

L'Institution en Invention.

Franco Rotelli.

Directeur des Services de Santé Mentale de Trieste (Italie), 1986.

1. Je pense nécessaire d'insister sur un point pour nous évident, mais que méconnaît le plus grand nombre: "*l'institution que nous mettons en question*" depuis vingt ans n'est pas l'asile: c'est la folie.

Nous sommes en désaccord à l'égard de ceux qui distinguent deux périodes: celle de l'asile et la période actuelle, pas seulement en raison de leurs différences évidentes (surplus de violence, rôle de la dangerosité sociale, totalitarisme), mais aussi en raison de ce qui selon nous n'a pas changé: l'essence même du problème psychiatrique.

Lors d'un débat récent, j'ai entendu exposer une conceptualisation de la critique institutionnelle référée à l'époque de l'hôpital psychiatrique seulement. Elle était donc réduite à un problème d'humanisation, d'élimination de la violence ajoutée et superflue. Cela concernait une période limitée et révolue. Je crois que cette équivoque résulte de lieux communs erronés, qui tendent à limiter et à exorciser la portée de la rupture épistémologique qu'a introduit "L'Institution en Négation" et à rendre à la psychiatrie l'autonomie dont elle jouissait auparavant.

2. Ce n'est sans doute pas seulement une équivoque mais un facteur discriminant de la reconnaissance de l'objet de la psychiatrie.

Qu'était l'institution que nous avions à nier?

C'était l'ensemble des appareils scientifiques, législatifs et administratifs, des codes de référence culturelle et des rapports de pouvoir structurés autour d'un objet précis, pour lequel ils avaient été créés: c'est à dire "la maladie", à la quelle se surajoutait, à l'hôpital psychiatrique, la "dangerosité".

Pourquoi avoir voulu cette désinstitutionnalisation?

La raison en est que pour nous l'objet de la psychiatrie peut et doit être quelque chose d'autre que cette dangerosité ou cette maladie (comprises comme quelque chose qui serait dans le corps ou dans le psychisme de quelqu'un).

Pour nous, au contraire, cet objet a toujours été "l'existence-souffrance des patients et ses relations avec le corps social". (1)

Le mal caché de la psychiatrie c'est d'avoir construit des institutions basées sur la séparation d'un objet fictif, "la maladie", de l'existence globale du patient et du corps de la société. C'est sur une telle séparation artificielle que se sont constitués des ensembles institutionnels tous référés à la "maladie". Il a été nécessaire de démonter ces ensembles (de nier ces institutions) pour retrouver le contact avec l'existence des patients en tant qu' "existence malade".

Il a fallu alors dépasser les vieilles institutions devenues incongrues tant d'un point de vue culturel qu'épistémologique (et les institutions prévues par les divers projets de contre-réforme devaient rester tout aussi incongrues).

Briser le paradigme fondant ces institutions, le paradigme clinique, a été l'objet véritable du projet de désinstitutionnalisation. Briser ce paradigme impliquait aussi la rupture de la relation mécanique de cause à effet dans l'analyse de la constitution de la folie.

Négation de l'institution voulait dire et veut dire démonter cette causalité linéaire - bien plus que démanteler l'hôpital - et reconstruire une concaténation de possibilités-probabilités: comme nous l'enseigne toute science moderne face à des objets complexes. Le projet de désinstitutionnalisation a coïncidé avec la reconstruction de la complexité de l'objet que les vieilles institutions avaient simplifié (ce n'est pas par hasard qu'elles ont du utiliser la violence pour y réussir).

Mais si l'objet change, si les vieilles institutions sont démolies, les institutions nouvelles doivent être à la hauteur de l'objet qui n'est plus un objet en équilibre mais, par définition ("existence-souffrance d'un corps en rapport avec le corps social") est dans un état de non-équilibre: c'est là que se situe l'institution en invention (et jamais donnée).

On ne peut plus faire grand chose avec la "maladie" comme la voulait le "modèle médical", avec les symptômes, ou avec le conflit comme le voulait le "modèle psychologique", parce que l'objet et le paradigme sont modifiés, tout comme les programmes alors sensés.

Il y avait des institutions spécifiques correspondant à la "maladie" (diagnostic, pronostic, traitement) et à ses relations intrinsèques de cause à effet. L'hôpital psychiatrique répondait à la dangerosité, l'hôpital général à "une maladie comme les autres", et le divan aux topiques de l'inconscient. Mais une fois le jouet cassé, l'objet demystifié et sa misère révélée, la désinstitutionnalisation - la vraie - a envahi et bouleversé le terrain, avec l'impact des événements modernes (et avec une certaine conscience *chez nous* (2)).

Il y a une fausse désinstitutionnalisation qui essaie de faire le contraire: c'est-à-dire de momifier l'objet de la psychiatrie en changeant seulement les formes et les méthodes de gestion, et surtout les endroits, le "look" et rien de plus. Si l'objet réel est devenu "l'existence-souffrance du patient en rapport avec le corps social", combien misérable est la relation entre les institutions traditionnelles et ce nouvel objet. Et il en est de même pour beaucoup de nouvelles institutions.

Elles sont peu pertinentes et inadéquates: un mètre pour mesurer un liquide, une boîte pour contenir le courant d'un fleuve.

La vraie désinstitutionnalisation devra être alors le processus pratique et critique qui réoriente les institutions et les services, les énergies et les connaissances, les stratégies et les inventions vers cet objet si différent.

3. Le problème devient alors l'"émancipation", et non plus la guérison. La reproduction sociale de gens et non la réparation. Nous pourrions appeler cela un processus de singularisation et de ré-singularisation.

Si la folie est souvent la forme la plus caricaturale du fait que nous soyons "réplicants", elle est donc la caricature d'une répétition; où la fin de la répétition, le tarissement total de toute possibilité de répétition.

En tout cas nous devons réaliser que l'unique chose sensée possible est la désinstitutionnalisation de cette scène, l'invention d'autres modes, et la création d'opportunités, de possibilités et de probabilités pour le "patient".

C'était le travail à l'intérieur de murs, cela reste le travail à développer hors des murs. Pour cela, il faut des laboratoires⁽³⁾, et non des dispensaires, des laboratoires emplis de conscience, outils de désinstitutionnalisation.⁽⁴⁾

En bref:

"Un statut de rationalité de l'action thérapeutique indique une conception de la connaissance (et de la science) qui, bien éloignée de l'idéal cumulatif, reconduit la connaissance dans le cadre de l'*expérience* humaine: c'est un processus ouvert fait d'incertitudes et de décisions." (De Leonadis,1986).

C'est bien autre chose que de "nier l'existence de la maladie mentale". La maladie a été pendant un certain temps mise entre parenthèses seulement pour favoriser une réelle manifestation de l'existence de la personne aux yeux finalement participants du psychiatre . Il est vrai que nous avons toujours pensé que la maladie mentale n'est pas une réalité ontologique, mais une réalité inventée, néanmoins une réalité dure et vivante.

"Le regard médical ne rencontre pas le malade mais sa maladie. Il ne lit pas une biographie dans son corps, mais une pathologie dans laquelle la subjectivité du patient disparaît derrière l'objectivité de signes symptomatiques qui ne renvoient pas à un milieu, à une façon de vivre, à une série d'habitudes acquises, mais à un cadre clinique. Cadre où les différences individuelles affectant l'évolution de la maladie disparaissent, dans une grammaire de symptômes selon lesquels le médecin classe les entités pathologiques, comme le botaniste classe les plantes. Mais quand les symptômes ne sont pas regardés comme l'expression d'un malaise et d'un déséquilibre des conditions de vie, ils deviennent les simples signes d'une maladie qui n'appartient pas au monde social, mais au monde pathologique.

La maladie est alors soustraite au contrôle du groupe, avec lequel il n'y plus d'échange, pour être confiée à l'observation d'un regard, le regard médical, qui est autonome et se meut dans un cercle où il n'est contrôlé que par lui même et où il distribue ce savoir souverain sur le corps du malade." (Galimberti,1984).

Mais la clinique n'est pas seulement un regard. Alors la maladie - hors parenthèses - se révèle comme le lieu géométrique des incrustations judiciaires, diagnostiques et scientifiques qui sont appliquées, principalement et sans possibilité de contradiction, aux classes subalternes. C'est un ensemble d'appareils administratifs, disciplinaires, scientifiques, normatifs, nécessaires pour objectiver la maladie, cohérents avec son vieux statut épistémologique.

Bien loin d'être mis entre parenthèses, cet ensemble fut donc le lieu central de notre travail, *l'objet central de la pratique critique*. En ce sens alors, il a montré son rapport consubstantiel à la folie, comme "institutionnalité" introjetée, d'autres diraient comme subjectivité induite et produite.

"Quand le regard n'est pas clinique c'est le malade et non la maladie que l'on regarde et que l'on voit." (Galimberti, 1984).

Mais le "regard" est limité dans le meilleur des cas. Il considère seulement le fait d'être jeté là (dans le monde) du patient. Malheureusement la clinique ne se fonde pas seulement à partir du regard médical, mais aussi à partir d'une profonde intériorisation qui vient de bien plus loin. Le regard est déjà incorporé dans l'expérience-souffrance, il n'en est pas une part secondaire, il est constitutif de la folie qui est toujours le fruit d'un "pouvoir producteur". Il faut alors lui opposer un autre "pouvoir producteur".

4. La production de vie et la reproduction sociale qui sont le but et la pratique de l'institution en invention doivent échapper aux voies limitées du regard clinique, comme de l'exploration psychologique, où de la pure compréhension phénoménologique, et se faire tissu, mécanisme de reconstruction du sens, de production de valeur, temps, prise en charge, pour l'identification de situations de souffrance et d'oppression, la réintroduction dans le corps social, pour la consommation et la production, les échanges, les nouveaux rôles, d'autres façons matérielles d'être pour l'autre, aux yeux des autres.

Nous sommes de plus en plus convaincus que le travail thérapeutique est ce travail de désinstitutionnalisation tourné vers la reconstruction des personnes en tant qu'acteurs sociaux, tendant à empêcher leur étouffement sous le rôle, le comportement, l'identité stéréotypée et introjetée qui est le masque surdéterminé des malades. Nous pensons que soigner signifie dès lors travailler ici et maintenant à la transformation des modes de vie et de sentir du patient, et à la transformation concrète de sa vie quotidienne.

C'est pour cela que sont aujourd'hui nécessaires en psychiatrie les institutions en invention. Telle est notre expérience "seconde" à Trieste, fille autopoïétique de notre expérience "première", l'institution en négation.

L'institution niée fut la dure description d'une contamination et de la pratique qui la révélait. L'institution affirmée est la pratique assumée, consciente et organisée, de cette contamination.

C'est aussi un peu " le mur qui rééquilibre les vies" comme le définit Blanchot: face à l'anomie du territoire, "face à un espace sans fin et infiniment désert, il est nécessaire de reconstruire un mur, de rechercher l'indifférence, c'est-à-dire la distance paisible qui équilibre les vies." (Blanchot, 1977). C'est dans ce but que sont créés les centres territoriaux, pour "repeupler le désert".

C'est seulement quand les "opérateurs" se reconnaissent et se réorganisent en tant qu'institution qu'ils découvrent que la cité est un réseau d'institutions, et que le malade mental est une institution et qu'ils ont besoin d'un pouvoir institutionnel pour utiliser, plier et transformer ces institutions. Tadeusz Kantor utilise pour ses "emballages" des mots pertinents: "il faut cacher l'objet pour lui préserver un futur, comme un message confié à la mer dans une bouteille. Ceci est le comportement en temps de danger, le comportement de danger.". Je crois que le Centre de Santé Mentale est cet emballage exposé, cette institution provisoire et inventée (comme les "Bancs de Neige" de Bertold Brecht). (5)

Kantor dit aussi: "Les politiciens aujourd'hui ne sont pas responsables, les autorités ne sont pas responsables, mais l'artiste, lui, doit être responsable. Seul l'artiste est responsable en ce temps.". Je crois que ceci ne vaut pas seulement pour les artistes, mais aussi pour nous qui nous reconnaissons, aujourd'hui encore, dans l'analyse du "Plaidoyer" de Sartre comme techniciens du savoir pratique.

Cette leçon philisophique se rencontre aujourd'hui avec tous les résultats des sciences avancées. *La complexité de l'objet implique des projets et non des analyses, des projets de transformation à travers lesquels seulement on peut atteindre de nouvelles connaissances.* Ces projets (l'invention et

ses résultats cognitifs) doivent concerner en même temps l'univers des institutions et les particularités individuelles de ceux qui viennent dans les Services.

Aujourd'hui, peut-être, nous pouvons trouver un sens et une compréhension nouvelle dans les mots de Musil:

"Ne nous laissons pas tromper par les attitudes de façade, par la compassion, par l'engagement social et par le masque sauveteur et complice du médecin. L'intérêt scientifique pour les phénomènes a comme objet direct la poursuite du savoir."

Encore Galimberti:

"Nous savons que l'autonomisation du psychique ne fait que redoubler l'autonomisation du physique sur laquelle s'est construite la science depuis Descartes. Psychologie et biologie, pour survivre persévèrent dans le déchirement du corps, en suivant le présupposé fondamental de la dualité qui objective le corps comme un résidu, pour permettre l'existence de l'âme sur laquelle a prospéré autrefois la religion et aujourd'hui la psychanalyse. Le corps réduit à un pur organisme n'est pas plus réel que l'âme psychologique ou spirituelle; tous les deux sont le résultat d'une abstraction qui s'est alimentée de la dissolution du symbolique et des deux grandes métaphysiques complémentaires: celle "idéaliste" de l'âme avec toutes ses variations religieuses, morales, psychologiques et celle "materialiste" du corps avec ses implications biologiques et sociologiques.". (Galimberti,1984). (6)

On dit que nous avons négligé le biologique, que nous n'avons pas tourné notre attention vers les psychodynamiques. Je dirais que nous avons été bien trop attentifs à tout ceci, mais nous sommes vraiment coupables de ce dont on nous accuse en réalité, à savoir de ne pas accepter la subordination à l'autonomie de la sphère biologique pas plus qu'à celle du psychique.(7)

Pas plus que nous ne le sommes - et, en fin de compte, c'est de ça qu'on nous accuse - à l'autonomie du social et du politique.

Alors l'institution en invention autour de l'objet "existence-souffrance du corps en rapport avec le corps social" est faite de services qui - une fois éliminée la séparation du modèle médical et reconnues dans le modèle psychologique les mêmes fautes - entrent de plein droit dans le champ des mécanismes sociaux, comme moteurs de socialité et producteurs de sens. Ils interfèrent avec tous les aspects de la vie quotidienne, avec les oppressions quotidiennes, moments de la possible reproduction sociale, producteurs de richesse, d'échanges multiples et donc thérapeutiques.(8)

Alors l'activité thérapeutique consiste dans l'intentionnalité des Services qui doivent être des intermédiaires matériels, capables de remettre en mouvement des échanges sociaux bloqués, de recueillir et de valoriser les symptômes, les symboles et les sens multiples du patient en les déplaçant et en les désinstitutionnalisant.

Il est nécessaire d'accepter ce défi de la complexité des différents niveaux de l'existence, de ne pas réduire le sujet à la maladie, ou à une communication troublée, ou au fait d'être pauvre et c'est tout; en ne le divisant pas en un corps et une psyché, mais en le réinscrivant dans le corps social.

Si le sens et le symbole, au-delà d'une certaine limite - aujourd'hui terriblement réduite - sont habituellement considérés comme symptôme, comme image réifiée, il nous faut aujourd'hui des laboratoires de reproduction qui en révèlent les buts: c'est-à-dire qu'il faut un social en invention pour une socialité sinon absente, mais un social contaminé, qui vive de la contamination maximale, et qui soit le lieu de la revalorisation des gestes et des faits, qui autrement redeviennent des symptômes.

L'institution en invention, l'institution de la contamination privilégie l'objet "pauvre", mais n'est pas destinée à lui seul. "L'objet pauvre, le pauvre, est l'objet toujours privé des fonctions spécifiques de la vie quotidienne, on le jette à la poubelle. On va le jeter avec les déchets. Il est là, suspendu entre les immondices et l'éternité: le lieu des déchets et le dernier degré de la réalité et l'éternité qui est le dernier seuil de notre vie.". (Kantor,1986).

Peut-être parce qu'il n'est plus échangeable, il appartient alors au monde de l'usage, ou du non usage, mais c'est en lui que s'inscrit son histoire.

La dure guerre contre les institutions décontaminées, inutiles ou nocives, fruits de l'hygiénisme médical traditionnel, implique que l'institution en invention, qui fait revivre la richesse de l'objet "pauvre", soit faite de croisements.

C'est pour cela que nous avons besoin - pour une pratique thérapeutique - d'artistes, d'hommes de culture, de poètes, de peintres, d'hommes de cinéma, de journalistes, d'inventeurs de vie, de jeunes, de travail, de fêtes, jeux, paroles, espaces, machines, ressources, intelligence, de sujets multiples et de leur rencontre.

Nous avons eu de cela à Trieste et c'est en cela que nous plaçons notre confiance.

Revenant à Sartre: "Tous ceux qui à partir de maintenant adhèrent au point de vue universaliste sont "rassurants"; l'universel est fait de faux intellectuels. Le vrai intellectuel - celui qu'on retrouve dans les situations de détresse - dérange: *l'universel humain est à créer*". (Sartre, 1965). "Et on ne peut le faire", qu'en partant de la singularité des individus.

A partir de pratiques différentes: faire, inventer, représenter, reconstruire les relations entre des sphères qui tendent à s'autonomiser, dans la schizophrénie individuelle tout-autant que dans la schizophrénie générale. Nous ne pouvons faire que cela: représenter pour agir.

Mais ainsi que nous le rappelle encore Musil:

"Représenter une chose signifie représenter ses rapports avec cent autres choses. Parce qu'il est objectivement impossible de faire autrement. Parce qu'il n'y a pas d'autre façon pour rendre une chose, quelle qu'elle soit, compréhensible ou perceptible. Et même si ces centaines d'autres choses étaient à leur tour obscènes ou morbides, les relations avec elles ne le sont pas et la découverte des relations ne l'est jamais."

Notes.

1. La question thérapeutique est une partie de la question sociale, tout comme la reconnaissance de l'ambivalence du corps individuel est l'ouverture au corps social.

2. En français dans le texte.

3. Le terme "laboratoire" désigne à Trieste une structure complexe: lieu de production de culture, de travail, d'échanges et de relations entre des artistes, des artisans, des personnes malades ou non. Un lieu dans lequel les rôles sont interchangeable et le travail des personnes qui les coordonnent est finalisé à expérimenter des pratiques innovatrices.

4. Les mass-media arguent que nous avons été opposés aux lieux d'accueil (centres de crise, lieux de vie, etc.) en raison d'une "mystique" du territoire. Nos Centres de Santé Mentale ici à Trieste démontrent depuis 10 ans que cette accusation est totalement infondée. On nous accuse de vouloir renvoyer le problème à une sphère sociale générique.

En réalité, depuis 15 ans nous sommes engagés consciemment dans une restitution sans fin, et notoirement interminable. Mais pour nous ces Centres ont toujours été des "institutions pour la désinstitutionnalisation".

Et pendant toutes ces années nous avons étendu notre médiation aux prisons, aux expertises, aux tutelles judiciaires et nous avons constitué des coopératives, des lieux sociaux, des étés éphémères, des ateliers permanents, pendant que nos censeurs écrivaient.

Il y a un non-sens en vogue: "Le bon service est un service vide". Je crois que le bon asile est l'asile vide, mais que le bon service est un service plein. Ce qui se passe partout de Salonique à Montréal, c'est que l'on voit des asiles (très mauvais) pleins, et des centres de thérapie familiale ou de santé mentale (splendides) vides. Dans un bon centre de santé mentale les demandes affluent, se croisent et se multiplient, comme dans un marché où tous les échanges sont possibles. (C'est le meilleur indicateur d'un bon service, autrement pourquoi les gens y iraient-ils?).

Pour moi aucun centre de santé mentale n'est plus beau qu'un marché du Sénégal ou de Marrakesh. Je voudrais mieux comprendre pourquoi, mais je suis sûr qu'une des raisons c'est que les classes sociales se mélangent et échangent, que les individus se regardent, jouent et travaillent ensemble (et ils peuvent aussi être très fous). Un bon marché est un des rares lieux où le corps social se reconnaît, existe en entier et il est difficile d'échapper à la fascination de son grouillement (du marché et du corps). C'est là qu'on peut s'individualiser grâce à la participation.

5. Etrange destinée que celle de la psychiatrie, pour qui, de façon incompréhensible la parole assume une dignité scientifique et une plausibilité thérapeutique, alors que l'action ne l'assume pas: l'entretien peut être thérapeutique, mais non pas faire un film ensemble, déménager, faire du théâtre ou lire ensemble des poésies, changer de travail ou en obtenir un nouveau, s'inscrire à un parti ou en sortir, s'acheter un vêtement neuf ou se disputer, aller en bateau ou intervenir dans une assemblée, avoir des amis ou une nouvelle idée, avoir une réponse à son propre besoin de valeur, pouvoir exprimer un sentiment anormal, utiliser sa propre maladie comme un vêtement, une façon de communiquer, d'être en désaccord ou de se déplacer, sans pour autant être institutionnalisé dans une identité sans valeur sociale, abandonné à soi-même ou transformé en cas clinique. Pour la psychiatrie (en particulier pour celle qui aujourd'hui de façon un peu comique s'appelle "hard") qui sait pourquoi tout ceci n'a pas de valeur thérapeutique au sens fort.

6. Même le divan est une institution inventée, mais pour un objet propre à l'autonomie du psychique, vers une singularité psychologique d'abord simplifiée, puis rendue infiniment complexe (et donc séduisante). Ici la simplification originaire rend douteux ce qui en procède, et l'hygiénisme du setting, comme de la consultation ambulatoire, n'est pas seulement une forme de la pratique, mais est constitutif du savoir psychanalytique.

"Ces mêmes théories psychodynamiques qui ont pourtant tenté de trouver le sens du symptôme en faisant porter leur investigation sur l'inconscient, ont conservé le caractère objectif du patient, fut-ce à travers un autre genre d'objectivation: en le considérant non plus comme un corps, mais en tant que personne." (F.Basaglia, "L'institution en négation.").

7. L'observation qui nous est faite de différentes provenances de notre amour présumé pour le secteur public, et de notre mépris pour le privé, nous surprend. Depuis 15 ans nous avons animé des coopératives en désinstitutionnalisant les services publics. Nous avons toujours été conscients de grandes possibilités du secteur social privé. Nous ne croyons pas, au contraire, aux stimulations présumées de la concurrence entre le public et le privé. Mais nous croyons fermement à la désinstitutionnalisation du secteur public, désinstitutionnalisation qui n'a rien à faire avec la dérégulation, de même qu'elle n'a rien à faire avec la déshospitalisation administrative. La question est qu'il faut démolir la bureaucratisation, l'inertie, la compartimentation, l'irresponsabilité du Welfare, mais non pas le Welfare, il faut valoriser la responsabilité à tout les niveaux, la libre initiative, la productivité, l'individualisation et le professionnalisme.

Il faut plus de marché dans l'état (beaucoup plus de marché), si cela signifie rendre les utilisateurs productifs de fonctions.

Ca c'est la désinstitutionnalisation et, en même temps, une production de richesse, un processus possible de subjectivation, *un autre Welfare*.

Références bibliographiques.

- De Leonardis, O., Mauri, D., Rotelli, F.,
"Prévenir la prévention."
Information psychiatrique, n.4, 1983.
- De Leonardis, O., Mauri, D., Rotelli, F.,
"Désinstitutionnalisation, une voie différente. La réforme de la Santé Mentale
en Italie."
Health Promotion, WHO.
Cambridge University Press, 1986.
- De Leonardis, O.,
"Decostruzione, innovazione: strategie cognitive della deistituzionalizzazione."
("Déconstruction, Innovation: stratégies cognitives de la
désinstitutionnalisation.")
Centre de Documentation de Pistoia, 1986.
- Galimberti, U.,
" Il corpo." ("Le corps.")
Feltrinelli, Milan, 1984.
- Musil, R.,
"L'osceno ed il mostruoso nell'arte."
("L'obscene et le monstrueux dans l'art.")
Mondadori, Milan, 1984.
- Piro, S.,
"Euristica cognitiva."
Napoli, 1986.
- Sartre, J.P.,
"Plaidoyer pour les intellectuels."
Il Saggiatore, Milan, 1965.
- Kantor, T.,
Une interview de P. Del Giudice.
Alphabeta, 1986.