

**REPONSE A LA CRISE.**

**STRATEGIES ET INTENTIONS DE L'INTERVENTION**

**DANS LE SERVICE PSYCHIATRIQUE TERRITORIAL.**

Giuseppe DELL'ACQUA, Roberto MEZZINA (1)

*Certaines parties de cet article ont été publiées en Italie ("Le travail thérapeutique dans le Service territorial", éd. Salemi, Rome, 1987), et en Grande Bretagne ("Responding to crisis, Italian style" in "Psychiatry in transition", Pluto, SNAN, London) et dans un autre article encore ("De la psychiatrie à la santé mentale", Ed. Salemi, Rome, 1987);*

*L'article qui suit, publié en: "Perspectives."- Liège - 1991, représente une ré-élaboration et le développement, dans une forme plus élargie, des idées exposées dans les articles précités.*

- 1. Introduction : crises et circuit psychiatrique.*
- 2. Service territorial intégré et complexité.*
- 3. Intervention sur la crise entre instance de contrôle possibilité d'émancipation.*
- 4. Modalités du contact.*
- 5. La prise en charge.*
- 6. L'écoute organisée, l'organisation de l'écoute.*
- 7. La valeur-temps.*
- 8. Le réseau social.*
- 9. Offre thérapeutique/reproduction de la crise.*
- 10. Crise du Service = rupture et reconstitution des équilibres Institutionnels.*
- 11. Conclusions.*

## INTRODUCTION

### CRISE ET CIRCUIT PSYCHIATRIQUE.

Il est sûrement difficile de donner une définition univoque de la crise. Tout schéma de référence se doit de tenir compte de l'organisation psychiatrique qui existe à cet endroit et à ce moment historique particulier.

Il existe une "*valeur de base*" relative à ces deux contingences, au-delà de laquelle les problèmes émotionnels, psychologiques, relationnels, sociaux, c'est-à-dire les "événements de vie", endossent les caractéristiques de la crise et deviennent objets de l'intérêt psychiatrique.

Il arrive alors que la personne en crise entre dans ce parcours, "ce circuit" où l'hôpital psychiatrique (H.P.) représente la norme. En Italie, avant la loi de réforme psychiatrique de 1978 (Loi 180), l'hôpital psychiatrique était également le lieu d'aboutissement de ce genre de situation.

La "*valeur de base*" entraînant l'entrée dans ce circuit est à chaque fois définie selon des systèmes de reconnaissances. Cela peut être en terme de souffrance, de comportement dérangeant ou socialement dangereux, d'état de misère et de marginalité, de crise dans les relations familiales, de difficultés au travail, d'incompréhension de certains comportements, d'intolérance dans l'environnement, ...

Les "Centres de crise" créés dans les pays anglo-saxons à partir des années '50 (Ponsi, 1979) tendent souvent à proposer des instruments d'intervention rapides et précoces. Ils cherchent ainsi à offrir une solution Immédiate du problème, en maintenant le plus possible la personne hors du circuit psychiatrique. Leur objectif principal est la diminution des entrées en H.P.. Ces interventions thérapeutiques, par définition de courte durée, et ces Services ne disposent pas des ressources nécessaires susceptibles d'offrir au patient en crise une protection contre un certain nombre de risques. De plus, par leur organisation séparée, sans liens organiques avec les autres structures assistantielles et avec le territoire, Ils ne peuvent évaluer les "échecs éventuels" de leur Intervention. Ils finissent ainsi, de fait, par envoyer les situations les plus "graves" aux institutions plus "lourdes" et à l'H.P.. Ce faisant, ils confirment la "centralité" de ces deniers.

La persistance de l'H.P. comme "récepteur" des rebus de ces modèles opérationnels garantit leur "propreté" pratique et idéologique - c'est-à-dire la possibilité d'utiliser de façon a-critique les schémas techniques bien souvent Imperméables et sélectifs qui permettent la détermination de spécificité, le classement des comportements, l'homologation de parties de problèmes. Ils prévoient cependant une série de réponses préformées et des paramètres définis et contrôlables à la lecture des conditions de la crise.

De manière analogue, les Services communautaires qui interviennent en aval de l'H.P. tendent à produire des interventions spécialisées de réhabilitation et de ré-socialisation. Cela se traduit concrètement par la mise sur pied d'ateliers protégés, de Centres de loisirs, de programmes pour l'Insertion professionnelle, d'écoles de formation professionnelle, de réponses aux problèmes de logement, de logements communautaires, d'aides économiques. Toutes ces interventions sont fréquemment présentées de façon fragmentées et non coordonnées. Même si ces Services ont contribué (et contribuent) à la diminution de la population des H.P., ils ne prévoient pas non plus l'évolution des échecs éventuels. Ils se préoccupent plutôt, équipés comme ils le sont, à affronter des besoins spécifiques, en rendant des Services sélectifs et Imperméables les uns aux autres.

Il arrive ainsi que, le circuit psychiatrique, axé longtemps sur la présence exclusive de l'H.P., s'articule ces dernières décennies selon des modèles opérationnels plus complexes, par la présence de différentes "stations". Cependant, le modèle culturel de référence ne s'est pas modifié de façon substantielle et les nouvelles pratiques réproposent des espaces séparés d'intervention. Elles correspondent à des offres thérapeutiques qui fragmentent la réponse au besoin d'aide et de soutien. Il ressort de cet "éclatement" une disproportion paradoxale entre l'offre des Services, souvent "exubérants" et diversifiés, et la possibilité de pouvoir en bénéficier. Le parcours thérapeutique qui se confirme ainsi est, dans ses passages indéfinis, difficilement praticable par celui-là même qui en a besoin. Les trajets que doit accomplir la personne, les renvois, les rigidités des diverses "stations" du circuit, non seulement ne résolvent pas la crise, mais bien souvent en déterminent l'émergence.

N'étant pas capable de reconnaître le sujet comme une entité complexe, le système tend à proposer des réductions et des simplifications progressives. C'est toujours la "crise du patient" qui est considéré. Cela vient de l'incapacité de ce système des Services à "se mettre en crise" face à des besoins et des demandes "exubérantes" et "impropres".

Le moment où la personne en crise devient objet d'attention peut être identifié comme le point de simplification maximale de la relation. D'un côté, le sujet, pour se manifester, a déjà simplifié progressivement la complexité de son existence souffrante, la réduisant à un certain nombre de symptômes; de l'autre côté, le Service, quel qu'il soit, s'est, par effet de miroir, équipé afin de percevoir et de reconnaître ces symptômes qui s'offrent comme modèle de simplification ultérieure.

### **SERVICE TERRITORIAL INTEGRE ET COMPLEXITE.**

Notre expérience nous amène à mettre en évidence, d'une part, la complexité de la situation existentielle qui converge dans la condition de crise et, d'autre part, la complexité des instruments et des ressources nécessaires pour l'affronter.

Il est nécessaire de repartir de la simplification, comme fausse spécificité du symptôme, afin de tenter de rétablir des conditions susceptibles de favoriser l'expression, par la crise, de sa demande globale. Demande qui recouvre, Investit la vie et la possibilité de vivre y compris dans le cadre d'une relation institutionnelle déterminée.

Le concept de crise en psychiatrie est né de l'intention, correcte sur le plan théorique, de reconsidérer la maladie mentale à travers une recherche sur la souffrance existentielle du sujet, vue comme une "unité biologique", ou "membre d'un système", ou "sujet social", en retraçant les origines de cette souffrance et les conditionnements qu'elle a subit. Dans ce sens, le concept de crise a représenté la tentative d'appliquer une méthodologie unitaire, non uniformisante, de façon à trouver sa spécificité dans la singularité des problèmes posés par le sujet, en évitant le recours à des approches et à des Interventions propres au modèle médical. Dans l'unité de "cette" histoire, le symptôme peut alors être reconsidéré comme signifiant d'une réalité devenue intelligible.

Notre expérience nous apprend que la reconstruction de l'histoire à travers de multiples moments de contact et de connaissance entre le Service et la personne dans ses lieux de vie, dans son réseau relationnel, en rapport à ses problèmes matériels et concrets, permet de situer la crise à l'intérieur d'une série de liens qui peuvent la rendre compréhensible (pas de l'expliquer !), lui donner sens et enfin lui permettre de récupérer une relation entre valeur de santé, valeur de vie et la crise elle-même.

Dans ce sens, la "histoire" signifie autant reconstruction du parcours affectif, social et institutionnel de la personne que recomposition de la cassure dans son expérience de vie représentée par la crise en action.

Dans notre cas, l'abandon de l'H.P. et le choix du territoire qui va de pair avec la construction des Centres de Santé Mentale (2), comme étape du processus de dé-institutionnalisation (Fig. 1), ont posé le problème pratique et quotidien, au-delà du caractère théorique, de la compréhension de la complexité des parcours et des modalités dans lesquelles s'exprime la demande psychiatrique, et à l'intérieur de celle-ci la crise.

*(2) Actuellement, le circuit psychiatrique à Trieste (280.000 habitants) est composé de 7 Centres de santé mentale (C.S.M.) opérant dans autant de zones de la ville, chacune comprenant une population d'environ 40.000 habitants. A Trieste, l'hôpital psychiatriques n'est plus fonctionnel. Il héberge un peu plus de 200 personnes, dont 40 environ sont infirmes ou alités et 160 son hébergées en petits groupes familiaux avec une assistance paramédicale limitée aux heures diurnes. Depuis mars 1980, a été créé, dans l'hôpital civile, le "Service psychiatrique de diagnostic et de soins» (S.P.D.S.), mieux défini dans notre cas comme "Service d'urgence psychiatrique" (S.U.P.) doté de 8 lits, qui remplit les fonctions de garde psychiatrique et de "tri". Le patient envoyé par l'hôpital général est confié, après avoir reçu les premiers traitements éventuels, au Centre territorial de référence; durant les heures nocturnes uniquement, il peut Atre hébergé au S.U.P., pour Atre ensuite envoyé au Service territorial le lendemain.*

*Dans la ville sont dispersés 21 appartements communautaires qui accueillent environ 130 personnes. Des coopératives de travail (3 jusqu'à présent) se sont constituées et sont finalisées à l'occupation de patients et d'autres jeunes marginaux, proposant des travaux de nettoyage, de construction, d'agriculture et la gestion des ateliers de théâtre, musique, peinture, menuiserie, couture, enregistrement-vidéo, graphisme, loisirs. Les coopératives nées en opposition à l'ergothérapie des asiles, associent aujourd'hui environ 200 travailleurs et garantissent une rémunération respectant la législation du travail national.*

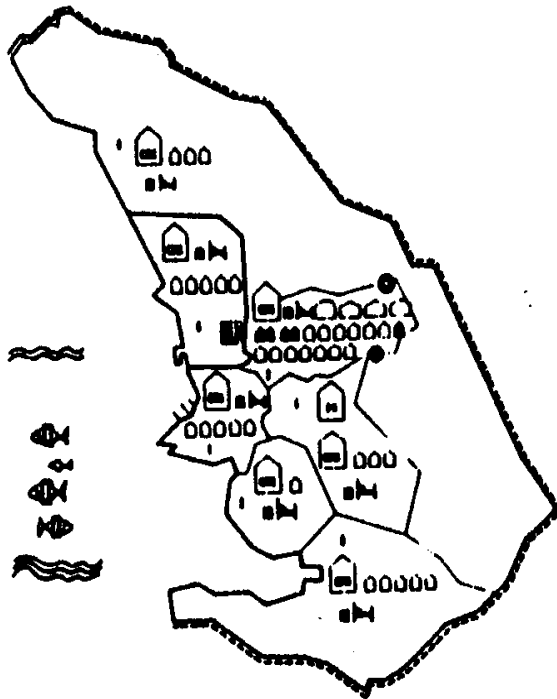
*Depuis 1980, les Services de santé mentale Interviennent également à l'intérieur de la prison de Trieste dans le but de suivre des détenus déjà psychiatisés ou de nouveaux patients qui en font la demande. Il leur est proposé des programmes thérapeutiques et de réinsertion sociale, ainsi que des mesures alternatives à la détention. L'objectif prioritaire est de prévenir les envois à l'hôpital psychiatrique judiciaire (équivalent de nos établissements de défense sociale). Nous rappelons que dans la province de Trieste, il n'existe pas de maisons de traitement privées et la clinique psychiatrique universitaire dispose de 40 lits. Depuis l'entrée en vigueur de la loi 180, les T.S.O. (traitements sanitaires obligatoires) ont été jusqu'en 1988, au nombre de 31 (3,7 par an), pris en charge dans 70% des cas à partir des C.S.M. et dans 30% des cas par le S.U.P..*

*Les patients, citoyens de Trieste, envoyés dans les hôpitaux psychiatriques judiciaires sont passés de 10 en 1979 à 1 en 1985. Actuellement, seuls 3 triestins sont internés dans les hôpitaux psychiatriques judiciaires de toute l'Italie. Une telle organisation des Services s'est développée au cours des 15 dernières années à partir du travail de transformation de l'hôpital psychiatrique triestin qui hébergeait, en 1979, 1.200 patients. Tout le personnel médical et paramédical, travaillant avant au sein de l'hôpital, a été transféré progressivement, à partir de 1975, sur le territoire, en se réqualifiant et en contribuant à former la structure organisatrice actuelle.*

En termes concrets: le Service est limité à une aire territoriale d'intervention bien définie et de petite taille. Il s'est organisé pour pouvoir accueillir toute demande, ailleurs qualifiées de psychiatrique, en éliminant les filtres bureaucratiques et administratifs et en favorisant les modalités d'accès les plus variées et informelles, sans aucune intention de sélection et donc de renvoi.

Ainsi situé, le Service de santé mentale est le point central de cette aire territoriale clairement définie. Il est le lieu d'observation privilégié, capable de développer une observation interactive qui s'étend dans un espace fini, mais extrêmement complexe et articulé. On y trouve tout ce qu'une population produit en terme de pathologie, de malaise, de conflit et de perturbation sociale. Il se projette de façon linéaire et constante dans le temps suivant les histoires, les vécus personnels, l'évolution du territoire et de sa population, en modifiant dialectiquement les réponses offertes.

**FIGURE 1 :**



**Unité Sanitaire Locale n° 1 "Triestina"**

**Présentation du réseau des services d'assistance psychiatrique.**



**Division du territoire de l'U.S.L. :**

1. San vito.
2. Via Della Guardia.
3. Barcola.
4. Via Gambini.
5. Domio (Muggia - San Dorligo).
6. Aurisina (Duino, Sgonico).
7. San Giovanni, ex. H.P.




**Superficie : 211,3 km<sup>2</sup>**

  C.S. M. ouvert 24 h.



**Population :**  
 1983 - 281.617  
 1984 - 278.426  
 1985 - 275.475  
 1986 - 274.178

 Appartement communautaire.  
 Hôtel-home : résidence avec plus de 10 hôtes.

**Personnes âgées :**  
 21,2%  
 21,5%  
 22,2%  
 22,9%

 Service pour personnes âgées.  
 Antenne psychiatrique en prison.  
 SPDS : urgence psychiatrique dans l'H.G.

**Nombre de communes : 6**  
 (Trieste, Muggia, Duino Aurisina, S. Dorligo, Sgonico, Monrupino).

 Ateliers (théâtre, peinture, musique, couture, écriture).  
 Coopérative (agricole, nettoyage, déménagement et transport, bar, restaurant, vidéo, temps libre).

**Frontière d'Etat** 

 CMAS : Centre pour personnes toxicodépendantes.

**Frontière provinciale** 

 Clinique psychiatrique Universitaire.

Le Service est donc capable de percevoir, connaître, entrer en contact, élaborer le réseau des relations et des conflits qui constituent l'ornière de la crise. Relations et conflits qui seraient cachés, au fur et à mesure banalisés et vidés de sens s'ils étaient recouverts par elle dans ce processus de simplification propres aux modèles fondés sur la centralité de l'HP

Il est évident que nous ne proposons pas uniquement une lecture approfondie de la crise sur les plans cognitif et interprétatif. Le point central et en même temps le plus problématique, nous semble être la recherche d'une organisation du Service qui rende possible des réponses adéquates et conséquentes en rapport à la complexité des situations telles qu'elles émergent.

## **INTERVENTION SUR LA CRISE ENTRE INSTANCES DE CONTROLE ET D'EMANCIPATION.**

La demande psychiatrique est certainement une demande complexe. Il est nécessaire d'en comprendre tous les éléments constitutifs : les agents d'orientation, le parcours pour parvenir au Service, les passages institutionnels antérieurs.

Le Service doit pouvoir lire les passages qui conduisent d'une crise sourde sans possibilité d'écoute, au comportement transgressif ou alarmant, comme signal de souffrance, jusqu'à le couper des systèmes sociaux de l'urgence. Il doit pouvoir organiser différentes modalités de relation, accrocher les temps de latence de la crise, rendre l'intervention précoce. Ainsi se développe une "opérativité" qui connecte la crise à toutes les autres demandes psychiatriques qui s'expriment selon d'autres modes que l'urgence. La crise se place dans une pratique unitaire de prévention, de traitement et de réhabilitation. Une réponse efficace à la crise ne peut, en effet, être séparée du travail de prévention (secondaire) qui se fonde sur une pratique de prise en charge de la globalité des éléments en jeu. Le Service doit étendre ses potentialités de rapport avec l'entièreté du spectre d'expression de l'existence souffrante de l'individu, et doit porter son intérêt sur les demandes provenant de la communauté.

Nous considérons, au contraire, qu'attendre le patient au Service, rigidifier le protocole d'intervention, renvoi inévitablement à des mécanismes traumatiques, des traitements forcés ou, en tout cas, à l'intervention de la police, aux hospitalisations dans les départements pour aigus.

Du côté de la demande de contrôle social (toujours connexe à la demande d'intervention), la "présence" du Service et l'accrochage immédiat avec les situations de crise redimensionnent la soi-disant dangerosité du malade mental. Cela ouvre au sujet d'autres modalités d'expression et permet au contexte social de mieux comprendre, avec la médiation du Service, ses Instances. Le conflit qui se manifeste avec la crise peut, de cette manière, ne pas être nécessairement contenu et occulté. Au contraire, Il peut être assumé comme stimulation à la transformation, à la croissance d'une situation dans sa complexité.

Il est évident que le conflit, contenant de la crise, sous-tend une lutte de pouvoir qui voit souvent le patient, en tant qu'il est identifié comme tel, supporter une perte sèche. Il en va de même alors qu'il détient une apparente maîtrise manipulatrice exercée à travers le symptôme. Le conflit survient à l'intérieur d'un enchevêtrement cristallisant le patient et les autres, ce qui empêche les possibilités d'émancipation pour tous de se développer.

Si le Service place parmi ses objectifs la recherche de telles possibilités d'émancipation, il cherchera à s'équiper, comme dans notre cas, d'instruments et de ressources susceptibles de favoriser la croissance et l'autonomie du patient, la défense et l'accroissement de sa contractualité.

Dans ce sens, le soutien à l'autonomie et au pouvoir du patient ne peut pas se limiter à des formes stériles de garantie et de défense passive des droits Individuels. Il présuppose un

itinéraire de transformation pour tous les sujets impliqués. Celui-ci débute au moment de la prise de contact.

Le problème du contrôle social se redéfinit dans cette optique comme nécessité de transformation d'une situation bloquée. Le rôle du Service est alors de promouvoir diverses modalités de reproduction sociale des sujets en présence, en particulier l'usager et sa famille. L'antinomie historique de la psychiatrie, entre répression et émancipation, entre contrôle et traitement, peut dans ce sens trouver une voie d'issue tant difficile et "élevée" que productive et riche.

## **MODALITE DU CONTACT.**

L'analyse que nous allons vous proposer vise à approcher de plus près la demande et l'intervention sur la crise. Nous nous référons particulièrement à l'expérience du Centre de "Santé Mentale de Barcola", un des 7 Centres qui composent le nouveau réseau des Services psychiatriques de Trieste (3) (Fig. 2). Les données quantitatives que nous présentons se réfèrent aux nouveaux usagers entrés pour la première fois en contact avec le Service dans une période de 3 ans (1983-1985) (cela concerne 377 personnes au total).

Dans ce groupe de patients, que nous avons retenu comme "situations de crise" celles qui répondaient à au moins trois des cinq paramètres suivants : symptomatologie psychiatrique grave et/ou aiguë; rupture relationnelle dans le contexte familial et/ou social grave; refus du traitement psychiatrique (médicaments, hospitalisations, programmes thérapeutiques), ou estime ne pas en avoir besoin mais accepte le contact; refus obstiné du contact psychiatrique; situation d'alarme dans le contexte familial et/ou social se traduisant par l'incapacité d'affronter les crises.

*(3) Le C.S.M. de Barcola a commencé à fonctionner en 1975 avec 10 infirmier(e)s et deux médecins psychiatres. Ils s'occupaient surtout initialement des sorties de patients encore hospitalisées à l'H.P. de Trieste. L'aire de référence couvre deux districts pour un total de 45.000 habitants et pour une superficie de 10.1 kmq. Le volume des utilisateurs du Service a augmenté progressivement parallèlement à la perte des fonctions de l'H.P. et avec la croissance de crédibilité et de pénétration du Centre dans les quartiers. De même, le personnel médical et paramédical du C.S.M. a augmenté et s'est de mieux en mieux structuré; d'autres opérateurs, qui travaillaient à l'intérieur de l'H.P., se sont rendus disponibles, avec la fermeture graduelle de l'asile.*

*Actuellement, le staff compte : 19 infirmier(e)s opérant au Centre; 3 infirmier(e)s attaché à un groupe-appartement pour 12 personnes au total; 2 assistantes sociales; 3 psychiatres. Un rapport opérateurs-population de référence s'est ainsi instauré de manière optimale, à notre avis : 1 infirmier(e) pour 2.000 habitants environ, 1 médecin pour 15.000 et 1 assistante sociale pour environ 20.000.*

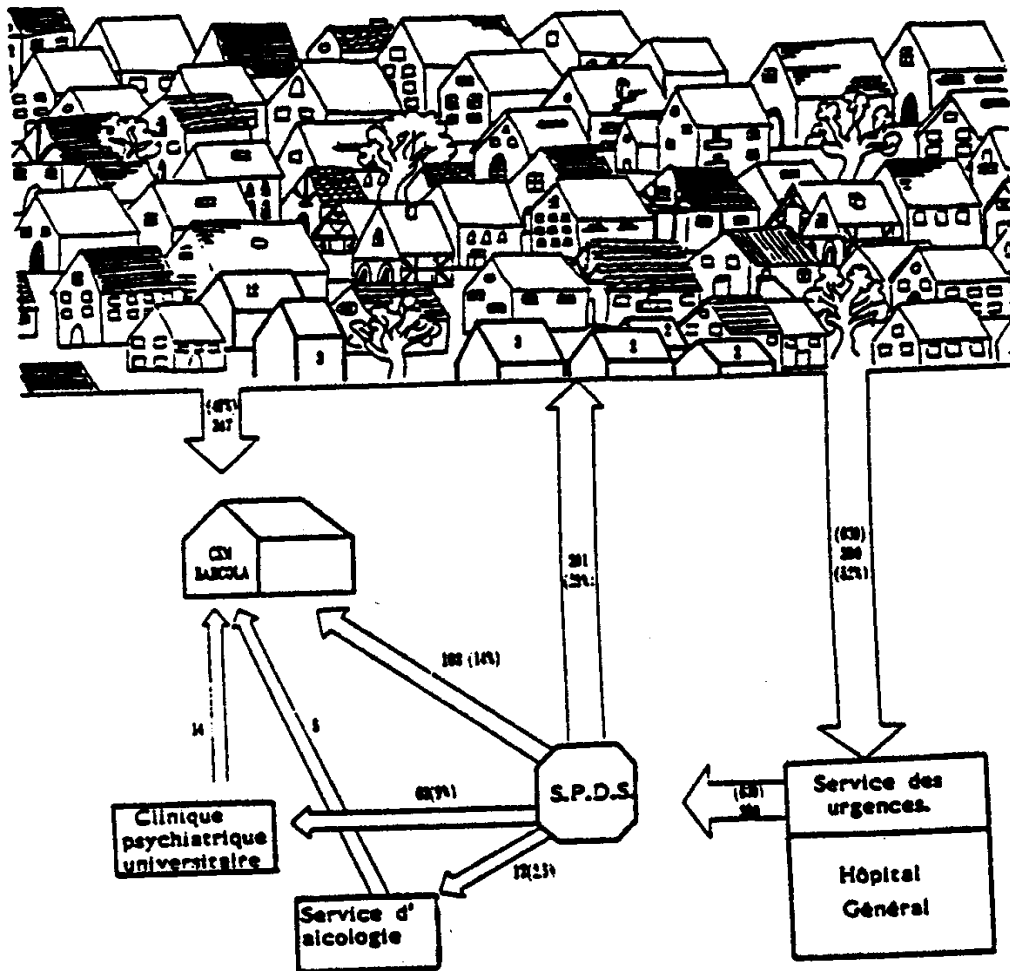
*Le centre est ouvert 24 h sur 24. Durant la nuit, deux infirmier(e)s assistent les patients qui bénéficient d'un hébergement nocturne, pendant que d'éventuels accueils ou urgences sont effectués par le S.U.P. cité précédemment.*

*Durant les heures diurnes, le personnel médical et paramédical assure sa présence de 8 h à 20 h.*

**FIGURE 2 :**

**CENTRE DE SANTE MENTALE DE BARCOLA - 1985 -**

Nombre de contacts psychiatriques total de l'aire territoriale de référence : 727, soit 16‰



Le nombre total de contacts en 1985 au Service de Diagnostic et de Soins (S.U.P.) est de 630, ce qui correspond à 380 personnes. Seulement 103 personnes arrivent au C.S.M.; 201 retournent chez eux sans intervention ultérieure, un certain nombre est envoyé à la clinique psychiatrique : 63; au service d'alcoolologie : 17.

347 personnes viennent directement.

Les petites maisons en gras représentent les appartements collectifs directement gérés par le C.S.M. et le nombre de personnes qui y vivent.

De tels paramètres concernent, à notre avis, dans la pratique territoriale, ces situations qui étaient envoyées à l'H.P. à travers l'hospitalisation forcée, du fait de leur gravité et de leur caractère alarmant et ce, avant la dé-institutionnalisation et la réforme. Ce sont ces personnes qui étaient définies "dangereuses pour elles mêmes et pour les autres". Nous excluons toutes les situations de crises relatives aux patients avec lesquels nous étions déjà en contact. Cette méthodologie nous a permis d'identifier 108 personnes sur les 377 nouveaux usagers ayant requis une intervention en situation de crise (4).

Au-delà des données quantitatives détaillées dans la note (4), les modalités qui amènent le patient aigu en contact avec le circuit psychiatrique ont subi, à Trieste, des modifications notables au cours des 15 dernières années. De la possibilité unique d'accès constituée par l'hospitalisation (presque toujours forcée) au Service d'accueil de l'H.P. (fermé définitivement en 1980), on est graduellement passé à des "modalités d'arrivée" au Service de santé mentale territorial variées, "toujours plus directes", y compris pour 74% des situations de crise en 1985. Cela reflète une connaissance et une utilisation croissantes du Service territorial de la part des citoyens, du réseau des institutions sanitaires et d'assistance, ainsi que de celles de l'ordre public. Un autre indicateur de cette évolution est le pourcentage des situations de crises passées par le Service d'urgence psychiatrique (S.U.P.). Celui-ci est passé de 36.6% en 1983 à 26% en 1986.

En trois ans, 33,396 des personnes en situation de crise, faisant partie de notre échantillon, arrivées au C.S.M. avaient transité par le S.U.P.. Douze sur 36 y étaient venus de leur propre initiative, seuls ou accompagnés par la famille. Les autres y ont été amenés par des Services d'urgence (Croix-Rouge, police) à l'appel des tiers.

Nous pensons que ce "transit d'un tiers de la demande par le S.U.P. s'explique par le fait qu'une partie de la demande psychiatrique est encore dirigée spécifiquement vers l'hôpital civil par les Services de secours urbains, mais aussi par la famille ou par des amis, plutôt que de le considérer comme un canal préférentiel choisi par le patient aigu. D'autre part, Il n'y a pas de psychiatre de garde dans les C.S.M. entre 20 h et 8 h, alors qu'il y en a un présent 24 h/24 au S.U.P.. De toute manière, le passage par le S.U.P. se limite à une première visite, il représente un premier niveau décisionnel sur la nécessité ou non de prise en charge. Seules 13 personnes sur 108 ont passé la nuit au S.U.P. durant les 3 années de référence. Le signalement des 72 situations restantes, entrées directement en contact avec le C.S.M. se répartit comme suit : 32 l'ont été par des parents ou des amis; 18 par des voisins; 7 par le médecin généraliste ou par d'autres institutions socio-sanitaires du territoire; 2 par la prison ou la police. Les derniers sont arrivés au C.S.M. de leur propre Initiatives parfois accompagnés par leur famille.

*(4) Le groupe se caractérise comme suit : Il est constitué de femmes pour 55,8%. Si on considère l'âge, 48,8% du total ont plus de 55 ans; ce pourcentage élevé correspond aux caractéristiques démographiques générales du territoire en question (environ 20% des personnes ont plus de 85 ans). Le type de symptomatologie par ordre (en se référant à de larges catégories diagnostiques), les crises "psychotiques aiguës" (bouffées délirantes, épisodes de schizophrénie aiguë, réactions et états paranoïdes, etc ...) représentent 31,4% des cas; les "tentatives de suicide" (soutenues par des pathologies variées, mais que nous avons regroupées sur base de la motivation principale à la demande d'Intervention) 21,3%; les états confusionnels de nature psycho-organique (démence sénile, présénile, etc ...) 12,9%; les "états maniaques" 10,1%; les "problèmes de comportement" soutenus par l'alcoolisme, la toxicodépendance (états d'agitation, hallucinations, etc ...) 9,2%; les crises dépressives graves" (dépressions majeures, graves réactions dépressives, etc ...) 7,4%. Soulignons qu'un follow-up de 3 ans est en cours et fera l'objet d'un approfondissement ultérieur.*

Si ce n'est pas le patient lui-même qui se présente au C.S.M., le rôle actif de l'opérateur dans la détermination du contact est plus important. Pratiquement toujours, il sera chargé en première instance de l'intervention.

La rencontre avec le patient, à l'occasion de la première manifestation d'une crise, peut se faire de façon très diverse. Dans la mesure du possible, la prise de contact se fera dans les lieux de vie du patient (sa maison, le bar, son lieu de travail, ...). Les intermédiaires privilégiés seront les personnes significatives de son environnement. La mobilisation du Service se réalise en veillant au maintien d'une flexibilité maximale. Dans ce sens, nous ne possédons pas de protocole d'intervention prédéterminé, et encore moins d'une "équipe spéciale" d'interventions.

La plupart du temps, la disponibilité qui se traduit par notre déplacement "sur place" réussit à éviter, en sol, un certain nombre d'impacts traumatiques. Souvent, la présence des opérateurs rassure la famille, les voisins, l'environnement et favorise la dé-dramatisation des contenus de la crise, les angoisses du patient et de ceux qui l'entourent.

Les mécanismes de dé-dramatisation sont plus difficiles à activer dans les situations où le patient est seul, possède peu de ressources, d'intermédiaires, de rapports avec le monde extérieur. Il peut ainsi arriver qu'une personne refuse le contact et s'isole un peu plus encore. Le Service doit alors multiplier les stratégies "banales" d'approches. Par exemple en téléphonant, en envoyant des messages sous la porte, en intégrant d'autres personnes (amis, prêtre, police, ...), en recherchant la rencontre dans d'autres lieux.

Ces essais montrent fermement à la personne l'attention et l'offre d'aide. Ainsi, le Service entre dans une relation qui, même de façon conflictuelle, construit autour de la personne un référent réel vers lequel elle peut orienter ses actions et son comportement.

Parfois, ce processus nous conduit à une sorte d'escalade". Alors, le refus contraint le Service à une évaluation plus attentive du pouvoir contractuel du patient et de ses demandes. Une telle attitude oblige le Service à développer toujours plus sa flexibilité.

La "escalade" peut parfois se conclure par un contact physique rapproché avec le patient dramatique et "fort". L'ouverture de la porte (ce pourquoi nous avons dû faire appel, à l'occasion du premier contact, à 5 reprises, à la police ou aux pompiers), indique, même si c'est symboliquement, l'ouverture du cercle de la psychose par l'entrée de figures réelles, la fin du cauchemar.

La mise en jeu de tant de tensions dérange inmanquablement le retranchement le plus obstiné. Alors même que le patient continue à percevoir le Service ou l'opérateur comme envahisseurs les moments successifs d'offre, d'écoute, d'aide concrète (chez lui ou au Centre) déterminent la diminution de la méfiance, laissant ainsi la place à l'établissement de la relation opérateur-patient nécessaire à la mise sur pied de la prise en charge.

## **LA PRISE EN CHARGE.**

Nous appelons "prise en charge", non seulement l'attention portée à la crise mais également aux différentes formes et moments de l'existence souffrante. C'est cela qui caractérise l'aspect central de la pratique de notre Service dans son développement dans "le temps réel".

La prise en charge tient avant tout à la "responsabilité" du C.S.M. pour toute l'aire territoriale et présuppose un rôle actif. Rôle à tenir non seulement dans la situation de crise mais dans la relation globale (par l'existence souffrante). Celle-ci dessine une nouvelle modalité de rapport Institutionnel fondé sur l'engagement de la responsabilité. En d'autres

mots, le C.S.M. doit assumer la fonction de "réfèrent actif" vis-à-vis des demandes relatives à des situations de misère, de souffrance, de conflit. Le risque de contrôle social, hérité du vieux système asilaire, est repensé sur le territoire grâce à la présence directe des opérateurs. La pénétration réelle du Service dans le territoire et la connaissance utile de la part des habitants de ses fonctions a pu se réaliser par le dépassement des systèmes traditionnels de contrôle, par la réduction au minimum du temps de latence entre émergence et prise de contact, en fait par la "*pratique quotidienne de la présence*".

Le rapport direct et rapproché entre le Service et le territoire permet de créer les présupposés à une relation de réciprocité. L'intention de proximité avec le patient, de partage de son destin dans le cadre du partage de la responsabilité tel que décrit précédemment nous conduit inévitablement à faire une critique active de la distance intrinsèque au rôle professionnel qui se réduit souvent à un instrument de domination de l'objet de travail. Dans notre cas, il s'agit toujours de "sujets".

Prendre en charge signifie donc assumer la demande avec, toute la "portée sociale" connexe à l'état de souffrance. Celui-ci ne sera pas bureaucratiquement éclaté dans des secteurs séparés de compétence. Le citoyen est accompagné, soutenu par le Service dans le réseau des institutions ( tribunal, prison, hôpital, Service social, école, Services pour mineurs, offices d'emplois, Services de consultation familiale, maisons de repos, offices de pensions, etc.). Le Service favorisera une bonne correspondance entre les réponses offertes par ces Institutions et le besoins du patient.

La considération de la demande en tant que globalité composée de requêtes, de besoins, de délégations (qui sont autant d'abandons de parts de responsabilités propres et donc d'invitation au contrôle) contraint le Service et les opérateurs à une observation large et non prédéterminée. Celle-ci inclut les conditions de vie du patient, ses relations en vue d'une interaction directe avec elles. "La prise en charge dépasse concrètement l'antinomie hospitalisation- ambulatoire" typique du modèle médical.

Le recours à l'hospitalisation est déterminé en psychiatrie, dans les situations de crise, par une décision technique (en rapport à la gravité) et administrativo-légale (qui se réfère, de façon plus ou moins occulte, au danger social et personnel). L'hospitalisation soustrait la personne de son contexte et la soumet à des règles institutionnelles fondées sur une approche médicalisante. L'observation clinique limite en fait son intérêt propre et spécifique à l'aire symptomatologique et exclut la vie globale du patient.

La prise en charge ne présuppose pas un lieu défini où prendre corps. Cela peut être au C.S.M. ou dans d'autres lieux institutionnels (l'hôpital général, la prison, ...), mais aussi et surtout le milieu de vie du patient (sa maison, son lieu de travail, ...). Tous ces lieux où il exprime, développe ou tente de développer sa socialité.

Même lorsque l'intervention sur la situation de crise prend place au C.S.M., grâce à la possibilité d'hébergement 24 h sur 24, le patient continue à maintenir des rapports avec son milieu. La famille, les amis peuvent venir rendre visite à n'importe quel moment. Souvent, le patient est accompagné chez lui, même de suite après des moments de tension importante, pour prendre des vêtements et/ou des objets personnels, pour revoir sa famille, pour constater, avec l'opérateur les conditions dans lesquelles se trouve son logement, et aussi son existence. Tout cela pour garantir, et communiquer, que la venue au Centre ne détermine pas une rupture dans sa continuité existentielle et historique. Le patient pourra, seul ou accompagné par les opérateurs, volontaires, parents ou autres patients, sortir du Centre afin d'expérimenter qu'il n'a pas perdu son autonomie et sa liberté.

L'espace du Centre prend, de cette façon, une connotation symbolique de lieu de relation et non de limitation, de ségrégation plus ou moins temporaire.

Les relations multiples de complicité et de confiance ne sont pas seulement des Instruments permettant, pour plus tard, de renverser le conflit, le refus de la relation avec le Service, mais sont aussi des actes thérapeutiques en soi. Ils permettent de recomposer l'identité du patient et de reconstituer la rupture relationnelle qui a précédé la crise (souvent aggravée par l'hospitalisation psychiatrique). Dans le même temps, ces actes confirment la disponibilité du Service au patient ("l'alliance") d'une façon qui ne confirme pas l'étiquetage et la perte ultérieure de pouvoir, comme le fait, en soi, l'hospitalisation. Tout en confirmant la volonté d'aide, et de soin, Ils tendent à dépasser la demande, dans le sens d'une ré-définition du problème en termes de "utilité" perceptible également par le patient (comme on le verra, à travers le programme thérapeutique).

Il peut arriver que le patient s'éloigne du Centre, confirmant son refus de l'aide et des soins, rompant la relation qui s'était instaurée. Une telle éventualité contraint les opérateurs à le retrouver, le ré-contacter en vue de reconsidérer ses demandes à un nouveau niveau de contractualité qu'il a proposé par la rupture du rapport.

En tout cas, l'élasticité de la gestion, liée aux modalités de prise en charge que nous décrivons, n'exclut pas qu'il arrive que le Service reconnaisse la nécessité de protections des personnes qui expriment des comportements "éclatants" et qui, de ce fait, peuvent être exposées à de hauts risques de sanction (prison, défense sociale). Cette protection se pose également lorsque la circulation dans leurs propres contextes de vie, par les niveaux de non réalisation ou de déstructuration qu'elles proposent, brûlant le terrain des rapports et forçant les niveaux de tolérance, pourrait compromettre leur contractualité future. Dans ces situations, le Centre prend sur lui la charge de mettre sur pied des formes de tutelle et de contrôle. Mais la qualité de ces opérations (interdiction de sortir du Centre, ou limitations de mouvement et des contacts avec les parents, sédation pharmaceutique) est personnalisée dans l'image de l'opérateur qui suit, assiste, "accompagne" la personne.

Le contrôle "n'existe pas" dans l'organisation "physique" du Centre. Il n'y existe pas de structure de contention (portes fermées, chambres d'isolement, moyens de contention physique). Le contrôle n'apparaît donc jamais comme "donné", mais comme limite critique et choix concret sur lequel contracter. Il est expliqué et motivé en cherchant à déterminer une conscience ultérieure.

Dans tous les cas où il est fait recours à une gestion plus rigide et directive du patient (ce qui inclut des risques de fermeture du rapport, d'objectivation et de manipulation), la négociation continue et peut renverser la gestion même en un fait actif auquel Il participe.

Le "hébergement" dans le Centre s'inscrit de toute manière dans une série d'actes et d'événements qui le précèdent, l'accompagnent et le suivent. Il reste toujours un segment de l'intervention et n'est "*jamais en soi une réponse à la crise*". Il est souvent utilisé comme instrument d'approfondissement et de ré-définition d'un rapport thérapeutique "insuffisant" Il détermine une plus grande connaissance réciproque et permet le départ ou la reprise du projet thérapeutique. Dans ce sens, en centrant la gestion au cœur du système opérationnel du Service, l'hébergement permet la mobilisation d'un grand nombre d'énergies et de ressources Institutionnelles, car l'attention de toute l'organisation est ainsi focalisée sur le patient. "De cette façon", les valences thérapeutiques, que possède en soi la structure du Centre, sont ainsi affirmées.

Cette particularité extrême de l'expérience d'hébergement, dans les vécus du patient comme des parents, représente une opération de démontage, pratique et symbolique, de l'hospitalisation psychiatrique. A travers la transparence des actes institutionnels et leur lisibilité, peuvent se déterminer des transformations de la demande qui, dans notre expérience, n'est plus l'abandon ou l'enfermement.

## L'ECOUTE ORGANISEE, L'ORGANISATION DE L'ECOUTE

Le patient qui arrive au Centre (qui est pris en charge) n'est habituellement pas exposé à un entretien psychiatrique centré sur le diagnostic fondé sur une connaissance unilatérale et objectivante de la part de l'opérateur. Nous cherchons plutôt à établir un rapport de connaissance réciproque graduelle avec l'implication de plusieurs opérateurs (et parfois d'autres patients).

Nous laissons au nouveau patient le temps de s'orienter dans l'espace du Centre, de percevoir et de comprendre les attentions dont il est l'objet, de commencer à se mouvoir dans cet espace et à "l'agir".

La présence d'un "*climat de disponibilité diffuse*" caractérise la multiplicité des échanges et des Interactions entre le patient et les opérateurs, les autres figures professionnelles du staff (cuisinière, femme d'ouvrage, travailleurs des coopératives, ...), les autres patients et les volontaires. Il arrive souvent que naissent des moments de discussion et d'entretien collectifs spontanés, animés par un opérateur. Plusieurs patients y participent et sont Invités à se confronter entre eux, à prendre conscience de leurs propres problèmes et niveaux de communication ainsi que de ceux d'autrui.

"*La réunion quotidienne de l'équipe*", au croisement de l'horaire du matin avec celui du soir, est constamment un moment de communication, d'information et de réflexion entre les opérateurs. La participation des patients est favorisée; ils peuvent écouter et intervenir sur des thèmes en discussion. Souvent, un patient se sent stimulé, Il prend la parole, raconte ou expose ce qu'il ressent être son propre problème. C'est dans ces occasions, qu'il trouve écoute et reconnaissance collective. "Son problème" apparaît, à ce moment, sans médiation interprétative, à l'attention du groupe. Souvent, dans des moments de crise, ces moments Informels apparaissent les plus significatifs et utilisables par le patient.

"*Les moments d'écoute plus formalisés*", considérés comme espace-temps définis d'entretien entre opérateur et patient, ne définissent jamais une condition de psychothérapie selon des modèles prédéterminés. Ils s'inscrivent dans la diversité des moments d'écoute et d'entretien et en font partie.

L'entretien vise habituellement à faciliter l'expression (ou la verbalisation) des besoins sous-jacents à la demande; à stimuler la confrontation entre la situation réelle du patient et les contradictions qui s'y rapportent; à analyser ce qui est arrivé avec l'émergence de la "maladie"; à reporter cette condition à l'intérieur de sa continuité historique; à la reconnecter à la vie normale à travers une lecture commune de la biographie, des parcours sociaux et d'expériences antérieures à la maladie. La reconstruction de ces parcours par le patient lui-même réduit l'angoisse et rassure le patient. Il devient alors possible d'identifier les problèmes actuels sur lesquels, dans le *ici et maintenant*, il est possible de formuler un programme pratique qui tient compte, d'une part, des capacités du patient et de leur évolution possible et, d'autre part, des ressources que le Service peut offrir ou qu'il peut réussir à mettre à la disposition du patient en s'appuyant sur son organisation.

L'écoute formalisée ainsi que les nombreux moments d'écoute informelle tendant à proposer des parcours enrichissants liés au fait d'être avec les autres, d'entendre ses propres besoins et ceux des autres, de se contenir, de limiter sa propre expansion. Le rapport qui se construit de cette manière, répond aussi à une "demande de pédagogie" posée d'habitude par le patient et sa famille. Cette demande correspond à une volonté de comprendre et d'analyser ensemble le sens de l'expérience de maladie et d'établir des buts et passages successifs du processus de reconstruction et d'émancipation.

Il est évident que tout ceci n'arrive pas naturellement, mais présuppose un travail finalisé et intentionnel, producteur de la circulation de connaissances et d'informations.

Un tel travail est lié à la conscience que l'opérateur a de faire partie d'un groupe d'opérateurs, d'un Service, et que la valeur thérapeutique est partie intégrante du rapport global entre le Service et l'utilisateur. La personnalisation du rapport opérateur/patient est certainement recherchée, mais elle doit être réinscrite dans l'ensemble, comme richesses ultérieures et possibilités d'évaluation.

## **LA VALEUR-TEMPS.**

Dans tous les lieux d'hospitalisation (en H.P. ou dans les unités psychiatriques à l'hôpital général), le patient vit son temps complètement à l'intérieur du temps et du rythme de l'institution.

Le temps, coordonnée fondamentale de l'expérience, également dans la crise, devient la première valeur qui lui est retirée. L'hospitalisation sépare le "temps malade" du "temps normal ou sain, elle organise selon ses normes le quotidien du sujet. Ainsi, elle scande les temps et les rythmes de la crise.

Dans le C.S.M., en tant que lieu perméable, non séparé, où toute forme de "contrainte/moulage" par rapport au temps est difficilement réalisable (et non voulue), le temps vécu du patient en crise peut, par contre, s'exprimer de façon autonome face aux temps imposés par l'institution.

L'utilisation du temps, par le patient ou par l'opérateur, peut devenir un facteur tactique fondamental dans le projet d'intervention.

Le temps passé au contact du Service est rempli d'actes, de présences et de prestations utiles à la personne en crise (ou reconnus utiles par elle).

Au côté de l'opérateur, la discussion sur le programme quotidien est sous-tendue par l'intention de ne pas interrompre ou bouleverser la quotidienneté du patient. Celui-ci doit pouvoir "continuer à vivre" malgré la crise. Le temps organisé et géré par le Service devra s'articuler avec le temps propre du patient, à travers la discussion de ses propositions et de ses Initiatives. Le respect du temps propre du patient devient ainsi un facteur ultérieur de renforcement/maintien de ses potentialités de sujet et pas d'objet dominé et institutionnalisé.

En conclusion, le temps est une valeur qu'il peut se ré-approprier en conservant les liens avec son contexte et avec sa vie quotidienne, se croisant dans le même temps avec les "durées" élastiques du programme du Service et, dans la mesure du possible, proportionnels à ses niveaux de besoins.

## **LE RESEAU SOCIAL.**

A l'intérieur de l'espace du Centre, ouvert et disponible 24 h/24, tous les moments de relation avec d'autres personnes sont des occasions de rencontre, et donc de rapports interpersonnels de ré-socialisation, d'agrégation ou de conflit.

Un premier réseau de liens instables peut être reconstruit autour du patient : sont favorisés les liens de complicité et d'affectivité avec les opérateurs et autres patients. Il peut naître des formes d'aide réciproque : un patient peut devenir un point de référence et d'appui pour un autre en difficulté plus grande.

Ces relations, nées à l'intérieur du Centre, se prolongent souvent au dehors et dans le temps. De cette manière, se sont développées des réalités de convivialité, d'intégration économique, de tolérance, de solidarité, de vie amoureuse.

La présence de formes diverses de problématiques peut créer un scénario qui consent une multiplicité d'expressions et de comportements, dans lequel chacun peut trouver son espace (y trouver sa place). La coexistence dans le Centre de patients aigus et chroniques, vieux et jeunes, porteurs divers niveaux et formes de pathologie, appartenant à différentes classes sociales, démontre non seulement sa possibilité, mais aussi son utilité par la confrontation entre sujets différents, par la critique de l'imaginaire effrayant de la folie, par la reconnaissance par chacun des patients des problèmes des autres.

Ces "**diversités et différences**" induisent chez les opérateurs une vision globale des problèmes de la santé mentale et du Service. Cette vision permet d'éviter des spécialisations stériles et permet d'enrichir réciproquement des pratiques diverses : intervention sur la crise et réhabilitation, attention aux besoins quotidiens et attitudes d'écoute, pratiques "médicales" et pratiques "sociales".

Même les endroits particuliers du Centre, habituellement considérés comme étant séparés des activités thérapeutiques, tels que la buanderie, le bureau social, la cuisine, ... peuvent être inclus plutôt que séparés. Ainsi, les opérateurs attachés à ces tâches spécifiques, valorisés comme sujets, sont capables d'échanges thérapeutiques importants s'ils sont fondés sur l'attention au patient et sur la disponibilité.

A Trieste, des lieux qui, hors du Centre, enrichissent le réseau des Services psychiatriques (ateliers de peinture, théâtre, couture, céramique, graphique, musique, le voilier), sont des passages ultérieurs d'une reconstruction des relations et de la capacité de relation. Dans des contextes différents de celui du C.S.M. (moins spécifiques, dans lesquels les rôles sont moins nettement délimités, la référence au groupe y est plus forte), le patient expérimente d'autres possibilités d'expression, trouve une reconnaissance collective, mais aussi la possibilité de contenir la crise et de recomposition.

## **OFFRE THERAPEUTIQUE/REPRODUCTION DE LA CRISE.**

Progressivement, la "situation" apparaît à l'attention du Service dans sa complexité, comme un ensemble de subjectivités, de rapports sociaux, de conditions matérielles de vie.

Le premier contact et les moments successifs d'évaluation de la réalité de vie du patient constituent le cadre des besoins : où vit-il, où dort-il, que mange-t-il, qui l'entoure, où travaille-t-il? L'écoute favorise la retranscription de cette réalité de vie dans une prospective historique, rend plus conscient le patient et sa famille, explicite les contradictions et les conflits qui s'y déroulent.

La liaison de ces moments de connaissance, déjà en soi thérapeutiques et dans une progression naturelle liée aux actes pratiques, constitue la réponse que nous définissons "*offre thérapeutique*" du Service.

Le C.S.M. s'est graduellement équipé d'une quantité plus grande de ressources afin d'essayer de répondre aux situations et aux exigences les plus diverses. Par ressources du Service, nous entendons ce dont il dispose en terme d'aides matérielles, d'instruments, de prestations, de lieux et d'occasions de socialisation, d'agrégation. Cette richesse du Service est le fruit de choix directement liés au travail de choix directement liés au travail de dé-institutionnalisation orienté vers le développement sur le territoire de moments de garantie pour le patient : tutelle, protection, soutien.

La combinaison de l'utilisation de telles ressources avec des actes plus directement définissables comme médicaux, dessine peu à peu le programme thérapeutique. L'utilisation des psychotropes, par exemple, n'est pas reconnue comme valeur thérapeutique en soi mais comme outil favorisant l'ouverture d'une possibilité de rapport, la réduction de l'angoisse Individuelle et bien souvent le contrôle transitoire des comportements.

Les ressources et les prestations sont directement fournies par le Service, ou par l'Intermédiaire de l'activation d'autres Services ou organismes. Elles se réfèrent au "*domaine du logement*" (rangement, entretien, propreté, recherche d'alternatives de logement), au "*domaine économique*" (subventions, avances, gestion quotidienne ou temporaire de l'argent, actes en défense et en tutelle de patrimoine), au "*domaine alimentaire*" (cantine du C.S.M., approvisionnement chez l'utilisateur), au "*domaine de l'hygiène*" (lavoir, propreté corporelle, coiffeur, habillement), aux "*possibilités d'emploi*" (insertion dans les coopératives, assignation de petits travaux au Centre, attribution d'une bourse de travail), au "*domaine des loisirs*" (ateliers théâtral, musique, graphique, couture, céramique, musculation, voilier, promenades, séjours de vacances, fêtes, cinéma, spectacles).

Ces activités, de même que d'autres, présupposent "*d'être avec le patient*" : rendre visite aux parents, le remettre en rapport avec ses voisins, envisager avec lui l'organisation de sa vie quotidienne; l'accompagner faire ses courses, acheter des vêtements, aux visites médicales, aux analyses médicales; remplir des documents; encaisser son argent; chercher des possibilités de travail; simplement sortir avec lui. Toutes ces opérations tendent à conserver ou à activer le rapport avec le milieu extérieur et à promouvoir une relation plus informelle et confidentielle avec l'opérateur, en dehors de l'espace du Centre.

Les actes pratiques, posés par le Service, ne sont donc pas simplement des moments épisodiques de soutien, ils sont intégrés dans une finalité plus large.

Répondre, avant tout, au besoin fournit des instruments de "reproduction sociale" et d'amélioration de la qualité de la vie. Cela promeut graduellement de profondes et continues transformations dans la pratique et dans la philosophie du Service, accroît la "*contractualité*" du patient et le confirme dans son contexte. Si la durée de la réponse au besoin tend à se réduire au point de se proportionner à la demande urgente posée par le patient en crise, il n'en reste pas moins que le temps est un facteur ultérieur important de dénouement de la crise même.

A notre avis, la qualité thérapeutique particulière d'une intervention ainsi conçue est évidente. Elle est pourtant souvent interprétée de manière réductrice comme étant "*assistantielle*", consolante. Le travail qui se développe autour de la crise comme "*réponse au besoin*" offre continuellement aux opérateurs (infirmiers, cuisinière, assistants sociaux, médecins, ...) un niveau réel de rapport possible. Ce travail permet la traduction immédiate du langage technique en termes de problèmes concrets. Il fait obstacle à la tendance du psychiatre d'écarter de l'intervention, comme autant de déchets, ce qui a à voir avec la matérialité de la vie. Il favorise un échange concret entre les différents sujets qui agissent et met en avant "l'aller avec" le patient.

Selon nous, on met ainsi en évidence un rapport entre mutation de la réalité empirique et mutation de la subjectivité qui est vérifiable non pas tant au niveau d'une grande transformation existentielle qu'au niveau de petits changements. Changements que les gestes singuliers des opérateurs produisent à l'intérieur de la vie quotidienne du patient. De tels gestes sont un passage obligé en vue de l'établissement du rapport de confiance entre les usagers et le Service.

Tout ce qui a été dit tient non seulement aux besoins matériels, mais à des propositions alternatives de vie, plus ou moins transitives, pour le patient en crise. Celles-ci ne peuvent se développer qu'à l'intérieur d'une discussion continue avec le patient sur la manière dont il vit le changement du réel, se confronte et se modifie avec lui. Nous ne prétendons pas effectuer une lecture des besoins qui sous-tendent la demande psychiatrique, mais nous essayons de fournir des réponses en sachant qu'elles ont une valeur circonscrite dans le temps, relative à l'émergence du besoin comme fait contingent. Réponses qui permettent au patient de se renforcer et de bénéficier de pouvoir contractuel dans sa recherche de ré-acquisition d'une identité sociale.

Dans le processus décrit de renforcement de la contractualité et de la qualité de sujet du patient, il existe de la part du Service une attention à la ré-formulation continue de la demande.

Les problèmes du patient sont constamment redéfinis. Dans le rapport avec le Service, Il peut progressivement mûrir de nouveaux niveaux de besoins et en prendre conscience. On peut passer du langage désarticulé de la crise à la capacité de comprendre et d'exprimer ses propres exigences et attentes de vie. Le Service doit, face à celles-ci, s'orienter et s'organiser. (C'est cela le travail de "*dé-institutionnalisation de la maladie*", comme nous l'entendons, le niveau ultime du processus de dé-institutionnalisation, mais aussi le plus difficile parce qu'il fait référence à la psychiatrie comme "occultation" des problèmes humains).

### **CRISE DU SERVICE: RUPTURE ET RECOMPOSITION DES EQUILIBRES INSTITUTIONNELS.**

Il n'est pas possible d'actualiser ce "travail sur le sujet" si parallèlement, on ne procède pas à un "travail sur le Service". Le problème est celui de développer et d'optimiser les potentialités thérapeutiques que le Service possède, en tant qu'ensemble de ressources et de subjectivités.

Le programme thérapeutique personnalisé se matérialise justement en "travaillant sur le conflit" entre organisation du Service et problèmes concrets posés par le patient. Ce que nous appelons flexibilité, à savoir la capacité de déterminer à chaque fois des réponses opérationnelles adéquates, ne peut être simplement définie par l'organisation du travail, par les "*dispositions de Service*". La flexibilité est possible à travers la tentative contenue de travailler selon un style collectif, dans lequel chacun peut donner son apport. La circulation des Informations, la discussion des problèmes et des réponses possibles, l'espace large donné à la confrontation à travers la réunion quotidienne d'équipe, les échanges continus entre les opérateurs durant le travail, peuvent créer des intérêts, des possibilités de compréhension élargie et déterminer l'engagement ou l'implication du groupe sur le problème.

Les opérateurs doivent trouver la possibilité de s'exprimer dans le groupe et de travailler avec le patient des niveaux variés. Dans le processus de dé-institutionnalisation, se sont créés des espaces d'autonomie décisionnelle et opérationnelle pour chaque figure professionnelle; la hiérarchie est, de fait, fortement atténuée ainsi que la séparation des rôles et des fonctions. La division du travail tend à être le plus possible horizontale, tout en préservant la richesse des apports professionnels singuliers. A été promue dans ce sens, l'autogestion des tours et des Interventions dégagées de l'horaire rigide lié au travail par projets finalisés. La nouvelle négociation qui s'est créée Inclut plus de sujets : médecins, infirmier(e)s, autres opérateurs, patients. Ceci permet, d'une façon non formelle, l'expression de la créativité et des ressources de chacun, selon la singularité de sa culture, de son langage et de son comportement propres. La discussion collective sur les choix à faire face au patient offre beaucoup de possibilités à chaque opérateur, d'influencer le groupe à travers l'évaluation collective continue de la manière de travailler et des résultats obtenus.

Cette pratique, produit historique du processus de dé-institutionnalisation sur l'organisation du travail, "n'est pas un acquis", mais une condition de possibilité. Le Service reste cependant un espace Institutionnel : comme tel, il reproduit également des aspects régressifs d'institutionnalisation, aussi bien chez les patients (dans leur rapport avec le Service) que chez les opérateurs (dans leur rapport au travail).

La productivité d'un tel système (production de santé et de subjectivité, reproduction sociale), nécessite de constants Investissements, la recherche de nouvelles ressources, la capacité de résister aux chutes de productivité, aux échecs, au "désordre".

L'organisation, comme système, est en situation de "*déséquilibre productif*". Le point central, critique et conflictuel de ce déséquilibre, à travers lequel s'élabore la stratégie opérationnelle, est constitué dès instances diverses, souvent opposées, des différentes figures professionnelles (toujours entre la défense corporatiste de leur profession et l'extension de leurs devoirs et fonctions, entre la satisfaction des besoins subjectifs et la réponse ample aux besoins du Service).

En particulier, la "*routine quotidienne*" doit assurer la continuité mais ne doit pas devenir l'exécution répétitive de gestes et de dispositions. La référence au modèle médical et psychologique dans l'agir quotidien est utilisée comme partie d'un ensemble de possibilités théoriques et pratiques qui, comme modèles, sont susceptibles d'être reconduits sans pour cela être rendus absolus.

La confrontation avec des codes, des Instruments et des langages psychiatriques peut devenir une provocation fertile à la naissance et à la croissance de langages autonomes et de différents niveaux de conscience.

Le bagage de connaissance pratique et la spontanéité des opérateurs de base, la proximité (souvent de classe et de langage) aux problèmes du patient, mais aussi les résistances, les préjugés, les oppositions, sont la richesse nécessaire et controversée sur laquelle on peut construire une pratique unitaire, un style opérationnel qui, sans sélections, sans expulsions, tend à qualifier le caractère thérapeutique du Service.

Il importe de ramener à une correcte dialectique les antinomies que la pratique met en évidence souvent avec de violents déchirements, comme "*libérer/opprimer, abandonner/contrôler, s'occuper de tout problème/psychiatriser*".

Néanmoins, Il est toujours possible que se présente la reproduction de la distance entre opérateur et patient : la non écoute, l'objectivation, la prévarication, l'induction passible de chronicité.

La capacité de se confronter constamment à de tels nœuds, de les vivre comme une crise propre, permet au Service de se reproduire en affrontant le risque de sa propre institutionnalisation. Ce processus, non linéaire, se développe au coût de conflits, et parfois au risque de "brûler" les opérateurs eux-mêmes (syndrome du burn-out).

L'émergence de modalités, à chaque fois, nouvelles et singulières d'affrontement de la crise est donc le fruit d'un travail quotidien pour la modification de mécanismes néo4nstitutionnels de fonctionnement. Seule une optique globale face à la vie du Service, (donc aussi face à des projets généraux, aux nouvelles idées et stimulations, etc ...) peut créer les conditions permettant la formulation et la réalisation de programmes thérapeutiques adéquats.

Porter une attention à la subjectivité des opérateurs est nécessaire pour que se crée un rapport correct entre identification avec le patient et distanciation, entre charge affective et dissolution collective de l'angoisse du rapport, entre Investissement individuel de l'opérateur et appui plus large sur le groupe

Dans ce sens, et dans beaucoup d'autres, le Centre doit pouvoir être une "*communauté thérapeutique élargie*", avec des limites non définies, qui possède sa propre vie interne, mais qui se prolonge "au dehors" et est ouverte au dehors. Communauté qui est la somme des parcours personnels et institutionnels qui s'entrecroisent dans son espace, réel et symbolique.

## **CONCLUSION**

Au lieu d'axer la pratique sur une résolution du conflit dans le scénario privé (familial et microsocial), essayent par là d'arriver à une rapide normalisation du sujet - comme c'est le cas dans les stratégies "d'intervention de crise" - la réponse à la crise dans le Service territorial est plutôt dirigée vers la connexion, la mise en rapport du patient avec un système de relations et de ressources humaines et matérielles. Une fois qu'il y accède, la crise se déroule dans un milieu collectif. Le patient doit pouvoir la traverser en conservant sa continuité existentielle et historique.

La gestion qui s'actualise, à travers la prise en charge, veille à garantir le maintien des liens avec son milieu, la reconnaissance des liens entre la crise et son histoire, la reconstruction et la rédéfnition des relations avec les personnes significatives, la construction de nouveaux réseaux de rapports.

La crise peut ainsi perdre son caractère de rupture, de solution assurant la continuité de l'existence, et peut assumer une valeur dynamique, autant contradictoire avec l'existence même qu'elle y ramène toujours.

Elle reste ainsi un événement rendu et qui se rattache à l'histoire de la personne. L'impact du Service reste souvent déterminant, justement parce qu'il peut être, à son tour, un événement susceptible de créer une expropriation et de remarquer la rupture, ou inversement, opérer une tentative de recherche et de réponse. La crise, comme événement qui s'est développé *"dans le cours du temps"* peut être adéquatement dépassée si le Service réussit à ouvrir, ou à laisser ouvert, au sujet un espace social de manœuvre. Cela contraste avec la fermeture du contexte autour de lui, la mise en place des mécanismes de contrôle, la stabilisation des cercles vicieux de reproduction de la maladie.

L'événement maladie tend ainsi à se transformer profondément dans notre expérience, tant dans ses modalités d'expression que dans son évolution. Il peut se décomposer en vécus "qui surviennent" et qui peuvent se répéter, mais avec d'autres modalités et en d'autres temps et toujours "dans l'histoire".

Le Service ne se donne pas comme objectif la suppression du symptôme ni ne fixe une limite, la fin de la thérapie. Il veut essentiellement mettre à la disposition de la personne en crise des instruments favorisant sa reproduction sociale. Il ne limitera donc pas nécessairement le rapport thérapeutique à des temps brefs. Les possibilités d'échec du programme thérapeutique renvoient aussi bien aux limites du Service qu'à l'insistance de la maladie, en tant que persistance d'un signal social à déchiffrer, et, de toute façon, à la difficile planification de la sphère thérapeutique.

Néanmoins, pour un Service territorial comme le nôtre, l'échec, face à des *"solutions"* impossibles, est la substance du travail quotidien car il détermine une révision et une ré-élaboration de l'intervention à partir des limites mises en évidence. Dans tous les cas, le caractère quotidien du Service, sa présence comme point de référence pour le patient, garantit le soutien et la possibilité "d'aller de l'avant", de continuer à vivre malgré la maladie.

Le dénouement de la relation thérapeutique, entendu comme fin de la prise en charge, n'est pas conditionné par un pseudo-concept de guérison au sens clinique, dans la mesure où le problème même est de garantir une continuité de vie pour le patient dans la communauté. Selon nous, la fin de la prise en charge est liée à la mise en crise de la tutelle thérapeutique en rapport à la maturation de la capacité d'autodétermination chez le patient. Dans ce sens, le Service place au second plan le risque de dépendance. Il préfère proposer des transformations sur une longue période, afin de laisser au patient le temps de mûrir toujours de nouveaux niveaux de besoin et de les exprimer.

Dans ce rapport usager/Service, qui est difficilement réductible à des pratiques empruntées su modèle clinique, Il est possible de faire croître de nouvelles modalités d'intervention à travers la valorisation du patient, de ses besoins, de ses comportements. De cette manière, il est possible de démontrer qu'une personne peut être mal et, au même moment, continuer à vivre dans sa maison, en utilisant un Service psychiatrique; démontrer, en définitive, que les institutions psychiatriques ne doivent pas nécessairement totaliser le sujet ou l'englober, en tant. que malade, pour une période plus ou moins longue de sa vie, mais qu'elles peuvent jouer sur tous les plans de *"l'antinomie santé/maladie"*.

Eléments, segments, traits, parties saines, "normales" sont reconnaissables dans chaque sujet malade et il est toujours possible de reconnaître sens et valeur au lien entre normalité et anormalité, entre être capable d'agir et avoir besoin d'aide. Alors que la psychiatrie clinique tend à reconnaître seulement les traits pathologiques, anormaux, non sains (les symptômes de la maladie), la pratique du Service décrite réussit à donner une valeur au lien dialectique entre santé et maladie et, par conséquent, aussi aux aspects sains, aux expressions de santé, de normalité.

Le sujet, même malade, exprime quand même une capacité de relation, de créativité, d'expression originale, de capacité productive, de travail, ou tout au moins le besoin de réaliser sa propre créativité, sa propre productivité. Dans ce sens, le rapport thérapeutique prend les caractéristiques du processus et de la vérification continue du programme, des attentes, des solutions proposées.

Il n'est plus possible, ni opportun, de renvoyer le patient "difficile" à d'autres solutions institutionnelles totalisantes.

Nous croyons pouvoir conclure en rappelant que le sens de la profonde transformation qui s'est déterminée dans l'organisation du réseau des Services psychiatriques à Trieste tient justement dans le renversement du parcours du patient psychiatrique, dans ses modalités d'expression et dans sa perception par les autres.

De nouveaux champs de recherche s'ouvrent, de nouveaux problèmes attendent des solutions.

1. **Giuseppe DELL'ACQUA** : psychiatre chef de Service, Centre de Santé Mentale de Barcola - Trieste.  
**Roberto MEZZINA** : psychiatre, CSM de Barcola - Trieste.

