration et avec tous les autres interlocuteurs politiques.

Cette réunion doit aussi faire face à toutes les attaques que la volonté d'un travail de groupe peut subir de l'extérieur. Il arrive que l'exercice démocratique du pouvoir de décision et les modalités collectives de son contrôle apparaissent inadéquates quand il s'agit de devoir prendre des décisions rapides ou que la solution des problèmes exige une spécialisation. Dans ces circonstances, un leadership stable et bureaucratique pourrait sembler capable d'éviter les chutes brutales d'opérationnalité de notre travail, conséquences de la nature des modalités de décision. Ce pouvoir pourrait aussi sembler capable d'affronter, ou du moins de neutraliser, les conflits qui surgissent. D'un autre côté, si un tel leadership est suffisant pour garantir un fonctionnement standard et routinier du travail, il est incapable de promouvoir ce consensus qui peut exister à l'intérieur de tout le groupe et qui est l'unique garantie que la tâche sera conduite à terme, même si des complications surgissent (comme cela arrive souvent dans le travail psychiatrique).

Il semble donc impossible pour un groupe de travail, tel que nous l'avons décrit, d'atteindre une stabilité définitive, de se libérer des conflits ou encore de trouver des modèles déterminés pour résoudre ces conflits. Cette instabilité est la conséquence directe du caractère de recherche et d'expérimentation de notre service et cela est aussi la conséquence du fait qu'il est impossible de formuler des règles définitives de fonctionnement, en raison de la modification continue qui se réalise à l'intérieur du service, en fonction des besoins auxquels il doit répondre, ce qui réclame une adaptation et un changement personnel de chaque opérateur en particulier.

D'un autre côté, ce n'est qu'à la suite d'une longue expérience partagée de travail en commun que peut naître une collaboration efficace dans un travail psychiatrique. Il existe, en effet, dans ce type de travail trop d'aspects difficilement explicables ou qui ne le sont que grâce à un grand effort et après beaucoup de temps. C'est ce qui empêche que l'on puisse se fier uniquement à des normes externes pour garantir l'efficacité du travail. L'attention que l'on doit porter à l'exécution des missions du service et celle que l'on peut porter au fonctionnement du groupe et à son opérationnalité sont deux aspects qui sont en étroite relation. Ce n'est que grâce à l'existence d'un groupe, qui bénéficie d'une grande cohésion, que l'on peut affronter efficacement des tâches complexes et pour l'exécution desquelles il n'existe pas encore de normes précises de comportements codifiés à adopter.

Un tel groupe de travail court de façon permanente le risque de dégénérer vers une organisation qui se fermerait par rapport à l'extérieur ; il court aussi le risque de voir s'assécher les communications qu'il peut entretenir avec l'ensemble du contexte social, et le risque de sous-évaluer les tâches institutionnelles qui sont les siennes, qui ne deviennent plus alors pour les membres du groupe que l'occasion de satisfaire leur propre besoin personnel de sécurité, d'affection, de compréhension et de valorisation. Les facteurs externes, en association à la nature toute particulière et aux fonctions d'un service psychiatrique, facilitent cette tendance. Avant tout, le fait de devoir affronter chaque jour les angoisses et les demandes stressantes de dizaines de personnes qui déposent en nous tous leurs fantasmes de sauvetage et de destruction, tous leurs espoirs et leurs désespoirs, tous leurs fantasmes de dépendance et d'hostilité et qui, par ailleurs, nous prêtent des intentions persécutrices ou impérialistes. Tout ceci est aussi stimulé par le fait d'avoir conscience de devoir travailler à contre-courant dans une situation qui sert de réceptacle à toutes les formes de souffrance et de bouc émissaire à tous les échecs.

La dégénérescence vers une organisation familialiste représente pour un groupe de travail une régression et une défense, mais c'est aussi une tentation parce que cela donne lieu à une organisation qui assure une certaine stabilité au groupe. Il est possible de sortir de cette organisation familialiste en remettant sans cesse l'accent sur les missions du service. Il est donc nécessaire d'organiser le groupe en fonction des objectifs définis de façon claire et précise. Cela implique aussi l'existence d'un leadership polycentrique, qui n'est pas défini une fois pour toutes ou désigné de façon bureaucratique.

Il est nécessaire, pour rendre efficace cette articulation, qu'un espace large soit laissé à l'élaboration de tout ce qui est fait. C'est grâce à la linéarité de l'action, à la transparence des éléments théoriques de référence, à la clarté de l'objectif global, à la cohérence et la stabilité de l'engagement que l'on peut récupérer cette sécurité que, ni la chaleur des sentiments qui circulent, ni une organisation autoritaire ne peuvent garantir à long terme.

LE « CAS SÉRIEUX »

Au sein de notre activité psychiatrique, nous nous sommes efforcés de réaliser quelques-unes des conditions fondamentales qui, toutes ensemble, contribuent à définir l'identité de notre groupe de travail. Si nous les énumérons à nouveau, c'est pour les mettre tout de suite en discussion, en évaluer la réalisation potentielle et l'adéquation éventuelle. La première de toutes ces conditions est que le patient soit l'acteur de sa propre histoire thérapeutique. La seconde est qu'il existe un rapport égalitaire entre le patient et le service. La troisième est qu'une approche globale soit mise en place pour l'étude de la situation qui nous est proposée. Nous pensons que la valeur de notre travail est en grande partie garantie par toutes ces conditions.

Mais cela est-il toujours réalisable ? Pour répondre à une telle question avec clarté et honnêteté, nous devons tout de suite reconnaître que la rigueur de notre méthode de travail subit continuellement des attaques, et ceci pas seulement à cause des erreurs individuelles ou des difficultés objectives que ce travail comporte.

A côté de ces motifs, nous devons considérer deux autres ordres de facteurs. Le premier est relatif à la quantité sans cesse croissante de travail et à l'impossibilité de programmer ce travail d'une façon rigoureuse, étant donné que c'est vers notre service que, peu à peu, sont adressés tous les besoins psychiatriques qui surgissent sur le territoire. Le second motif est consécutif à l'absence de sélection des cas suivant des critères de gravité ou d'urgence : accepter d'aborder toutes les situations psychopathologiques qui se présentent est une caractéristique fondamentale de notre C.I.M. Il est donc inévitable que nous soient adressés des cas pour le traitement desquels le service ne possède pas encore d'organisation propre, ni d'outils de travail. C'est cette catégorie de patients que nous appellerons dorénavant le « cas sérieux » : *ce genre de cas est celui qui met en crise le service et qui en provoque la mobilisation générale, mais c'est aussi le cas qui semble démentir la validité de la nouvelle pratique psychiatrique, pratique qui s'est construite depuis quel-*

ques années dans un travail dirigé contre les institutions ségrégatives et contre toute forme d'exercice répressif de la médecine.

Face au « cas sérieux », il semble difficile d'entrevoir la possibilité d'un rapport égalitaire ou que le patient soit l'acteur de sa propre thérapie ; par ailleurs, il semble difficile de mettre en œuvre une approche globale à la situation. *La gravité du cas ne consiste pas dans une gravité qui lui est propre, ni en fonction du diagnostic. Le cas est sérieux non pas par lui-même mais dans le rapport qu'il entretient avec le service et avec les instruments que ce service a acquis ou non dans le but de pouvoir contenir une situation qui se présente souvent comme explosive*¹. Le terme « sérieux » définit donc une sorte de limite par rapport à la préparation, à l'expérience et à la capacité du service à aborder ces situations. Ce terme définit donc la rencontre avec une réalité inédite, où l'on devra travailler à l'aveuglette, sans paramètre de référence en amont et sans pouvoir s'en décharger facilement grâce à des structures institutionnelles.

Pour l'O.P., le « cas sérieux » n'avait pas d'existence parce qu'il disposait d'instruments de contention suffisamment puissants pour garder, quoi qu'il arrive, le patient à l'intérieur de l'institution. On ne s'interrogeait pas, par ailleurs, sur la compatibilité éventuelle d'une telle contention avec la survie psychique du sujet. L'idéologie et la pratique de la violence sont familières à l'asile et c'est ainsi que ce qui s'y pratique a comme seule limite celle de la survie physique du malade.

Une pratique de psychiatrie nouvelle, à partir du moment où elle s'oppose à la pratique de la violence, impose d'emblée de poursuivre des objectifs plus ambitieux, c'est-à-dire ceux qui ont trait à la *curabilité* et à la *guérison* du malade. Pour le « cas sérieux », la recherche de ces objectifs ne paraît plus possible. Cela constitue une source de frustration pour le service et met en crise l'image idéale qu'il a de lui-même. Le patient, dans ces conditions est évidemment chargé de tous les pouvoirs maléfiques, auto- et hétéro-destructeurs. Face à cette situation de crise, deux voies sont possibles. Ou bien le service accepte la leçon de réalité et soumet sa pratique à la discussion, remet en question sa prétention d'omnipotence et tente de se reconstruire en fonction de nouvelles stratégies ; ou bien il maintient malgré tout la bonne image qu'il a de lui-même, il nie la réalité du « cas sérieux » et met alors en œuvre, contre lui, toute une série de manœuvres occultes ou évidentes qui, en fait, ne sont qu'une réédition de la théorie et de la pratique de la violence. Cette deuxième façon de procéder

1. Souligné par nous (N.D.T.).

constitue une perversion du nouveau service psychiatrique dont la pratique coïncidera alors avec la gestion de la maladie psychiatrique du vieil asile.

Le « cas sérieux », ainsi défini, est celui qui met en crise le service psychiatrique qui s'était proposé comme l'alternative à l'asile². Ce terme de « cas sérieux », nous l'avons repris aux critiques qu'on nous adressait : lorsque nous décrivions à des collègues incroyables notre travail, non centré sur l'hospitalisation, on nous posait constamment cette même question : « Mais, les cas sérieux, qu'en faites-vous ? », « Comment les contrôlez-vous ? », « Où les mettez-vous ? »

Ces questions constituent un défi que les psychiatres traditionalistes sont sûrs de gagner, car ils pensent que ce qui constitue l'essence même de leur pratique psychiatrique, c'est-à-dire les instruments de contention et de contrôle, restent toujours nécessaires et qu'il est impossible de s'en passer pour la gestion d'un certain nombre de cas psychiatriques. Le défi qui concerne le « cas sérieux » est donc un défi décisif, qui met à l'épreuve non seulement la consistance de l'organisation des nouveaux services, mais aussi leur capacité théorico-pratique d'encadrer et d'aborder la souffrance psychique sur un mode qui soit totalement éloigné de la gestion médicale traditionnelle.

Comment se présente à nous le « cas sérieux » ? C'est en premier lieu le cas d'un patient psychiatrique, aigu, dont les agissements ont suscité l'alarme de l'entourage, ce qui a provoqué danger et préjudice. L'intervention du service psychiatrique se réalise dans des conditions particulièrement désavantageuses, étant donné que les informations disponibles sont en général partielles, déformées et que, le plus souvent, elles ne proviennent pas du patient lui-même ; c'est ainsi que les informations qui concernent l'explosion aiguë d'un état de maladie mentale sont quasi toujours inexactes : on insiste sur l'aspect aigu, éventuellement on le dramatise, pour accentuer la demande d'une intervention. Une des difficultés du « cas sérieux » réside donc dans l'absence de critères suffisamment fiables pour lire et décoder les informations qui le concernent. Le « cas sérieux », dans ce type de situation, est par excellence celui du patient qui n'a jamais été en contact avec notre service. Il est difficile de penser à une stratégie d'intervention parce que celle-ci implique d'habitude l'utilisation d'un élément quelconque qui a pu être recueilli avant le début de la crise. De même, le caractère imprévisible de l'explosion qui est mis à l'avant-plan ne résiste pas à la critique : lorsqu'on réussit en effet à reconstruire la séquence

2. Souligné par nous (N.D.T.).

des événements qui l'ont précédée, on s'accorde généralement à penser qu'un juge impartial l'aurait prévue depuis longtemps.

La caractéristique principale du patient en phase aiguë, qui se présente comme un « cas sérieux », est la violence physique qu'il manifeste. Cet élément induit à reconnaître comme pathologique un comportement qui, auparavant, était supporté par les voisins et la famille du patient et qui brise l'équilibre illusoire qui s'était maintenu jusqu'alors. Quand l'agression et la destruction sont devenues les seuls moyens d'exprimer des émotions violentes et qu'elles assument le rôle qui, dans une relation interpersonnelle, devrait être réservé à la présence et à la parole, il est bien difficile d'intervenir en utilisant cette présence et cette parole pour tranquilliser le patient et dédramatiser la situation. Vouloir atteindre de tels résultats par ces moyens est en effet se condamner à l'échec, sauf peut-être dans un cas : quand cette approche est en contraste flagrant avec celle qui a été utilisée par la famille ou les autres personnes qui sont intervenues, et qu'elle parvient alors à détruire les voiles de brume dont ceux-ci avaient enveloppé le cas.

Atteindre un tel succès, éclatant, n'est possible que lorsque le « cas sérieux » est le résultat de la création d'une ambiance de peur dans laquelle le patient est lui-même entré. Il a, dès lors, peur de ceux qui ont peur de lui et qui, dans leur propre peur, trouvent la motivation suffisante pour se défendre et le menacer, l'offenser et provoquer la peur et le couple agression-défense. Pour réussir à détruire ce circuit, il est nécessaire de ne pas y être impliqué, de n'être pas amené à interpréter tout geste, toute parole comme une menace potentielle. Ce n'est que la présence de quelqu'un qui n'a pas peur qui réussit à tranquilliser quelqu'un qui a peur.

Un de nos patients, qui a plusieurs reprises s'était trouvé impliqué dans des situations de ce type, décrivait le moyen de rompre les cercles vicieux relationnels induits par la peur, grâce à l'histoire du loup de Gubbio. « Saint François n'avait pas peur du loup et il a pu s'en approcher. Le loup n'avait pas faim et n'avait de raison d'agresser saint François ; de plus, il n'avait pas de raison d'avoir peur de saint François puisqu'il s'apercevait que celui-ci n'avait pas peur de lui ? » Il disait ainsi qu'il est possible de rompre le circuit de la peur mais non pas celui de la faim. Si le circuit est plus complexe et non pas seulement le résultat de la peur, nous n'aurons pas beaucoup de possibilités de succès thérapeutique.

Nous voulons dire que ce genre d'interventions à l'aveuglette ne fournit pas la tranquillité et la clarté d'esprit nécessaire pour pouvoir se présenter comme des interlocuteurs valables du patient et non pas seulement comme une partie de l'ambiance de vacarme qui les entoure. La pire des choses qui puisse nous arriver est d'être entraînés dans une situation de violence et forcés à une intervention, tout en n'étant pas sûrs que la dernière phrase qui ait été prononcée avant notre arrivée ne soit du type : « Si tu n'obéis pas, je ferai venir le loup-garou qui te prendra. » Ici, le caractère « sérieux » du cas se manifeste dans le fait qu'il nous confronte à notre thèse fondamentale qui veut que toute forme de violence soit antithétique à toute perspective thérapeutique. Mais il est évident aussi que lorsqu'un patient se met à avoir des comportements autodestructeurs et violents, notre propre violence ne peut se contenter de la contempler. S'opposer à quelqu'un qui a un comportement agressif contre soi ou quelqu'un d'autre, ne peut se réaliser que par la violence. La violence est en effet inévitablement présente dans tout rapport humain qui se crée sous le signe d'une violence aiguë. Il est donc bien nécessaire d'affronter le problème de la nature et des limites d'une telle intervention dans laquelle la liberté de mouvements du patient sera limitée. Ce contrôle ne doit pas être dissocié de l'importance de l'agressivité et de la violence manifestée par le patient. Il nous paraît, en effet, essentiel que la violence que l'on exerce soit à la mesure de l'intensité de la violence que le patient a manifestée et qu'ainsi on n'utilise pas des moyens de violence occultes ou sournois, mais que la contention du malade soit explicitée, accompagnée d'une verbalisation qui la commente, l'explique et la justifie continuellement. Cette volonté toute particulière de verbalisation repose sur l'hypothèse de la distinction entre le patient et la violence qui s'exprime en lui et risque de l'emporter.

L'objectif immédiat est que la violence ne se prolonge pas. L'objectif que nous gardons en toile de fond, mais qui n'en est pas moins important, est que rien ne soit fait qui puisse empêcher le développement éventuel d'un rapport thérapeutique. Le moyen apparemment le plus simple pour atteindre ce second objectif est de séparer le thérapeute de ceux qui interviennent pour faire cesser la violence. Le patient va alors attribuer à ceux-ci toute la méchanceté dont il se plaint, tandis qu'il verra dans le seul thérapeute le détenteur de tous les biens dont il espère profiter. Le risque d'une telle solution est double : provoquer un clivage entre le bien et le mal qui, repris par le patient, va s'allier à ses propres processus mentaux de clivage et de idéalisation, augmentant ainsi les obstacles qui s'opposent à la poursuite de la thérapie. Un tel clivage, du côté du groupe des intervenants psychia-

3. Ce même patient avait une fois agressé un médecin et lorsqu'on lui avait demandé pour quelle raison, il avait répondu qu'il s'était rendu compte que ce médecin avait peur de lui.

triques, permet à leur agressivité de s'exprimer sans limite dans une tâche de contention isolée de tout projet thérapeutique. Comme nous savons combien l'agressivité peut être présente en chacun de nous, il devient alors indispensable de se demander souvent quelle limite il convient de donner à la violence inévitablement présente dans l'action de contention. La responsabilité d'une intervention de contention de la violence devra être assurée par l'ensemble du service et il ne devra pas s'installer de clivage subtil entre la partie des travailleurs à qui il est permis d'utiliser la violence et ceux qui soignent.

Ceci réintroduit clairement la violence à l'intérieur des vicissitudes de tout rapport interpersonnel sans qu'il soit permis d'avoir recours à des moyens mécaniques ou d'isolement qui deviennent destructeurs, dans la mesure où ils sont toujours utilisés en excès par rapport à ce qui aurait été nécessaire pour la contention d'une personne déterminée à un moment donné. On pourrait, ici, bien entendu, nous objecter que la violence doit être en excès pour prévenir d'autres manifestations de violence qui vont succéder à la première, étant donné que le malade recommence toujours. A ce sujet, nous pouvons répondre que les manifestations explosives de violence du malade ne sont pas totalement imprévisibles : elles montrent une tendance à se reproduire périodiquement et indéfiniment, en donnant lieu à des situations qui sont tout à fait superposables les unes aux autres.

A quel ordre de raison devons-nous cette inexorable répétitivité ? Le « cas sérieux », quand nous avons la possibilité d'examiner sa situation de vie avec plus d'attention et de calme, apparaît comme le protagoniste d'un conflit interpersonnel extrêmement actif. Ce conflit est destructeur de la santé mentale et physique des personnes qui y sont impliquées, dès avant que se manifeste la violence physique. C'est la permanence du conflit qui provoque l'explosivité de la situation. Mais y a-t-il moyen d'expliquer les raisons qui provoquent la répétition indéfinie de ces manifestations d'explosions de violence ? Il est possible que, si nous portons notre attention à la signification des manifestations de violence et à ses limites, nous trouverons quelques points d'appui pour mieux situer ce phénomène. Les manifestations de violence sont l'expression la plus bruyante et la plus dangereuse d'un conflit interpersonnel mis en acte afin d'ébranler une situation devenue insupportable. La violence n'est donc pas un moyen efficace de trouver une solution à une relation pathologique. Elle constitue plutôt un mode d'expression où cette relation pathologique se manifeste. La répétitivité de ces manifestations témoigne des liens indestructibles qui relient victime et coupable.

La violence, dont nous sommes obligés de nous occuper, explose dans un espace de relations interpersonnelles qui sont considérées par les protagonistes eux-mêmes comme indispensables à leur propre existence, sans que la possibilité de sortir spontanément de ces relations conflictuelles pour rechercher de nouveaux circuits relationnels ne semble pouvoir exister. La violence qui explose dans de telles conditions apparaît donc comme une tentative erronée de modifier ce rapport qui est vécu comme essentiel et coercitif. Il est clair que, dans ces situations, la volonté de détruire l'autre ne se réalise pas, de même que le désir de se séparer définitivement de l'autre n'est pas présent. Chacun a besoin de l'autre et d'exercer sur lui à la fois contrôle et pouvoir. L'aspect contradictoire de la violence, dont nous nous occupons ici, résulte bien sûr de ce qui vient d'être dit, mais aussi de l'expérience répétée qui veut que, quoi qu'on fasse dans ces situations, on fait du tort à chacune des deux parties : soit qu'on abandonne le violent dans les lieux où il s'est manifesté, soit qu'on l'éloigne. Il faut, de toute façon, qu'une des deux parties et le plus souvent les deux ensemble assument le rôle du « mauvais ». Assumer patiemment ce rôle est peut-être la seule réponse intelligente que nous puissions fournir à ce genre de situations auxquelles nous avons été confrontés.

Nous ne pensons pas ainsi avoir épuisé la description du « cas sérieux » : nous en avons seulement souligné les aspects les plus éclatants, certainement les plus dramatiques, bien qu'au fond ils soient les moins spécifiques.

*Le caractère « sérieux » d'un cas dépend de facteurs qui rendent impossible sa cure*⁴. Jusqu'à présent, nous avons seulement examiné quelques-uns des éléments qui empêchent le contact entre le patient et celui qui pourrait le soigner et qui rendent inopérantes les motivations éventuelles à une cure. Nous pouvons bien sûr rencontrer des obstacles supplémentaires masqués par le caractère dramatique des situations que nous avons décrites jusqu'à présent.

Il existe, en effet, une deuxième manifestation du « cas sérieux », c'est celle où le patient psychiatrique se présente comme quelqu'un qui ne communique pas ou qui communique avec difficultés. Travailler avec lui est extrêmement difficile et compliqué et parfois, même, impossible, non pas tant en raison d'une opposition et d'une résistance du patient, mais peut-être surtout en raison de son absence de réaction et de communication. Le fait qu'il refuse de nous parler dans ces circonstances est très perturbant. Parfois, même, il semble simplement ignorer notre présence ;

4. Souligné par nous (N.D.T.).

d'autres fois son attitude semble nous montrer qu'il nous attribue des intentions malveillantes. Mais d'autres fois, il n'en est rien, il semble que le patient fasse des efforts, mais qu'une partie de lui-même et de sa vie reste inaccessible. L'objection, qu'à ce moment on risque de nous adresser, est que si quelqu'un réussit à faire le diagnostic de la pathologie dont est porteur le patient, il ne devrait pas avoir de difficulté majeure à imaginer ce qui se trouve à l'origine de ce silence et de cette opposition. C'est de cette façon que nous pouvons en quelque sorte remplir le silence du patient d'hallucinations, de délires ou de fantasmes.

Mais cette élaboration mentale n'améliore pas notre communication et ne remplace pas la perception des contenus mentaux du patient, mais cela perturbe surtout notre capacité à les percevoir. Nous risquons dès lors de remplir de contenus fantasmatiques des espaces psychiques réellement vides et donc prêts à se remplir des contenus de notre propre communication si nous avons le courage et la capacité de les maintenir actives. Si nous utilisons les catégories psychiatriques comme fondement de nos informations, c'est un peu comme si nous labourions un champ avec un soc profond détruisant tous les fragments d'une ancienne civilisation, qui souvent affleurent dans nos campagnes ; il convient donc de se méfier de leur usage.

Nous pouvons, par exemple, dire qu'une des modalités par laquelle la communication est perturbée, est le résultat d'une projection sur des éléments de la réalité externe des sentiments et des fantasmes du patient. Il ne reconnaît plus comme lui appartenant et propre à son vécu interne ce qu'il a projeté sur l'extérieur. Connaître et faire l'hypothèse de ce mécanisme ne facilite cependant guère notre travail. Nous rencontrons de grosses difficultés à reconnaître ce mécanisme de projection à partir du moment où cette projection se déploie sur des éléments de la réalité qui se prêtent à la soutenir et qui sont homogènes à elle. Nous ne nous référons pas seulement ici aux réactions provoquées par le comportement du patient et que celui-ci utilise pour expliquer et justifier son propre comportement (remplaçant du même coup sa propre vision des choses, la nature réelle des relations existantes).

La peur, suscitée par exemple par l'agressivité, provoque des réactions de défense et même d'agression qui donnent réalité aux sentiments du patient d'être persécuté. Mais il y a plus ! Nous sommes en effet frappés par la capacité qu'a tout patient de ce type de ressentir dans la réalité, même la plus banale, les sentiments agressifs et les attitudes répressives des autres (bien que le patient ne retire aucun avantage de sa perspicacité, soit parce qu'il ne peut manipuler avantageusement ce qu'il a découvert, soit

parce qu'il a découvert les parties cachées de nous, où nous logeons nos noyaux agressifs que nous continuons, par ailleurs, à nier et qui dans de telles conditions constituent une barrière qui s'oppose à une communication réelle). En ce cas, plus le patient sera perspicace, plus la communication sera perturbée. Il y a des parties internes, obscures, en chacun de nous qui nous empêchent d'entrer en contact avec la réalité du patient.

En général, la différence fondamentale entre le patient et le thérapeute est celle-ci : le patient s'attache toujours à rendre confus, contradictoire et incompréhensible, ce qui, dans la relation, ne peut ou ne doit pas être compris, et ceci indépendamment des origines de cette impossibilité ou inhibition de la communication, qu'elle soit due au patient ou au thérapeute lui-même. C'est pour ces raisons qu'il est plus facile d'entendre le thérapeute parler des aspects incompréhensibles de son patient plutôt que d'observer l'inverse.

Une des caractéristiques du « cas sérieux » est que, dans les situations dans lesquelles nous sommes en contact avec lui, toute la difficulté de communication semble devoir être mise au compte du patient lui-même, tandis qu'aucune responsabilité ne semble pouvoir être attribuée au thérapeute. On se trouve face à une situation qui est totalement similaire à celle que nous avons retrouvée et décrite au sein du groupe d'appartenance du patient au moment de l'explosion de violence. A cause de l'échec des essais de rencontre et de communication, le patient ne peut plus que passer à l'acte, c'est-à-dire réaliser des actions concrètes à la place d'une pensée qui n'est donc plus exprimable sur un mode compréhensible et crédible et qui ne peut plus être véhiculée par le langage verbal.

Dans l'analyse de ces situations caractérisées par des manifestations violentes ou de mauvaise communication, peut-être donnons-nous trop d'importance à la méfiance, à l'hostilité, à la haine et à la peur. Mais la disparition de la méfiance, le dépassement de l'hostilité, la réduction des projections ou la diminution de l'agir ne conduisent pas toujours à la disparition de la difficulté de communication.

La difficulté alors se présente comme liée essentiellement à un phénomène qui est présent dans les comportements que nous avons décrits jusqu'à présent mais qui peut exister indépendamment de ceux-ci. Nous pouvons appeler ce phénomène la *non-émergence du psychisme en tant que tel ou encore la non-reconnaissance de l'expérience actuelle comme une manifestation ou une production du monde interne*. Ce concept peut encore être exprimé sous une autre forme : la difficulté du patient à établir une communication valable et significative avec nous, dépend d'une difficulté

personnelle à se représenter et à exprimer ses propres expériences intérieures. Un appauvrissement progressif et une distorsion de la communication sont la conséquence de ce phénomène, car la subjectivité propre du patient n'est plus reconnue comme telle : il ne disposera plus alors de paroles qui puissent être associées aux sentiments, aux émotions et aux pensées internes puisqu'il ne disposera plus de paroles en référence à des événements externes. C'est un « cas sérieux », non seulement parce qu'il lui est impossible d'entrer en contact avec nous, et parce que, de manière plus fondamentale, ce patient n'est pas lui-même capable d'entrer en contact avec sa propre subjectivité.

Mais, à ce propos, il est tout à fait essentiel de souligner que le « cas sérieux » n'est pas une définition diagnostique, mais une appréciation de la situation dans laquelle nous sommes obligés de nous occuper d'un sujet qui a été défini comme un « patient psychiatrique ». La tendance à considérer les « cas sérieux » comme psychotiques est importante si l'on se base en effet sur les catégories de pensée de la psychiatrie classique pour qui l'impossibilité de contact et l'incompréhensibilité du comportement et l'échec subi par le psychiatre sont signes de psychose. Mais, avec une égale légitimité, on pourra soutenir que, dans un certain nombre de cas, c'est la subjectivité même du patient qui est mise en échec par le psychiatre qui lui nie toute possibilité d'émerger et de s'exprimer.

LA RÉPONSE AU « CAS SÉRIeux »

Ainsi que nous avons tenté de le mettre en évidence dans le chapitre précédent, une croyance ingénue dans l'omnipotence des nouveaux services psychiatriques y fait croître l'illusion qu'il n'existe pas de limites à leur efficacité et qu'il n'existe pas vraiment de « cas sérieux », c'est-à-dire des cas tels qu'ils se situent en dehors des possibilités actuelles d'intervention de ces services. Cette prétention excessive conduit inévitablement à des manœuvres d'occultation des « cas sérieux ». Cela se produit soit grâce à de nouvelles formes d'isolement, soit grâce à une nouvelle violence qui n'est différente de la violence ancienne que par sa dénomination et la justification qu'on lui donne.

Quand la stratégie d'un nouveau service psychiatrique est entièrement focalisée sur un programme anti-institutionnel, il peut arriver que sa pratique soit totalement absorbée par la destruction de l'asile. Dans ce cas, on peut être tenté de croire (parfois d'espérer ou bien de démontrer théoriquement) que les alternatives se définiront d'elles-mêmes. On court à ce moment le risque énorme que la violence inévitablement liée à la rencontre du « cas sérieux » soit théorisée comme un ingrédient indispensable à toute activité thérapeutique. C'est de cette manière que l'on peut assister à un renversement paradoxal des positions de personnes qui auparavant avaient combattu et dénoncé la violence asilaire comme un produit de la juxtaposition de la surveillance et de la cure des malades mentaux et qui sont à nouveau en train d'associer ces deux activités puisqu'ils prétendent soigner tout en surveillant, alors que le modèle asilaire a été détruit.

Il est vraisemblable que personne ne se reconnaîtra dans ce portrait de Judas de la psychiatrie italienne. Mais il nous semble que c'est bien dans cette direction que se dirigent tous ceux qui font des concessions de quelque nature que ce soit à la violence, même justifiées par ce que l'on appelle la nécessité, et même appuyées sur des distinctions subtiles, par exemple entre le corps qu'on emprisonne, bien sûr avec la vieille camisole de force, et l'esprit qui reste libre. C'est dans cette direction que l'on se

dirige lorsqu'on se contente de faire allusion au fait qu'il serait minimale-ment thérapeutique d'être contraint à accepter la cure.

Nous avons expérimenté comment au sein de l'O.P. la violence rendait vaine toute perspective thérapeutique, elle agissait comme une force destructrice et intimidante qui empêchait tout effort d'expression et d'évolution du patient. C'est pour ces raisons que nous continuons à affirmer qu'il est impossible de faire une cure à quelqu'un si on exerce sur lui un contrôle, parce que cela constitue toujours une menace de violence. Inversement, il est impossible qu'une thérapie utilise de la violence par le simple fait que celle-ci réduit à néant les forces vives du patient qui devraient jouer un rôle décisif dans ce processus de la cure. C'est pourquoi nous pensons qu'il est préférable d'accepter l'échec de certaines de nos interventions plutôt que de tenter de nier, ce qui rend impossible la recherche ultérieure d'une nouvelle stratégie d'intervention. Ces propos particulièrement polémiques ne s'inscrivent pas dans le cadre de discussions abstraites mais font référence très directement à une confrontation réelle avec d'autres groupes de travailleurs d'autres C.I.M. de notre région.

Bien des personnes, qui ne sont pas directement reliées au travail psychiatrique, interprètent ces polémiques comme la preuve de l'existence de plusieurs écoles qui ont droit de cité à l'intérieur de l'expérience de renouvellement de l'assistance psychiatrique et qu'elles sont toutes culturellement légitimes. Elles estiment que cela fait partie du jeu que ces différentes « écoles » s'excommunient mutuellement. Nous ne sommes pas du même avis. Pour nous, en effet, il s'agit d'une question préalable et l'absence d'accord à son sujet peut réduire à rien les efforts d'unité qui étaient les nôtres et qui ont permis d'ailleurs l'amélioration progressive de l'assistance psychiatrique dans notre province d'Ombrie. Cette question préalable est pour nous l'attitude que l'on peut avoir lorsqu'on est confronté au problème de la violence et de l'usage que l'on peut en faire dans la réponse que l'on apporte au besoin psychiatrique. C'est pourquoi nous continuons à stigmatiser le fait que, alors que l'aspect thérapeutique de la rencontre avec le malade est négligé, la violence réelle exercée par ces nouveaux services est masquée par une sorte de pédagogisme qui prêche la rééducation sociale du malade : l'obligation, par exemple, d'aller au travail tout en étant contrôlé par un ou plusieurs infirmiers qui s'empres- sent de recruter des « aides » ; l'obligation de fréquenter l'école en imposant aux professeurs une collaboration fictive ; l'obligation d'avoir des rapports sexuels comme signe de normalisation.

C'est de cette façon que l'on attribue une valeur thérapeutique à des lieux et des actions qui devraient soigner par l'action de leur vertu intrinsèque. Ces lieux et ces actions, dans la mesure où ils sont définis comme normaux, sont censés ainsi normaliser le patient. On arriverait ainsi à la conclusion que l'étiquette de normalité pourrait être en elle-même thérapeutique. Il est évident que l'on se trouve encore là dans une logique qui prétend qu'il suffirait, pour résoudre le problème psychiatrique, d'éliminer l'appellation d'institutions psychiatriques.

On utilise à nouveau la duperie, qui est un mode d'activité typiquement asilaire, pour maintenir un patient « tranquille » quand on se trouve dans un département de médecine au lieu de se trouver dans un O.P. classique. L'exemple suivant illustre clairement ce type d'activité.

Un jeune homme qui avait frappé sa mère et menacé ses voisins, est hospitalisé dans un département de médecine après qu'un psychiatre l'eut convaincu qu'il était atteint d'une affection hépatique. Épouvanté, celui-ci accepte de rester à l'hôpital pour une dizaine de jours, jusqu'à ce que les examens de laboratoire démontrent que le foie était sain. Nous ne voyons pas de différence substantielle entre ce cas et celui d'un malade qui était amené à l'O.P. par des agents de la sécurité publique, chargés de réaliser l'internement obligatoire et qui avaient convaincu le patient que l'internement était nécessaire pour qu'il ait une issue favorable à sa demande de pension.

Dans toutes ces activités que nous venons de décrire, on retrouve l'effort constant de « normaliser » le patient dans le but de le transformer en une personne qui n'est plus un patient ou du moins qui n'est plus un patient psychiatrique. Dans ces conditions, cette opération ne réussit cependant pas parce que le patient devient quelque chose d'autre (un écolier, un ouvrier, un malade) qui remplace son statut de malade psychiatrique, mais il acquiert ce nouveau statut grâce au fait qu'il était auparavant un patient psychiatrique. Il est donc toujours soumis au jugement du psychiatre et à ses désirs. On ne tient pas compte du tout du chemin que le patient a parcouru ou qu'il est en train de parcourir ; si son vécu actuel est pris en considération, c'est uniquement pour conclure qu'il s'agit d'une histoire dénuée de sens. La normalisation se réduit ainsi à une sorte d'éloge du monde psychiatrique considéré comme le seul monde existant¹. Le désir du psychiatre est l'unique expression d'un monde interne à qui l'on donne un

1. Il faut noter, fût-ce incidemment, que paradoxalement cette normalisation assure en fait la restauration de la folie considérée comme une manifestation vide de sens, après que son existence en tant que maladie mentale eut tout d'abord été niée.

espace d'expression important puisque le monde interne du patient est nié de fait et même parfois grâce à une argumentation théorique. Que le contrôle devienne la véritable thérapie est la conséquence de cette négation², qui constitue donc le fondement d'une reconstruction de la psychiatrie sur le mode, à nouveau, d'une institution répressive qui, bien qu'elle n'exerce plus à l'intérieur des murs d'une prison, est active dans les lieux de vie des patients.

La conséquence directe de cette façon de concevoir la psychiatrie est que les nouveaux « cas sérieux » ne sont plus rassemblés dans des O.P. mais, comme les Indiens d'Amérique, parqués dans des réserves spéciales. On peut caractériser ces espaces comme des « circuits de la tolérance » : ils incluent la maison du patient et le voisinage. Ils excluent toute possibilité de changement de communication et de plus grande liberté avec le reste du territoire. C'est ainsi que des fonctions de l'asile sont transférées sur le territoire. L'usage à doses massives de psychotropes rentre dans cette catégorie de pratiques. On parvient de cette façon à dominer quelque chose qui, autrement, risque d'échapper et l'on se trouve de plus confirmé dans son omnipotence. Mais, pour ces cas, il n'existe plus d'espoir thérapeutique parce que l'espoir est à l'opposé de l'omnipotence.

Se demander s'il existe une pratique alternative à celle que nous venons de décrire précédemment signifie qu'il faut se demander s'il est possible de briser le cercle fermé de la « réserve » dans laquelle est maintenu le patient et de réintroduire le « cas sérieux » dans son entourage. Cela signifie aussi qu'il faut se demander s'il est possible d'éviter l'exercice de la violence comme modalité unique d'intervention et d'action, c'est-à-dire éviter le risque que tout ce qui se passe à l'intérieur du service ne soit rien d'autre qu'une assimilation claire ou cachée de l'autre à soi-même.

Si l'on veut éviter tous ces risques, la première condition est que le service psychiatrique sorte de son « propre » isolement, car l'isolement est le terrain sur lequel se développent et fleurissent les fantasmes d'omnipotence. Mettre en place une pratique alternative implique que l'on développe une stratégie globale. Nous parlons de stratégie parce que nous savons bien que, chaque fois que nous mettons en place un projet et un plan d'action, nous devons tenir compte du fait que leur point de départ est une situation au sein de laquelle les outils habituels d'analyse sont inutilisables. Ceci veut dire que nous devons nous attendre à rencontrer des échecs, à devoir prendre notre revanche, à rattraper le temps perdu et à développer une

2. Ce qui conduit toute thérapie à être un contrôle.

sorte de suivi afin de trouver de nouveaux éléments sur lesquels on puisse fonder une action plus valable, après avoir constaté dans un premier temps qu'il n'y avait apparemment pas de solutions possibles. C'est bien parce que nous maîtrisons peu de choses que nous ne pouvons pas faire abstraction de la folie et du sens qu'elle possède. Avant toute chose, il est important que ce sens « insensé » ait la possibilité de s'exprimer, il est donc nécessaire que ce que le patient nous communique ne tombe pas dans le vide, que ce soit quand il l'exprime dans un chuchotement ou quand il le crie d'un ton intolérable.

Le premier pas pour sortir de la « réserve » passe par l'expérience de pouvoir être véritablement écouté. Il ne s'agit pas d'un élément secondaire, mais bien d'un désir essentiel du patient. C'est ainsi que si nous réussissons à regarder le « cas sérieux » avec suffisamment de tranquillité (ce qui n'est d'ailleurs pas toujours facile), il nous apparaîtra que beaucoup de ses actions, de ses gestes et de ses paroles sont riches de communication. Il s'agit de gestes de provocation destinés à obtenir l'attention ou bien de gestes qui tendent à évaluer la qualité de cette attention. Ce sont des tentatives pour fuir la confusion mentale et pour tenter d'éliminer tous les éléments qui contribuent à cette confusion, que le patient retrouve à l'intérieur de lui-même.

Toute réponse qui ne tient pas compte de ce besoin fondamental est destinée à l'échec. Si l'on n'accepte pas ce besoin fondamental, aucune évolution ne sera possible pour le « cas sérieux » et toute action ne visera qu'à la contention du patient : il n'y aura pas d'alternative à la vie à l'intérieur de la « réserve » où le patient a été confiné, et son état de santé mentale sera mesuré en fonction de la capacité des autres à le supporter.

Lorsque nous disons qu'il convient de laisser au patient la possibilité de communiquer, nous n'exprimons pas un point de vue théorique. Nous voulons dire essentiellement par là qu'il n'est possible au patient de sortir de la « réserve » que si son statut de malade mental change radicalement. Il ne suffit pas de nier de façon abstraite ce statut de malade mental pour que ce statut ne soit plus attribué à une personne ; c'est ce qui se produit lorsqu'on se contente de dire que « ce n'est pas un malade mais un déviant » ou bien que « ce n'est pas un malade mental mais un malade comme les autres ». Ces négations abstraites se contentent de parler de la cause d'un statut de souffrance ou de maladie, mais ne disent rien sur les conséquences de cet état dont une des conséquences essentielles est qu'il est quasi impossible pour qui présente des troubles psychiques d'être accepté par son propre milieu de vie.

L'écoute du malade mental reste impossible aussi longtemps que son message reste incompréhensible. L'écoute est possible par quelqu'un qui est capable de décoder ce message et de le rendre accessible. Ce décodage ne s'identifie pas totalement à un pur processus de verbalisation, bien que la place de la verbalisation dans ce processus occupe une place importante puisqu'elle constitue un substitut à un agir qui aurait pu être plus destructeur pour le patient. Le décodage requiert que l'on mette en place des conditions qui permettent au patient de mettre en évidence ce dont il a besoin et qui lui assurent la continuité et la stabilité des relations et de la présence dans ses conditions d'existence. C'est ainsi que l'on empêche la « normalisation forcée ». Le statut de malade mental doit être progressivement déconstruit par la pratique en restituant à chacun (au patient, à sa famille, au psychiatre, à la culture, à la société dans son ensemble) la part qui lui revient dans sa construction.

Dans les deux chapitres suivants, nous illustrerons ce que nous entendons par la construction progressive de nouveaux points de vue pour accéder à la définition d'une nouvelle stratégie face aux problèmes que nous pose le « cas sérieux ». Nous avons pu mettre ces éléments en évidence grâce aux incidents et aux difficultés que nous avons rencontrés, c'est-à-dire dans un domaine où, la plupart du temps, l'échec de la thérapie est déjà en train de se constituer. De manière très optimiste, nous pourrions dire que ce qui est un obstacle devient un soutien. nouveau à notre démarche et que ce qui a été fait sous l'emprise de la nécessité devient le fondement d'un nouveau mode de travail.

A PROPOS DE LA PERCEPTION PSYCHOTIQUE DU SERVICE DE SANTÉ MENTALE

Nous allons à présent tenter de synthétiser l'essentiel de notre expérience avec les « cas sérieux » et de manière plus précise avec ces cas qui, après nous avoir rencontrés dans des circonstances dramatiques et traumatiques, ont réussi à modifier leurs rapports avec notre service psychiatrique. Nous en parlons à partir de ce que l'expérience nous a appris.

Lorsque nous disons apprendre, nous ne nous référons pas seulement aux résultats potentiels d'une recherche purement scientifique, mais nous adoptons un point de vue un peu particulier qui implique aussi la communication d'expériences de personne à personne et en particulier du patient au thérapeute. Lorsque nous disons que ces patients nous ont enseigné bien des choses, nous ne les considérons pas comme faisant partie d'un univers naturel qui pourrait révéler ses secrets à qui les recherche, mais nous les considérons, comme faisant partie de l'univers proprement humain. Le patient n'est pas un « objet scientifique », il ne s'agit pas d'un composé chimique qu'il faut analyser afin d'extraire le secret de sa composition. Une alliance entre un processus chimique et la matière n'existe pas. On peut affirmer, par contre, qu'il peut exister une alliance qui est la base indispensable pour le voyage à deux que le patient et le thérapeute vont effectuer à l'intérieur de la réalité mentale du patient. Il convient, en effet, sur la base de cette alliance d'utiliser au maximum l'expérience que le patient a faite de lui-même et la manière dont il a pu l'élaborer, que ce soit, comme c'est parfois le cas, d'une manière défectueuse, mais parfois avec succès.

Bien que cela puisse sembler paradoxal, ce sont précisément les succès obtenus par les patients qui nous donnent la possibilité de penser à de nouvelles stratégies d'action. Cette possibilité est la conséquence de notre capacité d'assumer en nous toute l'histoire et l'expérience entière du patient et ceci dans la forme même où il les a vécues et de la manière dont

il peut en parler, et d'avoir cette histoire constamment en tête dans sa globalité.

Il ne s'agit pas d'un résultat facile à obtenir, mais il peut être réalisé graduellement si l'on garde constamment en tête l'objectif final. Si l'on adopte cette stratégie, elle implique nécessairement comme première démarche d'expliquer le refus d'entreprendre dès le début de la rencontre avec le patient une intervention qui voudrait être thérapeutique. Ce n'est qu'après avoir compris les difficultés du patient pour rencontrer des personnes capables de l'aider qu'il sera possible de comprendre son problème en termes plus clairs et peut-être dans des termes très différents de ceux qui, au départ, définissaient sa problématique.

De la même façon il est indispensable d'examiner au plus près les difficultés du travailleur psychiatrique (ou du service dans son ensemble) à rencontrer le patient. Le « sérieux » du cas implique, en effet, que l'on prenne au sérieux toutes les formes d'expression qui sont les siennes en se donnant comme objectif d'essayer d'en dégager le sens ou au moins le sens que le patient leur donne en tenant compte des références qu'il peut faire aux circonstances et aux événements récents.

Cette attitude nous permet de comprendre au moins une partie des motivations que le patient donne à ses actes. On se rend compte que lorsqu'une opposition se manifeste chez le patient, c'est parce qu'il refuse d'être l'objet des demandes et de l'organisation du service. Il ne tolère plus, en effet, d'être un objet passif et manipulé, mais il souhaite faire lui-même des demandes. Le patient soupçonne le service de ne poursuivre une stratégie libératrice qu'en apparence et d'installer de façon subtile une relation de répression ; c'est pourquoi il exprime son désir de connaître et de contrôler l'organisation de ce service censé s'occuper de lui. Mais cela ne se traduit que très rarement par une demande précise et explicite. Il est, de la même façon, extrêmement rare qu'un patient puisse exprimer de manière claire et précise ce qu'il ressent de l'institution psychiatrique. Les demandes du patient sont enfouies dans les fantasmes contradictoires qu'il se fait à propos du service et qu'il ne réussit à exprimer que dans des situations très précises. Ces fantasmes ne peuvent s'exprimer que dans des situations privilégiées.

Au début de notre travail, elles apparaissaient dans des situations de groupe où les malades et les travailleurs du service discutaient du travail psychiatrique, de la façon dont il était réalisé et de situations personnelles à propos desquelles demandés et offres d'intervention se confrontaient. On essayait d'évaluer sur le terrain l'expérience des travailleurs par rapport à

celle des patients afin d'améliorer le niveau de compétence du service. C'était la continuation dans le C.I.M. de ce qui s'était fait dans les assemblées communautaires de l'O.P. Deux circonstances favorisaient la perpétuation de cette tradition : le nombre non excessif de patients suivis et le fait qu'une grande partie de ceux-ci était d'anciens psychiatrisés de l'O.P., qui étaient donc habitués à cette forme de démocratie directe.

Au cours du temps, cette forme d'évaluation communautaire devint de plus en plus difficilement réalisable, bien qu'elle ne fût jamais totalement abandonnée. Il y a à ceci plusieurs raisons, chacune ayant d'ailleurs une importance variable : l'augmentation du nombre de patients, et la modification de ceux-ci, ce qui mettait le service en contact avec des intérêts et des besoins de moins en moins homogènes et de plus en plus divergents, et l'obligeait à élargir le cadre de son action à des domaines toujours neufs.

Il devint de plus en plus important de prendre contact avec les organismes représentatifs. Ceux-ci exerçaient eux aussi un contrôle sur notre service, mais qu'on ne pouvait comparer à celui des personnes directement intéressées aux questions psychiatriques parce qu'il n'était pas fondé sur des images tirées de l'expérience directe. On ne peut supprimer celles-ci par la force, car elles posent quelques questions de fond. Actuellement, ces conceptions imaginaires du service psychiatrique s'expriment dans deux types de situations : tout d'abord dans la communication avec les malades psychotiques décompensés dont l'agressivité semble interdire toute possibilité de censure à l'expression verbale ; par ailleurs, au sein d'un rapport thérapeutique stabilisé à l'intérieur duquel le patient sait qu'il a le droit de parler de tout et qui se rend peu à peu compte que l'expression de sentiments et de jugements déplaisants et agressifs est tout aussi importante, sinon plus, que celle de sentiments positifs.

Ce qui se manifeste dans ces deux situations n'est pas une demande précise mais l'expression de perceptions que le patient a de lui-même dans le rapport qu'il entretient avec le service, ceci à travers toute une série de perceptions et d'éléments multiples le plus souvent d'ailleurs déformés ou déguisés. Quelle que soit la forme complexe et contradictoire de cette communication, elle constitue bien une source d'informations irremplaçable. On peut, en effet, l'utiliser pour mieux connaître la réalité de l'institution dans laquelle on travaille et les forces qui la traversent réellement. Les critiques qui sont adressées au service, même lorsqu'elles le sont à travers un matériel psychique organisé sous forme hallucinatoire ou bien de pensée délirante, doivent être recueillies et prises en considération comme l'expression potentielle d'aspects qui, sans cela, seraient restés inconnus du service

en raison de leur nature propre, qui est de rester invisibles à la compréhension des gens dits normaux ou du moins à la perception du travailleur psychiatrique.

Nous appellerons, ce que nous venons de décrire, la « perception psychotique du service », en soulignant qu'il s'agit bien d'un processus de perception du service influencé par les besoins individuels du patient à un moment donné. Il s'agit donc bien de la manifestation de ces besoins, le résultat d'un contact avec certains aspects cachés de la réalité (y compris et surtout celle du service et du travailleur psychiatrique) qui reste pour le patient source de frustration. Ce processus de connaissance n'est utilisable par un groupe de travail que si celui-ci est disposé à se remettre continuellement en question et s'il peut s'intéresser à connaître les limites de sa propre efficacité. Ce couple « dénonciation information » met particulièrement en évidence certains aspects de l'organisation et du fonctionnement du service, qui sont les points les plus délicats de l'organisation de notre service (et peut-être de tous les services psychiatriques) dont la rencontre avec la réalité du patient constitue une source de souffrance permanente. Il est peut-être impossible d'en parler si on ne tente pas de repérer les besoins fondamentaux auxquels le patient fait allusion dans ces moments de crise. Ces besoins, en fait, s'inscrivent dans le besoin plus général de cure qui est parfois exprimé de manière paradoxale : « Moi, je n'ai besoin de rien, mais si j'avais besoin d'être soigné, alors vous devriez vous occuper de moi de telle façon. » Cette « façon » exprime avant tout le besoin de personnalisation de la cure : qu'une personne s'occupe du patient de manière stable, sans interférence externe, et qu'elle adapte sa disponibilité en fonction du besoin du patient.

Le deuxième besoin du patient est celui de la clarté et de la constance du travail du thérapeute : que les règles qui organisent ce travail thérapeutique soient facilement repérables, qu'on puisse les évaluer et qu'elles ne soient pas tues.

Le troisième besoin exprimé par le patient est que la capacité de comprendre et la disponibilité pour le faire soit toujours au maximum de leur possibilité chez le thérapeute : qu'il soit savant, c'est déjà le sommet du savoir.

Le quatrième besoin est celui d'être protégé des dommages potentiels liés au travail thérapeutique, et d'être protégé en outre des actions de tous les autres professionnels de la santé et des organisations sanitaires diverses, des agents de la sécurité publique, qui ont pour objet le patient. Si, en effet, celui-ci ne peut estimer que son désir d'être entouré par des personnes

ayant de bonnes intentions à son égard soit réalisable (son état de souffrance rend inexprimable un tel désir), il souhaite qu'au moins une des personnes le protège contre les actions de toutes les autres !

Il n'est guère difficile d'imaginer que tous ces besoins peuvent être exprimés de manière peu satisfaisante et se présenter comme « des demandes excessives », « des désirs infantiles », « des désirs d'omnipotence », « à de la tyrannie et du sadisme », mais aussi qu'ils expriment une négation du décours temporel du travail thérapeutique et de son évolution dans le temps.

Il est absurde de valoriser cet aspect et de le soumettre à l'attention du patient si auparavant nous n'avons pas pris au sérieux la réalité de sa contestation. Puisque nous sommes obligés de reconnaître que la contestation touche toujours des points mal résolus et, comme nous le disions, des points délicats, quels sont en effet les points contestés ?

La première concerne essentiellement l'interchangeabilité des travailleurs. Dans la machine institutionnelle, les intervenants occupent des positions et ce qu'ils font dépend très exactement de cette prédétermination ; c'est la position qui donne la fonction institutionnelle et ceci indépendamment de la personne qui occupe ce poste. Cela donne une grande stabilité à la fonction qui est garantie du fait que chacun occupe la position correspondante. C'est sur ce modèle qu'à l'O.P. les soins et la surveillance des patients sont assurés. La négation de cette organisation ne pouvait évidemment se réaliser dans les faits qu'en intervertissant carrément la logique de l'intervention thérapeutique et ceci en la personnalisant puisque dans cette conception l'intervention thérapeutique est le fait d'un individu particulier vis-à-vis d'un patient déterminé.

Ceci ne fut possible que grâce à un effort constant d'organisation qui se donnait pour tâche de distribuer le travail le plus intelligemment possible au fur et à mesure qu'il s'accumulait. C'est de cette manière que nous avons réussi à mettre en place une méthode de travail basée sur le rapport thérapeutique, c'est-à-dire une relation qui met l'accent surtout sur la disponibilité et la compétence des personnes concernées plutôt que sur leur qualification professionnelle ou leur position hiérarchique. Il arrive, par contre, que soit dans des situations de routine, soit dans des situations d'urgence, une interchangeabilité des divers travailleurs se réalise. C'est à celui qui est présent de répondre à la demande, même s'il n'est pas la personne qui, précédemment, a répondu à un appel ou qui a établi une relation avec le patient. Dans certaines limites, toute situation problématique

que est plus facilement soluble grâce à une assez grande disponibilité de chacun des travailleurs.

Mais bien entendu, s'il existe dans ces conditions une augmentation progressive du travail, le service atteint rapidement ses limites. Il apparaît donc une limite à la personnalisation de l'intervention, en particulier dans les situations les plus problématiques et complexes, c'est-à-dire dans des situations qui réclament à la fois assistance et thérapie durant un grand nombre d'heures par journée et durant plusieurs jours par semaine. Un problème peut apparaître comme insoluble si l'on tente continuellement de préserver les avantages de la personnalisation du travail psychiatrique auquel est associé l'espoir du succès qu'on peut lui attribuer, si du moins nous voulons continuer à insister sur la personnalisation du travail thérapeutique à tout prix. La solution de ce dilemme semble alors consister dans l'invention d'autres modalités de travail plus complexes, parce que fondées sur la diversité des différents intervenants qui doivent alors agir en même temps, alors que les diverses tâches sont distribuées entre eux dans un programme d'action unifié, clair pour chacun.

Dans le premier des cas, se forme un processus de cothérapie ; dans la seconde hypothèse, c'est un groupe qui se constitue, centré sur le patient et à l'intérieur duquel une division du travail et des compétences est réalisable. Attachons-nous ici à cette deuxième modalité parce que nous avons pu constater que de le réaliser fait taire le premier type de contestation que nous avons évoqué.

Le deuxième type de critique que les patients peuvent nous adresser concerne l'absence d'homogénéité des différentes interventions. Cette critique persiste même lorsque nous avons pu mettre en place les solutions que nous venons de décrire (la cothérapie et le groupe de travail). Cette absence d'homogénéité se manifeste encore avec plus d'évidence quand la coordination entre les différents travailleurs n'est pas bien réalisée ou quand l'élaboration de l'expérience thérapeutique en cours fait défaut.

La troisième de ces contestations concerne la préparation des différents travailleurs à leur tâche thérapeutique. Cette absence d'homogénéité des différents intervenants est pour le patient une source considérable d'informations, car il se rend compte des différences d'engagement personnel entre les travailleurs, ainsi que leurs différences culturelles et professionnelles. Il va sans dire que l'évaluation que font ces patients des diverses caractéristiques des travailleurs concernés est assez peu influencée par les titres académiques ou l'étalage d'une culture livresque, mais beaucoup plus par des valeurs plus solides telles que la capacité d'entrer et de rester en

contact interpersonnel, d'assumer l'angoisse et de l'élaborer mentalement, et la capacité d'assumer toutes les productions mentales possibles, de reconnaître et de distinguer les divers besoins qui peuvent s'exprimer, et ceci en fonction des possibilités de satisfaction, et d'être capables de les orienter utilement dans un contexte politico-institutionnel précis.

Mais il est évident que des difficultés surgissent en raison du caractère évolutif de l'organisation de notre service et du niveau de prestations qu'il est capable d'offrir. Il est sans doute fort utile que le patient puisse avoir connaissance de l'évolution du service qui le prend en charge et qu'il tente de se donner une nouvelle configuration interne, ce qui entraîne inévitablement que désaccords et retards adviennent à divers niveaux. Cette connaissance peut entraîner les patients à prendre conscience d'être impliqués par le processus d'apprentissage des intervenants et qu'ils peuvent donc être appelés, même parfois involontairement, à donner une contribution à la formation professionnelle et au progrès du service.

Il est certain que l'évolution du service entraîne quelques difficultés supplémentaires pour le patient, dont il est indispensable de tenir compte. Cela modifie, en effet, les termes du contrat qui, de manière implicite ou explicite, lie le patient au service dans le décours du travail thérapeutique. Tout cela peut constituer des sources de confusion dans la mesure où les prestations, les buts poursuivis et les attitudes des travailleurs changent. Il arrive encore que les nouvelles formes d'assistance psychiatrique laissent survivre les anciens modes d'intervention. Il en est ainsi pour l'hospitalisation psychiatrique ou pour l'usage des moyens psychopharmacologiques, puisque l'on est passé d'une phase à l'intérieur de laquelle ils étaient préférés et valorisés à une phase où ils furent répudiés. L'absence de cohérence du système thérapeutique est une autre cause de contestation, qui constitue un aspect particulier d'une contestation plus générale qui touche à l'absence de clarté du rapport contractuel présent dans la relation thérapeutique.

Il est donc important, dès le départ, que les conditions dans lesquelles on travaille avec le patient soient déterminées et communiquées et que toute modification du programme soit explicitée et discutée avec l'intéressé, même dans la mesure où, avec ces patients, nous nous donnons beaucoup de peine à respecter le programme établi. Nous savons rarement de manière précise l'endroit où nous rencontrerons le patient, que ce soit au C.I.M. comme prévu ou dans la rue où il s'est senti mal, ou dans sa maison où il s'est enfermé ; nous ne savons pas si nous le verrons le jour convenu ou après ce jour à cause d'un refus, ou si nous le verrons avant ce jour pour

cause d'urgence, s'il sera seul ou accompagné de quelque membre de sa famille ou encore en présence d'un médecin ou d'un membre d'un syndicat, ou de la police avec laquelle il se trouve en litige.

Le dernier point auquel nous nous attacherons est celui qui concerne la solidarité du réseau des services psychiatriques. Un de nos patients qui avait derrière lui une longue histoire d'internement en asile psychiatrique prétendait, au cours de ses crises psychotiques, qu'il n'y avait en fait aucune différence entre les expériences de soins qu'il avait rencontrées au C.I.M. et celles qu'il avait connues par ailleurs dans l'O.P.; et que, de plus, c'était même les médecins et même les infirmiers qui l'avaient torturé durant ses longues années de détention. Il serait bien entendu aisé de contester toutes ces affirmations et d'expliquer par exemple au patient que notre équipe était composée de gens qui s'étaient battus pour détruire l'O.P. qui, pendant des années, l'avait empêché de guérir; mais cela serait tout aussi peu utile que peu cohérent.

Nous avons toujours prétendu, en ce qui nous concerne, que l'asile psychiatrique peut constituer l'aboutissement de la ligne de fuite de tout service psychiatrique car il en garantit le bon fonctionnement puisqu'il est toujours prêt à engloutir et à supprimer les erreurs. Et cette définition nous est applicable. C'est lorsque nous l'oublions, en pensant avoir coupé définitivement ce cordon ombilical, que le patient nous le rappelle par son délire. De plus, il fait souvent tout ce qui lui est possible pour que nous soyons forcés d'entrer en contact avec les infirmiers et les médecins qui dans l'hôpital, il y a plusieurs années, se sont occupés de lui. Nous pensons que le fond de ce comportement est une perception très lucide de la solidarité implicite qui unit les divers services du réseau psychiatrique entre eux. Cette solidarité implicite risque d'être dommageable pour le patient, surtout si ses effets sont potentialisés par l'existence de clivages et d'une autonomie excessive des services les uns par rapport aux autres.

Nous pouvons à présent confirmer, en toute tranquillité, ce dont nous faisons l'hypothèse au début de ce chapitre : toutes ces contestations apportent des éléments essentiels à la connaissance que peuvent avoir de leur service les intervenants et qu'elles constituent en outre une demande de changement dans l'organisation et le fonctionnement de ce service.

La traduction de cette contestation en une demande compréhensible n'est possible que si deux conditions préalables sont respectées. La première est celle qui concerne la continuité des rapports thérapeutiques avec le patient. Cette continuité est essentielle pour comprendre les diverses significations éparpillées dans la communication du patient, qui est le plus

souvent fragmentaire et déformée. La seconde des conditions indispensables est la disponibilité du service à se transformer afin de donner des réponses plus adéquates aux divers problèmes que son activité fait surgir. Il est important de souligner que ces problèmes soulevés par les patients ne sont en rien des problèmes marginaux ou purement formels. Ils n'ont rien à voir avec la gentillesse avec laquelle le service répond au patient ou la bonne organisation bureaucratique de ce service. Ils touchent à l'essence même du rapport thérapeutique : ils concernent les aspects de dépendance du patient par rapport à son thérapeute et le dépassement de cette dépendance, le degré de liberté ou de coercition dont ils peuvent jouir, le caractère émancipateur ou de contrôle exercé par le service psychiatrique. Il serait erroné de penser que de permettre ou d'accepter l'expression de ces diverses contestations signifie qu'il faut être tolérant vis-à-vis du patient. Cela signifie plutôt qu'il faut accepter le conflit que le patient apporte à l'intérieur du groupe de travail et qui met profondément en crise les modèles culturels auxquels chacun de nous adhère dans son travail, ce qui tend à exaspérer l'agressivité latente et réciproque jusqu'à la faire exploser.

La méthodologie de travail qui utilise ce que nous avons appelé la « perception psychotique du service », s'attache en fait à valoriser toute différence (que ce soit dans la perception, dans les sensations, dans l'expression des désirs et pour beaucoup d'autres fonctions mentales) qui existe entre le patient et le service qui s'occupe de lui. Nous avons, en effet, été contraints de reconnaître qu'avec le « cas sérieux » toute stratégie tendant à valoriser les aspects communs au patient et au thérapeute était mise en échec, qu'il s'agisse d'aspects similaires ou identiques à ceux auxquels on fait allusion, comme les aspects normaux de la personnalité du patient. Le « cas sérieux » n'est abordable qu'à partir du moment où on accepte sa diversité et le fait qu'il veut être différent de nous.

Mais il serait évidemment naïf de penser que cela suffit pour transformer un échec en succès. Comme il serait tout aussi naïf de penser que l'échec est dû uniquement à nos propres limites dans la compréhension du « cas sérieux ». Pour compléter notre stratégie, nous avons besoin d'y associer ce que nous appellerons dorénavant la « gestion sociale de la folie ». Nous avons besoin d'interférer dans l'expérience que le patient a des autres et dans l'expérience que les autres ont de lui.

Grâce à ce que nous avons décrit et appelé la « perception psychotique du service », le patient recueille et puis conteste les résidus institutionnels qui empêchent tout travail thérapeutique. Ce que nous appelons résidus

institutionnels sont toutes les formes de fonctionnement prévues explicitement dans l'organisation même du service ou bien créées de manière informelle par la pratique quotidienne, qui s'attachent à empêcher toute expression d'un conflit entre le patient et le thérapeute, entre les membres du groupe de travail et entre ce groupe et les autres services. Il existe une solidarité de fait entre les diverses institutions que nous appellerons « convivence », lorsqu'elle provoque des désavantages pour le patient. Il existe en effet une tendance à laisser de côté les aspects les plus diaboliques du conflit. C'est de cette façon que se créent de véritables zones de « no man's land » afin d'empêcher conflits et confrontations. Mais c'est précisément à l'intérieur de ces zones que le patient risque de tomber et de mourir.

La réponse efficace à la « perception psychotique » n'est pas une interprétation. C'est une action : il s'agit en effet de modifier les conditions de travail afin d'éliminer l'obstacle rencontré. Nous devons, en effet, tenir compte de la contestation en raison du fait que, surtout au début, il s'agit de l'unique façon dont le patient dispose pour exprimer la perception qu'il a de ses propres besoins. Comme toute forme de contestation, celle du patient court également le risque d'une généralisation excessive à partir d'un fait particulier. Cette procédure rend le message associé à la contestation tout à fait incompréhensible. C'est ce qui permet le plus souvent au thérapeute de rester à l'intérieur de ses propres perceptions fondées sur une perception réaliste, mais qui rate l'essentiel.

LA GESTION SOCIALE DE LA FOLIE

Le « cas sérieux » n'est jamais un cas secret et, comme nous l'avons vu, il s'agit plutôt d'un cas qui a fait beaucoup de bruit et qui a suscité alarme, émotion et peur. Il n'est pas possible d'entrer en contact avec le « cas sérieux » sans, au même moment, être impliqué dans la situation sérieuse dont il est un des protagonistes : nous devons comprendre, en effet, ce qui s'est produit, démentir ce qui ne s'est pas réalisé et créer des conditions qui rendent possible de rétablir des possibilités de vie et commun qui, à certains moments, paraissent brisées de façon irréparable.

Par le passé, on pensait que cette fracture était inéluctable et qu'elle augurait en quelque sorte d'une séparation nécessaire du patient loin de sa famille et de sa surveillance à l'O.P. Il est clair qu'une partie du processus de transformation et de rénovation de l'assistance psychiatrique s'est fondée sur la conviction que cette inéluctabilité n'était pas fatale, qu'il était possible d'empêcher cette fracture définitive et le rejet du patient, et sur la conviction aussi que la réintégration à l'intérieur de la famille ne devait pas être le résultat de tractations qui se déroulent en privé (souvent recouvertes par le secret), mais bien le résultat d'une action communautaire, un processus à l'intérieur duquel tout l'environnement social du patient doit, de quelque façon, participer.

Le problème apparaissait relativement compliqué en ce qui concerne le « cas sérieux » parce que son émergence à l'intérieur du tissu social toujours présent, avait une connotation totalement négative : celle liée à la perspective de rupture avec la famille, ce qui créait émotion et peur à l'intérieur de celle-ci. L'ancien mode de travail psychiatrique cherchait quelque sorte à apaiser ce moment d'émotion collective et à reprivatiser la situation au sein de l'institution totale. La nouvelle gestion du « cas sérieux » tente de parcourir une voie différente en évitant la privatisation du cas et en essayant de gérer l'implication émotive du groupe qui entoure le malade en favorisant l'élaboration de toutes les valeurs de peur et de rejet qui l'accompagnent.

Ce processus était mis en marche au sein des assemblées que nous organisons autour du « cas sérieux » dans les lieux de vie et de travail du patient. Ces expériences étaient au début enthousiasmantes et apportaient des résultats inattendus, mais montraient bien vite leurs limites. Elles semblaient ne pouvoir fonctionner en effet qu'en créant de la culpabilisation chez les personnes présentes, en ce qui concerne les erreurs et omissions personnelles qu'elles avaient commises dans leurs relations avec le « cas sérieux ». Quand des modifications d'attitude se produisaient, c'était plus dans le sens d'une tolérance accrue que dans le sens d'une véritable acceptation du cas sérieux. Il semblait impossible, dans ce contexte, de nous soustraire entièrement à un vague moralisme qui, même s'il donnait quelque résultat, ne créait pas une nouvelle conscience par rapport au « cas sérieux » et aux facteurs qui en favorisaient la manifestation.

Ces assemblées avaient comme conséquence d'empêcher l'expulsion du « cas sérieux » de son contexte de vie dans la mesure où elles permettaient d'identifier, avec la collaboration de tous, un espace relativement libre de conflits, une marge disponible, qui n'avaient pas été utilisés auparavant et que le « cas sérieux » pouvait occuper et utiliser entièrement pour lui.

Ainsi, pour l'ouvrier à l'usine, il était possible de trouver un poste pour lequel il puisse établir de lui-même son rythme de travail et la succession de ses activités¹. Pour le malade qui habite chez lui, il est parfois simplement suffisant de lui permettre d'avoir une chambre à lui.

La violence destructrice qu'un jeune enfant manifestait à l'école disparut totalement quand on l'autorisa à s'absenter quand il le voulait et sans devoir donner de justification. Mais des résultats de ce type dépendent largement du contexte social dans lequel le problème se manifeste, c'est-à-dire qu'ils dépendent de l'élasticité de l'organisation et de la possibilité d'y introduire des changements. Mais si ces espaces libres n'existent pas, si la présence du « cas sérieux », de quelque façon qu'on essaye de l'organiser, rencontre toujours la rigidité de l'institution et fait surgir sans cesse de nouvelles difficultés, l'intervention dont nous parlons est un échec parce qu'elle n'est pas en mesure de créer des espaces nouveaux pour permettre la vie en commun.

1. Il ne faut pas penser que cela équivalait à un travail qui aurait été une sorte de prétexte. C'est ainsi que nous avons eu affaire à un cantonnier qui aboutissait régulièrement à l'O.P. à cause de violents litiges qu'il avait avec ses compagnons de travail, qui l'accusaient de travailler trop peu. Il fut nécessaire de lui permettre de travailler seul.

C'est ce qui s'est produit pour une jeune fille schizophrène qui ne pouvait plus rester à la maison et que nous avons insérée à l'intérieur d'un pensionnat universitaire tenu par des religieuses. Malgré toutes les précautions qui furent prises pour que le contact avec le nouveau milieu se fasse dans les meilleures conditions possible, les ennuis ont bien rapidement commencé. Tout le collègue fut envahi par un sentiment de peur vis-à-vis de cette jeune fille, de ses gestes bizarres, de ses comportements impulsifs, qui détruisait les meubles et qui ne répondait pas quand on l'interrogeait. Si nous avons réussi à faire disparaître cette peur, une nouvelle modalité de refus se fit jour bien vite, qui s'exprimait par cette phrase : « Nous sommes ici pour étudier, non pas pour faire de bonnes actions. » Le fait d'avoir placé cette jeune fille à l'intérieur d'un collège fut vécu comme une décharge du problème de la part du C.I.M. La réaction des autres jeunes filles était : « Soigner cette personne demande de la compétence et ce n'est que lorsqu'elle aura été soignée que nous pourrions l'accepter. » On expliqua alors qu'il était impossible de la soigner si elle n'avait pas la possibilité d'un lieu où elle puisse vivre. C'est à ce moment qu'il apparut clairement que la véritable peur que les jeunes filles éprouvaient face à la patiente n'était pas la conséquence de sa destructivité, mais bien la conséquence de sa présence comme telle : ces jeunes filles avaient l'impression que si elles acceptaient la patiente, elles seraient absorbées ou annulées par elle. Face à cette difficulté, il nous fut possible de stimuler une attitude d'acceptation conditionnelle : il fallait faire appel, non à la tolérance mais à la nécessité de comprendre. C'est à ce moment-là qu'une nouvelle manœuvre de rejet se fit jour. Les religieuses qui, jusqu'à ce moment, avaient prétendu que toutes les difficultés étaient dues aux pensionnaires, entrèrent en lice alors même que cette difficulté était en train de disparaître. Ces religieuses disaient : « Ce collège a déjà une série de tâches suffisamment sérieuses et il ne peut en accepter une nouvelle. Pour pouvoir fonctionner, il est indispensable que des conditions précises existent et le collège doit pouvoir répondre de leur existence. La présence de cette jeune fille pourrait faire exploser tout cela et qui a la responsabilité de l'institution ne peut le permettre. » Cet énoncé était la conséquence d'un conflit qui s'était développé entre les Sœurs les plus jeunes et celles qui étaient plus anciennes à propos de la présence de cette patiente. Les Sœurs les plus jeunes étaient du côté des jeunes filles qui acceptaient le changement ; les Sœurs plus âgées vivaient cela comme une subversion de l'ordre établi, ce qui était d'ailleurs le cas. La patiente fut alors expulsée au moment même où les difficultés d'insertion étaient surmontées grâce à une restructuration des modalités relationnelles existantes à l'intérieur du collège.

Il existe une autre modalité d'approche du « cas sérieux » qui semble avoir une incidence plus profonde et qui suscite des réponses plus significatives dans le public. Elle est la conséquence du témoignage d'une présence personnalisée aux côtés du « cas sérieux ». Nous pourrions la définir

comme « se faire fou avec les fous ». Elle se réalise en brisant pour soi-même la barrière qui existe entre le « cas sérieux » et ce qui lui est extérieur, en créant des moments de rencontre significatifs à partir de situations de la vie quotidienne et en récupérant sans cesse cette relation pour le transformer en relation stable.

Au début, tout cela éveillait stupeur, incrédulité ou sourire, ou était considéré comme la mise en acte d'une technique particulière et spécialisée. A la fin, cela suscitait admiration et désirs d'imitation. C'est un peu comme si un nouveau modèle de relation était mis en exergue et qu'il semblait être à la disposition de tous. Cette modalité de travail faisait entrevoir la possibilité de retrouver de manière authentique de l'espoir grâce à des formes concrètes de solidarité beaucoup plus significatives que celles qui émergeaient au sein des assemblées qui, elles, étaient plus abstraites et souvent superficiellement induites. Ce qui était en train de se produire aidait plus l'entourage familial et social du patient que le patient lui-même. Cela lui permettait cependant de se réinsérer à l'intérieur des circuits de vie habituels qui semblaient, pour lui, irrémédiablement interrompus.

Il convient donc de gérer toutes les conditions qui permettent au patient de continuer de vivre et d'exister, même pendant la période durant laquelle il se soigne; ce qui empêche qu'il ne se sente totalement malade et donc incurable, ce qui le pousserait à s'enfuir de son milieu conflictuel ou qu'il se croit mis dans l'impossibilité de se soigner (et de se sentir entièrement sain), sans quoi il pouvait avoir le sentiment de perdre tout droit de présence à l'intérieur de son milieu de vie. *Il s'agit là des conditions thérapeutiques dans le sens où elles rendent possible la thérapie*². Nous voici donc arrivés au point de pouvoir définir la signification de l'expression : *gestion sociale de la folie*³.

Au cours de notre expérience, cette expression a obtenu des significations diverses et ceci en raison de l'approfondissement de notre étude. Au début, elle avait la signification générique du lien qui existe entre la société et le trouble psychique, lien constamment écarté et que la contestation psychiatrique avait fait réémerger. Cette proposition opposait dialectiquement maladie mentale et société. Pour pouvoir atteindre une nouvelle plate-forme de rapports entre la société et le malade mental, il était nécessaire d'introduire un élément médiateur : ce que fut notre service qui a toujours été pensé en fonction du malade mais, aussi bien dans l'esprit que dans la pratique, en fonction de la participation de l'entourage dont

2. Souligné par nous (N.D.T.).

3. *Ibid.*

une présence était souhaitée à l'intérieur même du service pour exercer une fonction de contrôle.

La nécessité de cette nouvelle institution suscitait la peur qu'à travers une progressive bureaucratisation, tout d'abord, et à cause de la disparition progressive de l'idéal du départ, ne se reproduise la réalité asilaire même si elle avait été revue et corrigée. Le fait d'avoir aperçu ce risque a poussé quelques-uns à penser qu'il serait bien de continuer le travail de déstructuration de l'O.P. en l'étendant aux C.I.M. qui pourtant avaient permis la destruction de l'O.P. Une telle proposition aurait pu avoir un côté positif si le rapport entre la société et la maladie mentale avait eu, à ce moment, des connotations totalement différentes de celles que nous lui connaissons actuellement; ou s'il avait été possible de penser qu'à court terme ce rapport aurait pu être changé si, par exemple, la société dans son ensemble de marginalisation devienne accueillante ou qu'elle ne devienne thérapeutique au lieu d'être stigmatisante. Sur ce thème utopique une espèce de farce s'est créée à l'intérieur de laquelle le psychiatre jouait le rôle de celui qui s'auto-accuse et qui, en paroles, se détruit en se déclarant coupable d'être au service de la société bourgeoise. En même temps, on idéalisait une société capable d'accueillir les patients et de les réhabiliter.

Nous avons toujours redouté la bureaucratisation des services où la participation aurait été récupérée et rendue stérile, mais nous avons toujours refusé l'utopie paralysante d'une société thérapeutique (que ce soit à propos d'une société mythique qui est à venir ou que ce soit à propos de notre société où existent de nombreuses contradictions et dans laquelle nous sommes destinés à vivre). C'est nous-mêmes qui avons tout d'abord forgé cette formule « gestion sociale de la folie » (et non pas gestion sociale des services) pour pouvoir définir d'une façon claire la base d'une intervention réelle et efficace et qui soit dirigée au bon endroit. C'est à l'intérieur de la réalité sociale qu'il convient de rechercher et d'expérimenter les conditions qui permettent de soigner les manifestations de souffrance psychique sans délégations et sans se décharger de façon subtile de nos responsabilités. Nous entendons par gestion sociale de la folie une activité de recherche et de gestion commune des conditions qui permettent le processus thérapeutique⁴. Il nous a semblé que le fait d'activer ces

4. La formule « gestion sociale de la folie » fait référence dans ce contexte à la conviction que les processus de psychiatrie (qui se réalisent grâce à la marginalisation, l'exclusion, l'étiologie, la solution des conflits grâce au système du bouc émissaire) ne sont pas des systèmes individuels et privés, mais collectifs et politiques (c'est-à-dire qu'ils sont en connexion avec un pouvoir exercé). Il n'est pas possible de combattre ces phénomènes grâce à des interventions

processus répond à la réalité et aux besoins du porteur de la souffrance mentale. Celui-ci, comme nous l'avons dit, ne peut soigner la partie souffrante lui-même que si la partie de lui qui n'est pas envahie par le conflit est reconnue et trouve des accrochages et des soutiens vitaux dans la réalité de son environnement. Ce n'est que dans ces conditions que le patient est capable d'apporter la partie de lui-même, malade, en thérapie, sans que cela ne crée en lui une contradiction irréductible parce que c'est encore la partie saine de lui-même qui le relie au monde réel.

Il est clair que toutes ces entreprises complexes ne peuvent pas être portées par les seules épaules fragiles du patient. C'est la tâche nouvelle du service et de l'entourage du patient d'activer en lui l'énergie qui reste encore disponible dans le but de créer des conditions qui permettent au patient de se reconstruire lui-même à travers l'élaboration de son expérience et de se relier au réel qui n'est plus hostile ou projectivement hostile.

isolées sur des individus particuliers et grâce à l'initiative exclusive de techniciens : ces phénomènes ont en eux-mêmes une composante sociale prévalante quant à ce qui touche à la cause de ces phénomènes, à leurs conditions d'apparition et à leurs effets. *La gestion sociale de la folie a affaire plus avec la gestion sociale de la santé, c'est-à-dire la défense préventive de la santé, plutôt qu'avec le soin de l'état de maladie pour lequel l'intervention technique est fondamentale.*

LE PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE ET LE « CAS SÉRIEUX »

Il est impossible de penser au « cas sérieux » dans une perspective thérapeutique si nous ne partons pas de l'hypothèse que le comportement du patient, même dans ses moments d'explosivité et d'opposition agressive, contient des indications utiles pour la thérapie ; qu'il y a dans ces manifestations non seulement des signes de rébellion et de désespoir, mais encore une demande d'aide et des propositions pour que cette aide puisse se réaliser. Même s'il faut bien reconnaître que plus le message est violent, plus il est ambigu et plus sa signification est marquée par l'ambivalence de ses motivations. Nous pensons que c'est uniquement grâce à l'enthousiasme et à l'optimisme qui accompagnaient notre travail dans les premières années de cette expérience de pionniers, qui nous ont permis de supporter cette espèce de jeu d'échecs propre au « cas sérieux » et de continuer à porter attention à toute cette hypothèse suffisamment longtemps que pour pouvoir la vérifier et la considérer comme prouvée.

Aucun présupposé théorique ne nous a suggéré les façons de reconnaître les indications utiles aux projets thérapeutiques qui se trouvent à l'intérieur du message du patient. Nous n'aurions pas écrit ce chapitre si quelques patients n'avaient pas fait ce travail pour nous, s'ils ne nous avaient pas expliqué ce qui était exprimé dans leurs messages ; s'ils n'avaient donc pas eu plus d'espoir que nous n'en avions en eux et en nous-mêmes. Voilà pourquoi ce chapitre commence par faire référence à ces patients qui ont voulu être soignés par nous au-delà du sentiment d'impuissance et de peur que nous éprouvions en leur présence. Ou peut-être justement grâce à ce sentiment de peur et d'impuissance ? Quand nous aurons réussi à donner une réponse à cette question, nous aurons fait un grand pas en avant. Pour l'instant, nous devons nous contenter de clefs de lecture moins ambitieuses mais qui nous permettent, à travers l'examen des contradictions présentes dans le comporte-

ment du patient, de mettre en évidence ce que le comportement violent montre en petite quantité, mais cache en grande partie ainsi que cela s'est produit dans la situation que nous allons décrire.

Un jeune appaiteur avait été hospitalisé dans le passé plusieurs fois en O.P. et toujours dans des circonstances de plus en plus dramatiques. Lors d'une de ses hospitalisations, les carabinieri avaient même utilisé les gaz lacrymogènes pour le dénicher de la chambre dans laquelle il s'était barricadé. Ses crises psychotiques commençaient toujours par un isolement progressif, il arrêta de parler avec les autres, il se murmurait quelques paroles incompréhensibles. Puis commençait la série des marches quotidiennes de dizaines de kilomètres qui l'épuisaient. Il était impossible d'entrer en contact avec ce patient qui, en dehors de ses crises psychotiques, refusait d'en parler. Une demande des parents qui voyaient leur fils glisser à nouveau progressivement dans une crise psychotique, provoqua notre intervention à la maison du patient. Dans les derniers jours, en effet, il avait refusé de manger, il s'était mis à l'écart et il répondait aux sollicitations de ses parents par des insultes et des gifles. Il nous accueillit de façon quelque peu brutale en disant qu'on se trouvait dans sa propre maison, qu'il ne nous avait pas appelés et qu'il ne voulait pas nous avoir dans les pieds. Ses parents cherchèrent à le calmer. Il se mit en rage en disant que nous étions tous de la police, que nous voulions nous mêler de ses affaires et le contrôler. Il ajouta encore que nous étions sournois puisqu'en général les policiers se reconnaissent à leur uniforme. Néanmoins, nous dit-il, il n'avait pas besoin de notre aide ; s'il y avait quelqu'un à soigner, c'étaient ses parents qui le considéraient comme fou et qui nous utilisaient contre lui. Alors qu'il nous disait toutes ces choses, je me suis dit qu'il n'avait pas tout à fait tort et que son discours résonnait étrangement comme un discours antipsychiatrique. Je pensais aussi qu'il ne me plaisait pas non plus de faire le policier. Il est possible que ça ne plaise à personne de jouer au policier ; avoir toujours affaire avec des gens qui sont de mauvaise volonté et qui ne veulent pas reconnaître votre présence et devoir toujours s'opposer à quelqu'un ou être l'objet d'opposition. Mais je ne lui dis pas tout cela. Je lui dis par contre qu'il est vrai qu'il est dans sa maison, qu'il est clair qu'il ne nous a pas appelés et qu'il est plus clair encore qu'il ne veut pas reconnaître notre présence. Mais aussi, il est vrai que ce sont ses parents qui nous ont appelés et que là où nous nous trouvons c'est aussi la maison de ses parents. Nous voulons parler à ses parents du motif pour lequel ils nous ont appelés, que cela lui plaise ou non. Le jeune homme ne répond pas. Il ouvre la porte et sort de la maison, nous restons. Après un quart d'heure il revient de nouveau, cette fois il est plus tranquille. Il nous dit que cela l'embête que ses parents parlent de lui et qu'en leur présence il ne peut pas leur répondre. Nous lui donnons alors un rendez-vous pour trois jours plus tard au C.I.M. Il dit qu'il viendra et, sur ce, nous partons. Contrairement à toutes nos attentes, il se présenta au jour fixé pour répéter qu'il voulait que nous

arrêts de jouer aux policiers, qu'il ne voulait pas être fiché et qu'il souhaitait disposer de sa pleine liberté. Je n'arrive pas à parler avec lui et encore moins à éclaircir la situation. Je recueille seulement ses invectives. Et je lui demandai de revenir tous les quinze jours. Il dit que c'est complètement inutile, mais que pour démontrer qu'il n'a besoin de rien il est disposé à venir toutes les semaines. Chose qu'il fait réellement. Lors d'une de ces rencontres, après quelques mois, je pus apprendre que, la première fois qu'il avait eu une crise psychotique avec des hallucinations auditives et un contenu menaçant et des expériences terrifiantes de transformation du monde, il était allé au bureau des carabinieri de sa région pour leur demander aide et protection. Il se sentait dangereux et il voulait qu'ils fassent quelque chose pour lui.

Dans ce cas particulier, l'interprétation du comportement, qui renversait le sens manifeste, fut confirmée par hasard et en retard. Cet élément de retard est une constante du « cas sérieux », lorsque la demande véritable, parfois, ne se manifeste pas par hasard mais est explicitée par le patient lui-même. Nous allons maintenant donner un exemple de ce genre de comportement.

Un monsieur plus âgé que le précédent mais avec une histoire hospitalière semblable, sinon plus pesante, dans une période où il n'était pas poursuivi par ses voix internes, nous demanda de ne pas l'abandonner même si l'on devait décider d'interrompre le traitement, d'aller le trouver à la maison même s'il était amené à nous dire qu'il ne le voulait pas et même s'il nous accueillait avec des insultes et des agressions. Il nous demandait aussi de rester à une certaine distance parce qu'il n'était pas du tout sûr de pouvoir contrôler ses propres impulsions agressives.

En général, il est nécessaire que le traitement dure depuis un temps suffisamment long pour que de tels éléments puissent se manifester aussi clairement auxquels on puisse alors se référer. Tout le chemin thérapeutique que est constellé d'incidents comme celui que nous venons de signaler, et nous avons appris à distinguer entre un message qui se manifeste si l'on porte son attention à la globalité du rapport thérapeutique et l'agir qui est toujours un incident. Ce dernier peut être lié à des erreurs des opérateurs du service, du thérapeute ou dû à des interférences de facteurs externes qui surgissent à partir des relations que le patient entretient avec sa famille, avec ses compagnons de travail ou avec d'autres personnages. La crise psychotique, où ce type d'agir devient plus fréquent, ne peut pas être considérée simplement comme le fruit d'un incident particulier. On a l'impression que, parfois, la crise psychotique a aussi un sens en référence

par rapport au traitement, c'est-à-dire qu'elle peut être une modalité, la seule disponible à ce moment au patient, pour dépasser un obstacle du processus thérapeutique.

Un jeune garçon de quinze ans fit une crise psychotique dans le décours d'un traitement, au moment où l'élaboration du matériel récemment découvert, qui concernait la mort du père, l'avait mis en contact avec son identité masculine en ce qui concernait ses relations à sa mère et ses fantasmes à propos de l'exercice de la sexualité. Il lui était impossible ni d'approcher, ni de contrôler ces thématiques qui le poussaient directement à avoir des fantasmes incestueux au sein du processus habituel d'élaboration propre à la thérapie. Il lui a donc été nécessaire d'exploser en termes psychotiques pour pouvoir communiquer ces thèmes, les confier au thérapeute et en faire un objet de travail commun pour poursuivre la thérapie.

Nous ne pouvons donc plus considérer la crise psychotique comme une contre-indication de traitement et il conviendrait plutôt à ce propos d'inventer quelques critères standardisés et considérés comme immuables.

On sait que dans le décours de la crise psychotique le patient a tendance à interrompre le traitement. Il ne fait pas toujours comprendre cela comme une attaque contre les liens thérapeutiques, mais il s'agit d'un comportement qui, le plus souvent, exprime la difficulté du patient, face à ses peurs terrifiantes, de les transformer en un objet de communication tranquille au sein des rythmes et des caractéristiques du « setting » psychothérapeutique. Si, pour « ne pas détruire » le setting thérapeutique, le thérapeute se distingue de la crise que le patient est en train de mettre en acte à l'extérieur des séances de thérapie, nous devons dire que, par cette omission, c'est le thérapeute qui porte attaque aux liens thérapeutiques en perdant l'occasion de s'associer, dans un moment privilégié, à l'activité mentale du patient qui, peut-être grâce à cette activité psychothérapeutique, exprime une productivité telle que le malade ne peut la contenir seul et qu'il estime, qu'étant donné certaines conditions, le thérapeute ne peut l'aider efficacement à les contenir.

D'un autre côté, les bouffées psychotiques ou bien sont affrontées, assumées ou élaborées au moment où elles surgissent, ou bien elles sont destinées à être réinspirées dans la vie inconsciente du patient. Accepter de biffer une expérience psychotique peut représenter un choix de stratégie assistantielle, mais il s'agit d'un choix qui exclut la possibilité d'une évolution et qui laisse le patient totalement désarmé face au risque de répétition de ce phénomène. L'autre possibilité qui est le recours à l'hospit-

talisation dans la mesure où l'explosion psychotique rendrait le traitement irréalisable, doit être écartée en raison du fait que c'est l'hospitalisation qui, en réalité, interrompt le traitement si elle est réalisée par le thérapeute ou par le service auquel il appartient. En réalité, l'hospitalisation, dans un tel cas, représente un véritable acting du thérapeute contre son patient, ce qui souligne qu'une alliance thérapeutique n'a pu être instaurée. Mais, de même, l'acceptation passive d'une hospitalisation dont l'initiative a été prise par d'autres personnes risque d'être vécue par le patient comme une attaque aux liens thérapeutiques. Dans ce cas, ce n'est que la prise de contact immédiate avec le patient et l'action concomitante entreprise pour sa libération, qui donnent la garantie à ce patient que l'alliance thérapeutique est opérationnelle et que le processus thérapeutique peut continuer.

Le fait de ne pas devoir abandonner le « cas sérieux » implique que l'on développe une stratégie tendant à garantir présence et rapport interpersonnel avec ce patient même dans les conditions les plus difficiles : il faut donc assurer les conditions qui permettent au patient de continuer ou de reprendre la thérapie le plus vite possible. Ceci signifie que, bien que le travail thérapeutique doive être l'objet d'un setting précis, il convient de souligner que ce rapport thérapeutique ne doit pas être dominé par des lois rigides et fixées *a priori*. Le setting qui concerne le « cas sérieux » doit être continuellement mis en discussion et devra supporter avec élasticité toutes les vicissitudes du rapport thérapeutique. Il ne devra pas constituer seulement une garantie pour le thérapeute, mais aussi une garantie pour le patient, puisque l'on sait bien que la rupture de la garantie de la part du thérapeute peut mettre en crise le patient. Nous pensons à un setting qui serait tangent au maximum de rigueur possible pour devenir l'espace idéal où le discours du patient et celui du thérapeute puissent se rencontrer, se fonder et créer un nouveau discours. Mais quand il s'agit du « cas sérieux », il convient d'avoir le courage de redéfinir le setting toutes les fois que le rapport thérapeutique est mis en crise, et toute crise peut d'ailleurs être référée au setting lui-même. Il ne convient évidemment pas de modifier continuellement le setting suivant les « caprices » du patient. Il convient bien plutôt de vérifier continuellement quelle est l'élasticité de ce setting qui lui permette de supporter la poursuite du rapport thérapeutique, pour ne pas constituer un obstacle.

Les réflexions sur le « cas sérieux » nous ont amenés à évaluer de manière assez nouvelle l'intervention d'urgence en psychiatrie. L'intervention d'urgence psychiatrique dans une situation de crise psychotique doit avoir comme signification d'aider le patient à sortir d'une situation dont il

veut sortir, même s'il ne sait pas comment il faut en sortir ; ou mieux, il connaît les chemins pour sortir de sa crise mais il ne veut pas les utiliser parce qu'il sait bien que cela pourrait aboutir à sa propre destruction ou à la destruction des autres. Intervenir signifie donc favoriser la distanciation sans destruction.

Dans tous les autres cas, l'intervention psychiatrique n'a aucune spécificité propre et ne se distingue pas de n'importe quelle autre opération d'ordre public et peut donc être laissée à qui a l'autorité suffisante pour faire cette intervention. Si un service psychiatrique accepte, en effet, d'intervenir n'importe où et n'importe comment, il perdra définitivement toute sa propre identité thérapeutique en détruisant les conditions qui permettent à un rapport significatif de se développer avec les personnes qui ont besoin d'être soignées. Tous ces problèmes, qui sont toujours présents, deviennent particulièrement délicats lorsqu'il convient que l'intervention psychiatrique d'urgence s'adresse à des cas qui sont déjà en traitement psychothérapeutique. Dans ces situations, en effet, exercer un contrôle, une répression qui ne seraient pas demandés implicitement ou explicitement par le patient, pourrait signifier que l'on détruit tout le travail qui a été fait. Dans ces cas, l'intervention d'urgence doit consister à essayer de garantir une présence à la partie de la personnalité du patient qui s'oppose à la rupture du lien thérapeutique et qui souffre en raison de l'absence et du silence du thérapeute. Nous avons donc étudié ici la stratégie qu'il faut mettre en place pour faire entrer aussi le « cas sérieux » dans la logique du traitement psychothérapeutique en transformant les difficultés et les erreurs inévitables en sources fécondes de connaissance et pour rendre plus adéquats les instruments psychothérapeutiques aux besoins réels des patients.

Ce chapitre est dédié au « cas sérieux » et non pas seulement au psychotique, même si la plupart des « cas sérieux » sont psychotiques et si les psychotiques constituent la grande majorité des gens avec qui nous avons affaire. Mais il existe aussi des « cas sérieux » dans d'autres catégories diagnostiques : les alcooliques, les toxicomanes, les psychopathes, les déments mentaux, les déments. C'est l'une des raisons pour laquelle nous avons tenté d'illustrer une stratégie de travail thérapeutique, plutôt que de définir une technique précise.

La deuxième raison est que les techniques n'existent pas, mais qu'elles sont construites à l'intérieur de la pratique en tentant de remédier, avec la collaboration du patient, à toutes les erreurs que nous commettons chaque jour. Mais aussi en découvrant parfois que ce que nous avions considéré

comme une erreur nous permettait en fait d'entrer bien plus profondément dans la réalité que ce que nous considérions comme un comportement correct.

La troisième raison est que les nouvelles conditions d'exercice de la psychiatrie révolutionnent en fait toutes les règles de l'exercice de la psychothérapie. Cela est du moins notre impression. Un « cas sérieux » réclame de multiples interventions qui doivent être coordonnées et discutées. Le patient sait que l'on parle de lui, même en dehors de ses séances de psychothérapie et le nier signifierait simplement augmenter la confusion du patient et une dévaluation de ses propres impressions. Nous avons dit combien, dans le « cas sérieux », le monde interne se présente comme difficilement accessible ; c'est ainsi que s'effondrent l'ultime privilège du psychothérapeute traditionnel mais aussi les distinctions, auxquelles pourtant nous sommes attachés, entre l'agir et la parole.

Une autre difficulté, et pas des moindres, vient de l'utilisation conjointe d'un travail psychothérapeutique et de psychotropes, que ce soit lorsque ce traitement psychopharmacologique est demandé par le patient ou bien lorsqu'il est conseillé par le thérapeute lui-même, ou un autre travailleur du service qui contrôle cet aspect de la thérapie ou bien encore lorsque ce traitement est la conséquence d'interférences externes (de la part de la famille ou d'autres médecins). Nous, nous ne savons pas comment l'expérience des psychotropes est intégrée dans la vie mentale. Nous avons cependant quelques indications sur ce qui se passe quand cette expérience n'est pas intégrée : lorsque les effets secondaires des psychotropes dérangent la kinesthésie et l'activité du patient, quand celui-ci réagit à la dépendance qu'il ressent par rapport à ceux-ci, quand encore il se sent rendu impuissant et ralenti. Nous ne savons cependant pas ce qui se produit quand le patient veut des psychotropes pour se protéger de sa psychose. Dans ce cas, ce serait une grave erreur d'attribuer un effet d'intégration (ou d'apparente intégration) à la relation psychothérapeutique qui serait le résultat de l'action des psychotropes. Travailler, en effet, sur la prise de conscience d'une modification de son vécu, que le patient ne peut pas attribuer à l'interaction qu'il développe avec le thérapeute, équivaudrait à alimenter à l'intérieur de lui des fantasmes psychotiques que, par la suite, il ne serait pas en état de supporter.

Dans le travail avec le « cas sérieux », on rencontre certainement beaucoup de difficultés à vouloir organiser l'intervention en la divisant en différentes opérations distinctes : l'approche diagnostique, l'approche d'assistance, l'intervention sur le milieu de la vie, sur le contexte social, la

C'est dans cette phase qu'on doit au maximum utiliser les interventions sur le tissu social.

2. Mettre en route un processus d'autonomisation du patient en travaillant avec lui et avec sa famille. Si cela n'apparaît pas immédiatement possible, mettre en place une dépendance alternative à celle qui est en train de se réaliser ; dépendance alternative qui peut être faite d'une dépendance par rapport au service.

Partir de ce nouveau stade vers l'autonomisation.

Dans cette phase, toutes les interventions à domicile représentent une modalité fondamentale du travail psychiatrique.

3. Reconnaissance avec le patient de tous les signaux d'alarme, c'est-à-dire de toutes les situations qui sont capables de faire décompenser son équilibre mental et des manifestations initiales de son entrée dans un comportement psychotique.

Élaboration de l'expérience des psychotropes, autogestion des psychotropes.

4. Travail sur l'émergence du monde interne : psychothérapie.

Ce schéma décrit tout aussi bien l'évolution des interventions psychiatriques de notre service, que l'évolution du travail actuel avec un cas particulier. D'une part, ce schéma se rapporte à l'histoire de notre recherche, c'est-à-dire notre rencontre avec toutes les instances sociales qui jouent un rôle quelconque dans la création et le maintien de la folie ; cette recherche a été aussi marquée par l'attention que nous avons portée au « subjectif » perturbé par le tissu social, aux conditions qui permettent au sujet de retrouver un rapport correct avec lui. Mais cette évolution est aussi celle qui nous a permis de porter ensuite une attention de plus en plus grande aux problématiques personnelles qui se manifestent dans la folie, qui peut alors être comprise comme l'échec d'un destin individuel. D'un autre côté, ce schéma est aussi l'histoire du traitement d'un « cas sérieux » particulier qui vise à remettre en place toutes les conditions nécessaires au développement d'un travail individuel et en fin de compte une intervention centrée sur le psychisme de l'individu.

Il s'agit là aussi d'une tentative pour mettre de l'ordre à l'intérieur de toutes les choses que nous avons dites jusqu'à présent, un ordre logique et, le plus souvent, dans sa succession temporelle. Cela permet aussi de faire le point sur le chemin parcouru ; il s'agit là de quelque chose de terriblement nécessaire, lorsque l'on est confronté à une multiplicité d'interven-

psychopharmacologie et la psychothérapie. Cette séquence, même si elle avait été introduite de manière correcte, se verrait rapidement interrompue par un incident et le programme de travail bouleversé par une crise.

Tout cela nous pousse à suspendre ces opérations que nous venons de citer, ce qui ne va pas sans multiplier les difficultés de pouvoir évaluer et qui se passe exactement, d'identifier les effets et d'évaluer immédiatement les résultats de notre travail. Grâce à la continuité du travail dans le déroulement d'une crise, il nous est possible d'avancer en repartant à chaque fois de situations antérieures à celles que nous avions l'illusion d'avoir atteintes, mais nous pouvons alors poursuivre le travail à partir de positions plus avantageuses que celles que nous avions au départ.

Il est nécessaire cependant de pouvoir trouver des points de repère dans ce cheminement et, en particulier, d'évaluer l'existence réelle de toutes les conditions que nous avons définies comme celles qui permettent le développement d'une cure. Une explication de la signification réelle de toutes ces conditions est maintenant possible à la lumière de tout ce que nous venons de dire.

L'égalité entre l'utilisateur et le service se traduira dans la transparence de l'institution psychiatrique par rapport au patient. Permettre au patient d'être le protagoniste de son propre cheminement thérapeutique signifie aussi l'acceptation de sa part d'être responsable de sa propre histoire. En ce qui concerne l'approche globale de la situation de vie du patient, il est essentiel que ce soit le patient lui-même qui soit la base de l'évaluation de cette globalité, qui ne doit donc pas être définie de façon abstraite et de l'extérieur, mais qui doit être connue grâce à la vision qu'il nous en donne. C'est seulement dans ce registre de perspective que l'expression « soigner la psychose à l'école du psychotique » prend réellement un sens.

Tout ceci est le résultat d'un long travail de recherche, que ce soit de la part du soignant ou du soigné. La multiplicité de toutes les opérations peut être décrite grâce à un schéma de travail qui répartit sur une échelle les actions et nous font passer du non-différencié à ce qui est différencié et spécifique en quatre phases.

1. Prise de contact avec le patient dans des moments de danger pour empêcher son hospitalisation ou pour la rendre la plus brève possible si elle est inévitable.

En aucune façon ne l'abandonner.

Arrêter les processus d'exclusion.

tions qui se développent en même temps. Ce schéma permet en outre d'éviter une équivoque qui existerait si on qualifiait toutes ces interventions en faisant référence à une espèce de catégorisation abstraite (sociothérapie, psychothérapie, ergothérapie, etc.), puisqu'on les classe suivant l'étape du travail où elles se réalisent. Ce qui détermine la nature de l'intervention n'est pas la théorie de référence ni la volonté de celui qui la propose, mais bien le parcours thérapeutique où elles s'insèrent.

L'histoire des « cas sérieux » nous apprend qu'ils deviennent un peu moins « sérieux » au cours du temps. Ils deviennent en effet plus accessibles et plus connus. Le problème ne disparaît pas, mais devient plus maniable. Le type d'intervention change au cours du temps pour devenir toujours plus individualisé. La figure professionnelle du psychothérapeute émerge de plus en plus clairement, mais aussi celle du patient qui, elle, doit être reconstruite. Parfois, cette figure doit être extraite d'une confusion familiale informelle, elle représente la figure de la personne qui peut être soignée. Non pas nécessairement la figure de la personne la plus malade, mais celle de la personne qui court le plus de risque d'être totalement détruite.

PREMIÈRES CONCLUSIONS

Dans ce livre, nous avons essayé de montrer comment s'est construit et comment fonctionne un service psychiatrique sur le territoire.

Nous pensons qu'il s'agit là d'une façon de fonctionner, qui est d'ailleurs peut-être la seule possible, qui puisse permettre d'affronter avec le minimum d'espoir — qu'il est légitime d'avoir dans tous ces cas — quelques situations psychiatriques graves et sérieuses qui, dans d'autres conditions, ne pourraient trouver une attention suffisante ni une thérapie efficace; situations qui, par ailleurs, ne sont pas l'objet d'une recherche qui pourrait nous permettre de croire que, dans le futur, des moyens plus adéquats pour les secourir pourraient être mis en place.

Seul, un service public intégré dans tout un réseau de services, enraciné dans le territoire sur lequel il travaille et connaissant les ressources dont celui-ci dispose (service public qui organise et coordonne l'activité de groupes d'intervenants, qui dispose de moyens adéquats pour évaluer sa propre efficacité et qui est en outre motivé à utiliser dans sa pratique toutes les connaissances et toutes les compétences possibles), seul un service de ce type sera capable d'affronter les problèmes associés à la cure des « cas sérieux ». On ne peut pas, en effet, se contenter d'affronter les problèmes comme on les affronte aujourd'hui même : on est toujours en retard d'une formulation. S'il faut s'équiper pour affronter les situations particulièrement difficiles, il est nécessaire en outre de développer une stratégie qui nous permette de rencontrer ces problèmes avant qu'ils ne deviennent trop difficiles. Il existe toujours un supplément de difficulté qui est la conséquence des solutions erronées qu'on a tenté de donner aux problèmes et qui constitue les bases de la carrière psychiatrique désastreuse du sujet qui présente des troubles psychiques graves.

Ce n'est que si un consensus existe sur la nécessité d'une telle stratégie et si surtout on prend toutes les précautions pour empêcher que de fausses réponses soient données aux problèmes que l'on rencontre, que la cure des troubles mentaux entrera dans une phase véritablement scientifique, c'est-à-dire une phase où les forces curatives se confronteront directement à la demande de thérapie. Jusqu'alors une grande partie de notre travail devra s'appliquer à éliminer les obstacles.

Dans le premier volume, nous avons décrit les étapes de la stratégie actuelle qui a permis de dépasser la conception asilaire de la psychiatrie. Mais il faut dire que les périls pour la santé mentale ne découlent pas seulement d'une mauvaise implication des services publics ou d'un mauvais fonctionnement des services destinés à un large public.

Dans notre expérience, qui date maintenant de plus de dix ans, nous sommes aussi retrouvés en train de combattre une certaine pratique psychiatrique privée qui, de fait, alimentait en amont une pratique de l'assistance psychiatrique fondée sur la violence et sur l'asile. Cette pratique privée, caractérisée par une orientation psychopharmacologique ou visant à influencer le psychisme, était en réalité fondée sur l'exploitation du malade. Non pas seulement une exploitation économique, mais aussi une exploitation psychique, puisque le malade était maintenu dans ce circuit privé aussi longtemps qu'il disposait des énergies disponibles pour tenter de guérir, mais il en était écarté quand il devenait un cas trop pesant ou quand sa cure réclamait trop de prises de responsabilité (à cause d'une tentative de suicide ou d'une agression) ou tout simplement encore quand il n'était plus la source de satisfactions personnelles. Il était alors abandonné au service public, considéré comme un cas rebelle, un cas perdu.

C'est dans cette mesure que nous disons que l'institution asilaire, qui est une gestion violente de la psychiatrie, est en accord et solidaire avec beaucoup d'autres institutions¹. C'est pourquoi aussi nous disons qu'il n'est pas suffisant de détruire les asiles pour libérer les hommes en danger. Il est évident que détruire les asiles est une action prioritaire et qu'il est juste de combattre la violence exagérée qui se réalise en leur sein. Mais cela ne suffit pas. Nous ne pourrions pas appeler cela *une nouvelle psychiatrie*, puisqu'il ne s'agit simplement que d'un coup de pied à l'ancienne psychiatrie. Il est possible et facile d'inventer une nouvelle forme de travail de type asilaire, même sur le territoire, et d'inventer de nouvelles formes de contrôle social propre à la psychiatrie.

C'est pour ces raisons que toutes les initiatives qui veulent affronter le besoin psychiatrique sur le territoire en transférant à l'intérieur des services publics les règles du fonctionnement de la pratique privée, par exemple en modifiant simplement les modalités de paiement qui seraient alors à la charge de l'Etat, nous laissent particulièrement perplexes.

1. F. Scotti, C. Bruvi, *Psichiatria e Democrazia*, op. cit.

Il convient de promouvoir une psychiatrie qui soit conçue comme une pratique sociale. Cette nouvelle pratique psychiatrique se compose, d'une part, d'une activité de prévention et, d'autre part, d'une activité visant à ouvrir progressivement un espace qui permette à un travail thérapeutique de se développer. Le contexte social est donc bien le lieu où il faut à tout prix développer ce travail, de façon à créer toutes les conditions qui rendent possible la thérapie. Et ceci se réalise grâce à une approche psychothérapeutique, c'est-à-dire une situation où il est possible à celui qui soigne de mettre à la disposition de celui qui est soigné son propre appareil mental grâce à sa présence, son expression et sa parole ; et donc une situation où il est possible à celui qui est soigné d'utiliser les pensées, les sentiments, les émotions et les paroles de celui qui le soigne ; une situation où il est possible de créer une dépendance mentale qui permettra au patient de faire face à toutes les autres formes de dépendance et même à sa dépendance par rapport au thérapeute.

Dans notre travail, cela constitue un point d'arrivée et rarement un point de départ.

Une pratique psychothérapeutique qui s'adresse aussi au « cas sérieux », voilà quel était l'objectif ambitieux que nous nous sommes proposé. Mais il s'agit aussi d'un point de référence pour tout le reste de notre travail, c'est un repère quant à la méthode que nous suivons et un critère d'évaluation de notre travail. Nous pensons que l'identité d'un service psychiatrique doit se définir grâce à cet objectif *thérapeutique*. Il s'agit d'un choix culturel, scientifique tout autant que politique. Et ceci est son identité, que ce soit pour tous les autres travailleurs des autres services, ou que cela concerne la perception du groupe des intervenants eux-mêmes ou celle qui a été construite par l'utilisateur du service.

A un certain moment de l'histoire des institutions psychiatriques en Italie, il a pu sembler que cette identité était parfaitement bien définie si l'on faisait référence au « territoire ». Le territoire semblait le bon contenant, source de tout bien, et garantie de tout. Mais le territoire est seulement un lieu et il ne définit pas la dimension de ce qu'il convient de faire. Et il indique au maximum le type de mécanisme que l'on va rencontrer, que ce soient des mécanismes de contrôle, d'évaluation ou d'intégration. Mais rien de plus.

Nous insistons beaucoup sur l'idée d'une *identité* claire du groupe de travail psychiatrique et sur une définition des objectifs qu'il tente de réaliser. Ce n'est que de cette manière qu'il peut y avoir une évaluation réelle, une confrontation et une analyse de la situation psychiatrique globale

sur le territoire. La seule existence d'un modèle d'organisation sanitaire n'est pas suffisante, de la même façon qu'il n'est pas suffisant de se référer uniquement à un modèle de travail politique.

Si, aujourd'hui, nous comparons travail politique et travail thérapeutique, c'est pour noter les oppositions qui existent entre ces deux conceptions, étant donné que, pendant tout un temps, nous nous sommes contentés d'une confusion entre les deux domaines. La politique doit être considérée comme un moment collectif de l'action, tandis que la thérapie est un moment individuel. Ce sont des mouvements à caractère historique, qui se développent dans la politique, mouvements qui contiennent certaines propositions : on s'informe, on s'oppose et on bouge dans tout un processus social global dont la vérité se trouve toujours située dans le futur.

La thérapie se déroule ici et maintenant. Les forces et les résistances qui s'y manifestent sont toutes présentes au même moment et c'est pour cette raison que la thérapie appartient au domaine de la « nature » et non pas celui de l'histoire. Le sens de la maladie mentale ne peut pas surgir du domaine du politique, dont on ne peut faire émerger éventuellement que les causes. Quand la politique devient thérapie, les conditions sociales existantes peuvent se transformer en contenants suffisants pour la souffrance psychique, mais c'est aussi comme cela que l'on empêche une évolution réelle, ultérieure de la situation existentielle qu'exprime la souffrance mentale.

Parler de politique signifie en effet parler de mécanismes supra-individuels et de l'histoire à l'intérieur de laquelle ils se manifestent, ils évoluent et produisent leurs effets. Parler de psychothérapie signifie automatiquement parler du *monde interne* et des *signes* auxquels il se rend connaissable ; la définition du concept technique de monde interne passe par la séparation entre l'individu et l'histoire. Nous utilisons en fait une image destinée à faire percevoir l'asynchronie qui existe entre l'expérience individuelle et l'expérience historique. Le sujet est en effet porteur de plus d'expériences que celles qui actuellement peuvent être contenues dans l'histoire, et il a moins de force que celles qui lui seraient nécessaires pour lui permettre d'affronter ce qui se passe autour de lui (il n'est pas omniscient ou omnipotent, il peut être irrémédiablement blessé et détruit). Il serait absurde de considérer que l'individu est clivé de l'histoire et de transformer cette distinction en distinction ontologique, alors que nous l'avons faite dans un but purement méthodologique et que c'est bien sur le plan méthodologique que nous devons approfondir la signification exacte du terme « monde interne ».

Nous pouvons le considérer comme le résidu d'autres analyses qui ont été faites sur l'expérience de l'homme. Grâce à diverses modalités d'analyse, nous reconnaissons que l'homme dépend de la civilisation à laquelle il appartient, des vécus historiques auxquels il participe, de l'organisation sociale et des institutions à l'intérieur desquelles il est inséré et enfin de la famille où il a été élevé.

Si nous appliquons cette analyse au patient psychiatrique, nous pouvons dire : que l'analyse de l'institution asilaire nous a conduits à reconnaître que certains symptômes du patient découlaient de l'organisation de l'assistance psychiatrique ; que l'analyse de la famille nous a conduits à reconnaître certains comportements de l'enfant et de l'adulte, comme nécessaires à certains équilibres familiaux.

C'est grâce à ces analyses que nous avons pu dégager des stratégies visant à libérer le patient des pièges où il était enfermé ; mais nous avons pu, aussi, constater qu'il subsiste en dehors de ces analyses et de ces stratégies un résidu qui fait courir le risque au patient de retomber dans tous ces pièges, sinon même celui de les reconstruire lui-même. Ce résidu lui est propre, personnel, il lui appartient, il est à l'intérieur de lui, même si auparavant il se trouvait à l'extérieur de lui. Les racines de ce résidu appartiennent à son histoire passée, même si elle est morte, mais la « cause » se trouve à l'intérieur de lui comme si elle vivait.

C'est l'existence de ce monde interne qui légitime l'existence de la psychiatrie comme une modalité spécifique d'approche et de traitement de la personne. Si on nie l'existence de ce monde interne, la psychiatrie même est née et sa pratique est réduite à une pratique de manipulation du corps selon le modèle médical de la neurologie ; ou bien alors elle est réduite à un pur exercice de violence.

Nous pouvons donc conclure en disant que le problème central de la pratique psychiatrique est aujourd'hui celui de la psychothérapie.

Mais nous ne pouvons pas conclure sans noter que le débat psychiatrique a aujourd'hui une portée beaucoup plus vaste, qui va bien au-delà de la question de l'organisation des services psychiatriques ou des lois qui organisent leur fonctionnement et leur donnent des limites, au-delà des stratégies possibles ou mises en place pour garantir une plus grande efficacité ou une efficacité plus satisfaisante de la psychiatrie italienne.

Le débat sur la politique psychiatrique est en effet devenu un des pôles de référence de la culture italienne d'aujourd'hui, alors que, après s'être mis en marche à la fin des années 1960, il n'a pas subi la régression typique de

beaucoup d'autres thèmes qui avaient été mis à l'avant-plan lors du fameux « mai 68 ». Comment expliquer l'attraction de la culture italienne pour le débat psychiatrique ? Il serait trop superficiel d'affirmer qu'il existe un grand intérêt pour la santé mentale et que la dissolution progressive de la frontière entre la normalité et la pathologie a poussé de nombreuses personnes à considérer le problème psychiatrique comme leur problème, alors qu'auparavant il ne concernait que peu de personnes.

On a cependant l'impression que l'intérêt s'est porté plutôt vers le langage psychiatrique que vers la pratique psychiatrique. Il est sûr que le langage psychiatrique est au contact de quelque chose de notre temps qui est fondamental ; et il est fondamental aussi de pouvoir entrer en contact avec cet esprit qui agit sur les phénomènes actuels et que l'on ne peut pas atteindre ou se le représenter autrement. Le langage de la psychopathologie, de la thérapie et des théories psychiatriques est utilisé pour exprimer sous une forme mythique quelque chose qui a à voir avec l'identité, le destin et le pouvoir de l'homme de notre temps. Nous qui travaillons avec la folie, avant d'offrir des expériences, nous offrons des images qui alimentent l'espoir de survie et d'éternité qui sont des représentations qui se situent à des profondeurs insondées de l'existence et de la vie.

Il est possible aussi qu'un élément particulier pousse dans cette direction : c'est la dimension utopique à l'intérieur de laquelle se développe la nouvelle psychiatrie (hors du temps, éternité de l'homme, transcendance de sa valeur, remise en valeur de la subjectivité, si bien que le microcosme devient le modèle du macrocosme ; domination de la pensée sur l'idée de la maladie, de la mort et de la faute ; mais non pas comme une domination de la raison sur le monde, mais bien plus comme une approche progressive, une stratégie pour se mettre au voisinage de la réalité, faite donc d'attaques et de fuites, qui permet d'entrer en contact avec une réalité qui autrement serait trop indigeste et par rapport à laquelle la raison a déjà dû reconnaître son propre échec).

C'est donc une nouvelle rationalité qui est expérimentée grâce au pouvoir de l'esprit, issue de l'utilisation des contradictions de celui-ci : le rêve, le fantasme, le souvenir, l'absence de souvenir, la présence et l'absence de l'autre, la fusion et la solitude, l'intelligence et son absence. On essaie de mettre en place de nouvelles métaphores dont les formes sont de la même substance que les choses que l'on veut illustrer, éclairer, comprendre, c'est-à-dire une anthropologie qui n'est pas seulement un discours sur l'homme mais qui est encore un discours de l'homme. Qu'elle contienne en elle-même l'homme est d'ailleurs le signe de sa vérité.

MISE A JOUR 1988

En réfléchissant, aujourd'hui, c'est-à-dire sept ans après la première rédaction du livre à propos de notre centre de santé mentale, nous ne pouvons que souligner la continuité et la cohérence de son développement :

L'impulsion idéale des débuts n'a pas cessé de se trouver de nouvelles concrétisations : quelques intuitions que nous avions à propos de la thérapie des troubles psychiques sont devenues des convictions. La stabilité de la présence d'une même équipe de travailleurs, sur le même territoire, nous a permis de recueillir une richesse incomparable de connaissances et de savoir-faire ; richesse qui, même si elle est inadéquate par rapport à toutes les autres nécessités de savoir et de savoir-faire que pourrait réclamer la complexité des tâches thérapeutiques, est bien suffisante pour motiver et remotiver les travailleurs confrontés à quelque difficulté ou échec que ce soit. Mais qu'est-ce qu'un centre de santé mentale et quelles sont ses tâches ?

Sa structure est le résultat de l'évolution de formes d'organisation plus primitives dont elle garde, par ailleurs, les traces ; la fécondité de son expérimentation dans le domaine trop peu exploré de la thérapie ; la coexistence de multiples personnes, certes non équivalentes mais complémentaires, dont la vie en commun est loin d'être pacifique, mais réclame sans cesse de nouveaux équilibres ; sa capacité d'accueillir de nouvelles personnes et de nouvelles idées sans perdre son identité.

Il est certain que cette description se prête plus à celle d'un organisme vivant plutôt qu'à une institution ou une machine. Mais, vue de l'intérieur, cette réalité ne peut être décrite d'une autre façon : son histoire est essentielle à sa compréhension.

C'est pour cette raison qu'il faut raconter l'histoire de ces sept dernières années, qui ont vu en Italie la mise en application de la réforme sanitaire. Celle-ci a, en effet, potentialisé l'activité de notre Centre et son efficacité grâce à la légitimation, qu'elle a apportée, de la nouvelle pratique psychiatrique. Ce qui s'est produit, non sans une période initiale de grande incertitude, quant à l'application de la réforme psychiatrique en Ombrie. Au plan de l'organisation, en effet, une tendance dominante visait à éliminer le caractère spécialisé des équipes de santé mentale et à déplacer

l'ensemble de l'activité psychiatrique ambulatoire en utilisant tous les autres travailleurs disponibles pour l'assistance de base au niveau du district. Ce choix était la conséquence d'une analyse fortement idéologisée selon laquelle les institutions psychiatriques seraient la raison principale de la marginalisation des patients dont elles ont la charge.

Ce danger fut déjoué par une action collective des travailleurs psychiatriques, encore une fois descendus sur le terrain pour empêcher que leur travail ne soit le jouet de tout dogmatisme, fût-il de gauche. Une fois que fut affirmé le caractère spécialisé des programmes de thérapie et que les équipes d'hygiène mentale furent confirmées dans leurs tâches, une période de plus grande collaboration avec tous les autres services sanitaires, qu'ils soient hospitaliers ou de territoire, a commencé à voir le jour. La réunification en une seule entité (l'unité locale de services sociaux et sanitaires) de toutes les compétences (auparavant dispersées entre les unités hospitalières pour l'hospitalisation, les mutuelles pour l'activité sur le territoire et la province pour l'assistance psychiatrique) a facilité la coordination et la collaboration entre les services. La réforme, par contre, n'a pas eu d'influence bénéfique sur le réseau des services psychiatriques de la région. L'autonomie de chacune des unités sanitaires locales (il en existe douze en Ombrie) a considérablement augmenté les difficultés de rencontre entre les divers centres d'hygiène mentale.

L'isolement et l'autarcie ont joué un rôle négatif qui a abouti à un processus extrêmement complexe de perte de ressources pour l'ensemble. Les réactions des divers groupes de travail ont été très différentes : certains, par exemple, ont réagi à l'isolement par une plus grande idéologisation ; d'autres par la réduction de leur champ d'intervention, que ce soit grâce à une diminution de leurs activités ou une mise en cause de leurs compétences quant à certaines situations. La réduction de l'efficacité a eu comme conséquence une augmentation des hospitalisations et un agrandissement considérable du domaine d'intervention des services qui ont résisté durant cette période de crise. Comme, de plus, l'appauvrissement progressif des potentialités de travail du réseau psychiatrique était la conséquence d'une trop faible sensibilité des administrateurs locaux à nos problèmes, les travailleurs ont cherché à réagir en prenant diverses initiatives collectives dans le but de porter à l'attention du public et des forces politiques ombriennes le problème de la nouvelle psychiatrie.

Dans la plupart des régions italiennes, le climat de reflux du politique a remis à l'arrière-plan les thèmes relatifs aux réformes sociales qui avaient été mis en route dans les années 1970. En Ombrie, les effets de ce reflux

par rapport à la psychiatrie n'ont cependant eu que des conséquences mineures et l'on a cherché à travers ces activités collectives d'augmenter les ressources du réseau psychiatrique en réactivant les contacts et les échanges professionnels entre tous les groupes de travailleurs des unités locales socio-sanitaires de la région.

C'est dans cette mesure que notre Centre a augmenté, ces dernières années, ses activités de formation.

La nécessité, en effet, d'intégrer dans le travail du C.I.M. les travailleurs (psychiatres, psychologues, assistants sociaux, infirmiers) qui se sont formés ailleurs, réclame que l'on organise des activités de formation supplémentaires que l'on ne peut réaliser que sur le terrain, afin d'acquérir la compétence nécessaire à l'analyse des demandes et à la mise en évidence des besoins des usagers à l'intérieur de programmes thérapeutiques complexes¹. La formation de travailleurs appartenant à d'autres services ou destinés à ceux-ci, par contre, fait partie d'une stratégie qui vise à multiplier au maximum les compétences nécessaires pour assurer les programmes de prévention et de thérapie du trouble mental.

L'activité de formation est associée à l'activité de recherche en raison de quelques liens qui existent entre ces deux activités : nous accordons, en effet, une grande valeur formatrice à la recherche et nous pensons, par ailleurs, que l'activité de formation fait émerger à travers la description des processus thérapeutiques poursuivis, des lacunes théoriques et pratiques auxquelles il est nécessaire de porter remède. Mais la recherche trouve sa principale impulsion dans la nécessité de mettre au point des programmes thérapeutiques efficaces dans des secteurs bien délimités de la pathologie psychiatrique. Si nous voulons, d'une manière générale, caractériser ces secteurs, nous pourrions dire qu'en ce qui les concerne, il existe de multiples recherches bien documentées dans la littérature mais qu'aucune ne tient compte de la globalité des interventions qui sont nécessaires aux traitements.

C'est ainsi que dans notre centre se sont développées des recherches spécifiques autour de l'autisme infantile², de l'anorexie mentale³, de la psychose schizophrénique de l'adulte⁴ et de l'approche patho-biographique concernant la pathologie psychosomatique⁵. Mais, ses trois dernières

1. *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, 11.

2. *Ibid.*, 3, 6, 14.

3. *Ibid.*, 16.

4. *Ibid.*, 2, 5, 12.

5. *Ibid.*, 7, 17.

années, à toutes ces recherches s'en est ajoutée une autre qui a comme objet le C.I.M. lui-même. Nous avons ainsi tenté de définir une méthodologie d'évaluation d'un service psychiatrique. Ce qui nous intéressait, c'était une évaluation essentiellement qualitative qui concernait donc les résultats atteints, les processus de travail qui permettent de les atteindre et les objectifs de base par rapport auxquels sont définis les résultats.

Le but est d'aboutir à une représentation de tous les éléments qui permettent au système de *repérer*, d'évaluer et éventuellement de *communiquer* à l'extérieur notre propre fonctionnement par rapport aux résultats, c'est-à-dire au niveau de l'efficacité du service d'une part (c'est-à-dire la capacité de ce système à produire les résultats qui sont de sa propre compétence en ce qui concerne la réponse qu'il apporte aux besoins des usagers), par rapport aux standards qualitatifs et quantitatifs que l'on peut prévoir et, d'autre part, au niveau de l'efficacité du service (ce qui revient à définir les moyens économiques mis en œuvre pour atteindre ces résultats) ⁶.

L'image du service, née de cette analyse, est celle d'un système qui produit des services pouvant être évalués économiquement (rapport qualité-prix), services dont les justifications théoriques peuvent, en outre, être bien explicitées. Dans ce système, il existe un courant de travail principal qui est fait de l'activité clinique. Celle-ci est mise en route lors de l'accueil d'un nouvel usager par l'évaluation (mais pas seulement diagnostique) du cas, mais aussi par sa prise en charge avec proposition et mise en place d'un programme de travail.

Lors de l'accueil d'un nouvel usager, le service se conforment à celui-ci et à ses besoins afin d'évaluer la souffrance dont il est porteur et de reconnaître les signes du risque auquel il se trouve exposé. L'analyse de la demande (explicite ou implicite) et une appréciation du cas constituent des étapes importantes de la première rencontre, dont un des aspects importants consiste également à poser les bases d'un rapport contractuel avec l'usager. Ce sont deux aspects qui sont intimement liés au contenu du contrat et aux conditions de validité de celui-ci.

En ce qui concerne le premier point et en tenant compte qu'il existe une tendance naturelle à répondre aux demandes qui lui sont adressées en fonction des prestations disponibles au sein de l'organisation plutôt que suivant les nécessités propres à l'usager qui nous est adressé, il est opportun que l'analyse qui cherche à mettre en évidence les besoins soit développée

6. *Quaderni di Psicoterapia*, 15.

en premier lieu par un travailleur capable d'avoir une compréhension la plus complexe possible, et non spécialisée, du cas et de la situation de vie du patient. L'évaluation globale du patient et de son système de besoins permettra en effet d'évaluer les ressources qu'il faut rendre disponibles en fonction des nécessités.

Le besoin le plus apparent, qui n'est pas toujours le plus important et qui constitue l'objet de la demande, se situe au creux d'un réseau de besoins plus ou moins urgents mais qui sont capables, s'ils ne sont pas satisfaits, d'empêcher de trouver une solution aux problèmes.

La prise en charge comporte la formulation et la gestion d'un ou de plusieurs programmes choisis parmi ceux disponibles, qu'ils soient spécifiquement psychothérapeutiques ou assistantiels.

A côté de ce courant principal de travail clinique, il en existe un autre spécialisé dans la réalisation de contacts avec le territoire et ses services dans le but d'organiser une action préventive du trouble mental. Cela signifie que nous mettons en place un programme visant à changer les conditions de vie qui constituent un risque psychopathologique (il s'agit toujours de mineurs pour qui le risque est lié à un état d'abandon, ou au fait d'appartenir à une famille au sein de laquelle le conflit interpersonnel est très intense, ou encore la conséquence d'un état de désadaptation).

Mais l'action préventive, et cela constitue sa partie essentielle, cherche, grâce à des actions indirectes, de modifier les attitudes stéréotypées quant à la maladie mentale, que ce soit au sein des processus de psychiatriation, mais aussi dans les pratiques de maternage et d'éducation des enfants.

Le cours de ces deux flux d'activités réclame, en outre, que soient exécutées toutes les activités indispensables pour faire fonctionner le service et pour assurer l'existence de liens valables avec l'extérieur.

Toutes ces activités pourraient tendre à s'automatiser, ce qui aurait pour conséquence un émiettement de l'unité du service s'il n'existait des moments de coordination et d'unification. Mais en outre, l'existence « *de constantes opératoires* », c'est-à-dire l'existence de critères auxquels toute prestation doit contenir pour être acceptable, garantit suffisamment l'homogénéité et la cohérence nécessaires des prestations exécutées par le service; cela veut dire que, dans toute prestation, on devra garantir au niveau le plus élevé possible la contractualité du patient, son approbation constante et une aide afin qu'il puisse exprimer son besoin. Par ailleurs, l'évaluation doit toujours rester possible, avec comme possibilité celle de modifier le programme établi.

Le schéma que nous venons de décrire n'est pas un modèle grâce auquel on a projeté d'organiser et de réaliser nos activités ; mais c'est bien le résultat d'une analyse du Centre tel qu'il existe actuellement, c'est-à-dire dans cette dernière étape que nous lui connaissons de son processus évolutif. Cela constituerait, en outre, un schéma relativement abstrait si l'on ne tenait pas compte de toute une série d'éléments, comme par exemple le partage d'un certain nombre de convictions théoriques qui animent le service ; partage qui permet d'évaluer l'efficacité du service et qui donne une cohérence aux expérimentations qui y sont effectuées, tout ceci grâce au fait que la thérapie, et ceci depuis le début, a constitué l'axe central et la caractéristique fondamentale de notre service.

Il fut nécessaire, pour atteindre cette frontière, de dépasser la vieille institution psychiatrique à vocation carcérale.

En ayant détruit l'asile psychiatrique, les psychiatres ont redonné la liberté aux fous. Mais ils ont fait quelque chose de plus essentiel : ils se sont donné à eux-mêmes la liberté ainsi qu'à la thérapie. Ils ont aussi rendu possible une nouvelle pratique psychiatrique et ils ont ouvert la voie à une nouvelle science psychiatrique. Dans cette perspective, située à l'intérieur d'un mouvement de psychiatrie nouvelle qui, en Italie, a connu des fortunes diverses, notre option fondamentale concerne la psychothérapie. Celle-ci se définit avant tout, comme l'aire d'observation nécessaire à la construction d'une nouvelle science, ce qui va bien au-delà d'une conception purement opératoire de la psychothérapie ; c'est ainsi que nous pouvons dire que les règles de la psychothérapie garantissent une approche correcte de la réalité clinique, même là où un traitement psychothérapeutique ne semble pas pouvoir être immédiatement efficace. Cette façon de nous situer nous contraint à développer une théorisation plus aiguë. Il ne nous suffit pas, en effet, de pouvoir prendre à l'extérieur des théories déjà disponibles et bien faites pour justifier et soutenir une pratique thérapeutique qui ne connaît pas de précédents.

D'un autre côté, la psychothérapie ouvre la voie à la découverte de la réalité humaine et de sa valorisation. « Il est nécessaire que toutes les découvertes dues à l'approche psychothérapeutique et qui pourraient avoir une signification anthropologique, filtrent peu à peu dans la culture générale de la population en contribuant ainsi à établir peu à peu une autre culture qui aura finalement pris en compte les lois de base des relations interpersonnelles et la signification dialectique et libératoire du conflit⁷. »

7. C. Brutti, F. Scotti, *Psichiatria e Democrazia*, De Donato, Bari, 1976, p. 12.

La psychothérapie aura toute sa légitimité quand elle fera partie d'un contexte scientifique visant à l'exploration systématique de l'homme, comprenant à la fois la compréhension de l'évolution de son organisme et la question des adaptations dues à la socialisation. Mais elle sera efficace quand elle se situera à l'intérieur d'une culture psychothérapeutique. Cela signifie que la psychothérapie n'est pas seulement un outil naturel, mais aussi une méthodologie qui se situe à l'intérieur de l'histoire de la culture humaine. Ce n'est pas une chose qui est ajoutée à toute une série d'autres choses, mais qui leur est liée organiquement.

A l'intérieur de notre propre histoire psychiatrique, la pratique psychothérapeutique n'est pas séparée de la lutte anti-institutionnelle et ceci non pas seulement parce que ces deux approches ont été menées par la même équipe de travail (ce qui constituerait d'ailleurs encore un critère extrinsèque d'unité), mais bien parce qu'elles font partie d'une stratégie complexe qui fait place, suivant les nécessités, aux divers aspects de l'intervention, que ce soit le moment collectif ou le moment individuel, mais aussi et surtout parce que la pratique psychothérapeutique est elle-même organisée suivant une logique anti-institutionnelle. C'est de cette manière que l'on peut comprendre que ce qui a fait la caractéristique de l'antipsychiatrie, dans un premier temps, puis de la nouvelle psychiatrie en Italie, soit syntone par rapport à ce qui se produisait dans d'autres champs de la culture et dans une grande partie de l'Europe. C'est la logique de la lutte contre l'hypertrophie de l'institution, là où les règles de l'institution sont au service des besoins de l'institution et non pas au service des besoins des sujets dont l'institution s'occupe. Au plan politique, cela veut dire être au service de celui qui a été privé non pas injustement, mais légalement de son pouvoir et qui veut le récupérer ; au plan de l'éducation et de la santé, cela veut dire tendre à une restructuration des relations personnelles à l'intérieur des institutions afin que les besoins et les ressources des particuliers reçoivent un maximum d'attention. La pratique psychothérapeutique est le plus fragile des processus d'interactions humaines et donc celle qui est le plus facilement sujette à une aliénation.

Cette intervention psychothérapeutique se situe sur le chemin qui va de l'institutionnel au mental ; chemin qui n'est jamais pleinement parcouru puisque ces deux termes, qui en constituent la limite, sont constitutifs de la condition humaine. On comprend dès lors bien la nécessité, pour pouvoir réaliser cette intervention, de libérer le patient d'un état de besoins absolus où il serait confiné. Mais cette intervention est aussi un moment particulier de ce processus de libération dans la mesure où il pousse le patient à être

un protagoniste de sa propre guérison. Ce processus de psychothérapie est, par ailleurs, un processus d'intégration de toutes les activités mentales auparavant clivées, dispersées ou niées et, de ce fait, il ne peut en aucun cas constituer une institution aliénante (ce qui voudrait dire que ce processus fonctionne non pas dans la mesure où il intègre les différentes fonctions mentales, auparavant dispersées, mais dans le but de les contenir et de les neutraliser). Il est vrai que l'institution psychiatrique se substitue à d'autres institutions qui ont assuré une fonction de contenance à un moment de la vie d'un sujet qui présente une souffrance mentale telle qu'elle rend son existence quasi invivable. Mais le programme de thérapie est tel qu'il rend cette dépendance la plus brève et la plus limitée possible. L'institutionnel — nous voulons dire ici l'institutionnel qui fonctionne dans notre service psychiatrique — a dans ce contexte la même tâche à assurer que ces modalités de fonctionnement psychique que l'on a décrit sous le nom de *mécanismes de défense du moi*⁸ : défendre l'individu d'un trouble majeur, mais aussi le maintenir dans un état d'identité personnelle.

Tout ceci, traduit un terme opératoire, signifie que la réponse aux besoins psychiatriques n'est pas la *psychothérapie*, tout court⁹ ; cela pour la simple et bonne raison que le besoin psychiatrique n'est pas réductible immédiatement à une demande explicite ou implicite de psychothérapie. Toute réponse réductrice apportée à un besoin psychiatrique ne fait que l'activer au lieu de le soulager. C'est ce qui est arrivé avec le type de *réponse sociologique* qui, de manière simpliste, rendait le malade à la société en réduisant à une pure erreur le fait de son exclusion antérieure. C'est la même chose qui est arrivée avec la *réponse biologique* qui ignorait les composantes psychosociales de la maladie mentale et c'est encore ce qui est arrivé avec la *réponse psychothérapeutique* quand celle-ci ignorait le gradient institutionnel qui pèse sur les situations psychopathologiques graves par rapport auxquelles l'action psychothérapeutique est tout à fait inefficace.

On parle aujourd'hui beaucoup de psychothérapie à l'intérieur des services. Ce qui, il y a quelque temps à peine, était rejeté dans les ténèbres parce que totalement incompatible avec la nouvelle ligne psychiatrique, devient une exigence impérieuse, voire peut-être une mode dangereuse.

Bien avant l'explosion de cette mode, nous avions parlé de la nécessité pour les groupes de travail des services psychiatriques de territoire qu'ils

8. F. Scotti, « Dall' istituzionale al mentale », *Annali di Neurologia e Psichiatria*, 1983, fasc. 1-2-3, p. 63-66.

9. C. Bruti, « Quale Psichiatria in ? » in E. Orlandelli, S. De Riso, F.M. Ferro (a cura di) *Soma, Psiche, Sema*, I.E.S., Roma, 1984, p. 175.

soient orientés « psychothérapeutiquement ». Cela ne signifiait pas que les travailleurs de ces services doivent s'efforcer d'acquiescer les outils nécessaires pour pratiquer la psychothérapie suivant le modèle issu de la pratique psychanalytique.

Par « groupes orientés psychothérapeutiquement », nous voulons dire une équipe de travail qui soit capable d'affronter le besoin psychiatrique dans chacune de ses manifestations et capable de mettre en action la fonction de *contenance psychothérapeutique*. Ces deux fonctions font référence aux diverses étapes de l'action réparatrice et restructurante qui est apportée comme réponse aux besoins du patient. La fonction de contenance est organisée de façon à permettre la destruction de la carapace institutionnelle qui, dans sa rigidité, maintient le patient prisonnier. Ce n'est qu'en coupant les circuits relationnels qui la constituent que le patient peut avoir accès à son propre psychisme et qu'il peut voir comment les relations de contrainte qu'il avait avec son entourage se sont reproduites à l'intérieur de son monde interne, ce qui constitue une base fondamentale de la souffrance mentale, et surtout, un obstacle à tout changement. Mettre en place et poursuivre ce processus est ce qui caractérise le deuxième stade de travail au sein duquel on met en action la fonction psychothérapeutique proprement dite.

Nous devons reconnaître, ici, que l'introduction du paramètre « monde interne », dans notre perspective de travail, n'est pas pacifique et qu'il nous pousse à nous interroger quant aux perspectives anthropologiques qu'il implique. Il s'agit là, bien entendu, d'un problème scientifique d'évaluation et de légitimation des théories de référence, mais aussi un problème idéologique quant à la cohérence de la pratique de la nouvelle psychiatrie.

Nous sommes convaincus que seule la psychothérapie, dans la mesure où elle donne une dignité scientifique à la pratique thérapeutique de la nouvelle psychiatrie, soit capable de nous faire sortir des contradictions que la transformation des services psychiatriques nous a laissées. Contradictions que l'on retrouve dans le fait de se contenter d'une analyse purement théorique, de se tourner vers des instruments thérapeutiques traditionnels dont la marque biologique conduit inévitablement à une idéologie répressive, ou encore lorsqu'on se contente d'une solidarité humaine vaguement définie.

Le mental est le domaine où les diverses composantes, biologiques, institutionnelles et sociales, se rencontrent et s'intègrent en déterminant un destin personnel. La psychothérapie est la modalité d'accès au mental grâce à sa fonction d'élaboration et de transformation.

Mais nous devons souligner une nouvelle contradiction. La disponibilité et l'usage de l'instrument psychothérapeutique (qui est constitué par le travailleur lui-même, à travers sa capacité de communication et de relation) réclament une organisation du service qui n'est pas facilement réalisable actuellement, qui ne peut pas être prédéterminée une fois pour toutes et qui n'appartient en aucun cas à une organisation bureaucratique.

Accepter ce point de vue, c'est accepter que soient subvertis toutes les règles de la hiérarchie, tous les rôles et tous les statuts. C'est pour cela que nous envisageons cette perspective avec enthousiasme, avec suspicion et avec scepticisme.

DANS LA MÊME COLLECTION

- BARON E., BENOIT J.-C., DEBURE E., ERLICH M., NOEL F., PELLERIN M.,
Détente et mouvement en psychothérapie, l'abord corporel thérapeuti-
que.
- BENOIT Jean-Claude, *L'équipe dans la crise psychiatrique.*
- BENOIT Jean-Claude, *Le face à face en psychothérapie.*
- BENOIT Jean-Claude, BERTA Mario, *La pénombre du double, anticipation*
par les images positives et négatives.
- BLÉANDONU Gérard, *La vidéo en thérapie, le choc de l'image de soi dans*
les soins psychologiques.
- BROUSTRA Jean, *Expression et psychose, ateliers thérapeutiques d'expres-*
sion.
- DAIGREMONT A., GUITTON C., RABEAU B., *Des entretiens collectifs aux*
thérapies familiales en psychiatrie de secteur.
- DENNER Anne, *Les ateliers thérapeutiques d'expression plastique.*
- FABRE Nicole, *L'enfant et le rêve-éveillé, une approche psychothérapeutique*
de l'enfant.
- FABRE Nicole, *L'enfant et le rêve-éveillé-dirigé, une étude clinique.*
- GARNIER Philippe, BONNOT-MATHERON Sylviane, *Le psychodrame, une*
psychothérapie analytique.
- GARRAUD Claude, *La bioénergie, du risque de vivre au plaisir d'exister.*
- GELLMAN Charles et Josette, *Les thérapies sexuelles.*
- GUILHOT Marie-Aimée et Jean, *Psychothérapie de groupe pour les couples.*
- GUILHOT Marie-Aimée, LÉTUVE Alain, *Sexe, corps et groupe, l'abord*
psycho-corporel en sexologie.
- GULOTTA Guglielmo *Comédies et drames du mariage, psycho-guide illustré*
de la jungle conjugale.
- LAUTIER Française, *En marge de la drogue, toxicomanes dans les apparte-*
ments thérapeutiques.
- MALAREWICZ Jacques-Antoine et GODIN Jean, *Milton H. Erickson, de*
l'hypnose clinique à la psychothérapie stratégique.
- PETTIT Marie, *La gestalt, thérapie de l'ici et maintenant.*
- REVERCHON François et MEYER Monique, *Psychanalyse et relaxation, au-*
tour de la chronique d'un groupe.
- SOLIE Pierre, *Mythanalyse jungienne.*
- ZRIBI Gérard, *Vers une psychothérapie sociale, le sort des adolescents et des*
adultes handicapés mentaux.

DANS LA COLLECTION
SCIENCES HUMAINES APPLIQUÉES

- ACKERMANS Alain et ANDOLFI Maurizio, *La création du système thérapeutique*. L'école de thérapie familiale de Rome.
- ACKERMANS Alain et Van CUTSEM Chantal, sous la direction de, *Histoires de familles*, scènes de familles simulées.
- ANDOLFI Maurizio, *La thérapie avec la famille*.
- BEDOS F., MOINARD S., PLAIRE L., GARRABE J., *Marionnettes et marottes*.
- BENOIT J.-C., *Changements systémiques en thérapie familiale*, textes classiques et actuels.
- BENOIT J.-C., ROUME D., *La désaliénation systématique*, les entretiens collectifs familiaux en institution.
- BERTA Mario, *Prospective symbolique en psychothérapie*, l'épreuve d'anticipation clinique et expérimentale.
- BERTALANFFY Ludwig von, *Des robots, des esprits et des hommes*.
- BOWEN Murray, *La différenciation du soi*, les triangles et les systèmes émotifs familiaux.
- CAILLÉ Philippe, *Familles et thérapeutes*, lecture systémique d'une interaction.
- CAPLOW Théodore, *Deux contre un*, les coalitions dans les triades.
- CARP C., DELLAERT R., *Images du monde chez les malades mentaux et psychothérapies*.
- DARS Émile et BENOIT Jean-Claude, *L'expression scénique*, art dramatique et psychothérapie.
- DEFRANK-LYNCH Barbara, *Thérapie familiale structurale*, manuel des principes et des éléments de base.
- ELKAÏM Mony, sous la direction de, *Formations et pratiques en thérapie familiale*.
- ELKAÏM Mony, sous la direction de, *Les pratiques de réseau, santé mentale et contexte social*.
- ERICKSON Milton H., *L'hypnose thérapeutique*, quatre conférences.
- EVEQUOZ Grégoire, *Le contexte scolaire et ses otages*, vers une approche systémique des difficultés scolaires.
- GOUTAL Michel, *Du fantasme au système*, scènes de famille en épistémologie psychanalytique et systémique.
- GUILHOT M.-A. et J., *Analyse, activation et action thérapeutiques*, vers un intégralisme analytique et prospectif.

GUILHOT J. et M.-A., JOST F., LECOURT E., *La musicothérapie et les méthodes d'associations des techniques*.

HALEY Jay, *Tacticiens du pouvoir*, Jésus-Christ, le psychanalyste, le schizophrène et quelques autres.

LAXENAIRE Michel, *La rencontre psychologique du médecin*.

LECOURT Édith, *La pratique de la musicothérapie*.

MADANES Cloé, *Derrière la glace sans tain*, l'art du superviseur en thérapie familiale stratégique.

MASSE Gérard et HOUSSIN Xavier, *Service social et psychisme de secteur*.

NEUBURGER Robert, *L'autre demande*, psychanalyse et thérapie familiale systémique.

QUIDU Marguerite et GOT Roger, *Marginaux de la santé*, la réadaptation sociale en psychiatrie.

REY Yveline, *La thérapie familiale telle quelle...*, de la théorie à la pratique.

ROGERS Carl, *La relation d'aide et la psychothérapie*.

SELVINI Matteo, *Mara Selvini Palazzoli, histoire d'une recherche*, l'évolution de la thérapie familiale dans l'œuvre de Mara Selvini Palazzoli.

SELVINI PALAZZOLI Mara et collaborateurs, *Dans les coulisses de l'organisation*, stratégie et tactique.

SELVINI PALAZZOLI Mara et collaborateurs, *Le magicien sans magie*.

SELVINI PALAZZOLI M., BOSCOLO L., CECCHIN G., PRATA G., *Paradoxe et contre-paradoxe*.

TOMAN Walter, *Constellations fraternelles et structures familiales*, leurs effets sur la personnalité et le comportement.

DICTIONNAIRE CLINIQUE
DES THÉRAPIES FAMILIALES SYSTÉMIQUES

Sous la direction de Jean-Claude BENOIT et Jacques-Antoine MALAREWICZ avec le concours de Jacques BEAUJEAN, Yves COLAS, Serge KANNAS et de nombreuses collaborations françaises et étrangères.

Préface du professeur Paul SIVADON.

Achevé d'imprimer le 15 avril 1988
dans les ateliers de Normandie Impression S.A.
à Alençon (Orne)

N° d'Éditeur : 1637 ED 1437

N° d'Imprimeur : 880432

Dépôt légal : avril 1988

Imprimé en France