

1 ° CONVEGNO INTERNAZIONALE PER LA SALUTE MENTALE
Trieste, 20-24 ottobre 1998
"Franco Basaglia. La comunità possibile."

Claude VEIL

Directeur d'études à l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (Paris)

**Che cos'è la psichiatria oggi ?
Une question bien posée en 1967, reste opportune en 1998.**

Franco Basaglia ouvre son article et son livre sur une citation de Sartre « les idéologies sont liberté quand elles se font, oppression quand elles sont faites ». Une telle phrase nous incite à un travail de longue haleine, un travail de Sisyphe. Jamais aucune partie n'est définitivement gagnée. L'avenir de la révolution, c'est l'orthodoxie. Tout simplement, la novation porte en elle le germe du conservatisme, Mais il n'y a pas là de quoi perdre toute espérance: savoir qu'un être humain est mortel ne nous empêche pas de nous réjouir de la naissance d'un enfant. En revanche, nous pouvons entendre ici un appel à la vigilance vis-à-vis de soi, et une invitation à l'écoute de la critique interne et externe, à l'hétéro - et l'autocritique.

Ce faisant, il surgit un risque, un risque que nous pouvons éviter: il ne s'agit pas de construire une culpabilisation (on trouve toujours une faute, une infraction à une règle), mais on peut, par exemple, procéder à une évaluation: tel objectif qu'on s'était fixé, l'a-t-on atteint ? Si l'on ne l'a pas atteint, pourquoi ? Qu'on ait atteint ou pas cet objectif, quel autre objectif a-t-on négligé (ou peut-être sacrifié) en se concentrant sur celui-là ?

En continuant la lecture de Basaglia, on perçoit l'attention maximale portée alors sur l'institution asilaire. On est d'abord réconforté : comme tout cela est loin maintenant, ces situations-là n'existent plus, l'objectif est atteint...C'est quand même trop vite dit, mais admettons. Or voici que surgit une nouvelle exigence de Basaglia; une phrase fait choc et nous bouscule : " *...ce qu'on n'arrive pas à définir, c'est le rôle du psychiatre et de l'infirmier.* " Nous sommes obligés de nous interroger sur les réalités d'aujourd'hui. " *En effet, si*

la finalité de l'institution n'est pas, explicitement, la figure du "malade", l'organisation entière se vide de tout sens: un sens qu'elle peut, cependant, immédiatement reprendre, à partir du moment où l'on reconnaît un rôle au malade. Dans cette perspective, le premier pas indispensable à accomplir, c'est le raccourcissement de la distance qui le sépare des autres rôles, un raccourcissement qui agirait sur lui comme le symbole de la reconnaissance de sa propre valeur. Sur cette base, l'on peut instaurer avec le malade un rapport réel fondé sur une réciprocité qui lui a été niée jusqu'ici..". Oserions-nous affirmer que ce pas est vraiment franchi ? Non, certes.

« Toutefois, à partir du moment où l'on met en question la psychiatrie traditionnelle qui - en ayant revêtu d'une valeur métaphysique les paramètres sur lesquels elle fonde son système - s'est révélée inapte à remplir sa tâche, l'on court le risque de tomber dans une impasse du même genre, en plongeant dans la pratique sans conserver, là aussi, un niveau critique - ce qui, de nouveau, conduirait le psychiatre à se "dé-situer", bien que de manière différente.

Ceci signifie que vouloir partir du "malade mental", du malade hospitalisé dans nos Instituts - comme unique réalité - comporte un danger, et notamment celui d'approcher le problème de manière purement émotive. En transformant en image positive le négatif du système coercitif-autoritaire propre au vieil asile, l'on risque de saturer notre sentiment de culpabilité vis-à-vis des malades par une impulsion humanitaire, capable seulement de confondre encore les termes du problème.". Voici donc déjoué une autre piège. Saluons au passage une bonne formulation: l'impulsion humanitaire.

Je ne résiste pas à l'impulsion qui me conduit à citer encore deux passages d'une brûlante actualité, " *Le malade est la seule réalité à laquelle il faille se référer; mais cette réalité a deux faces, et il faut les affronter en même temps: car le malade est un malade - avec la problématique psychopathologique (dialectique, et non idéologique) que cela implique - mais aussi un exclu, objet de la stigmatisation sociale. Une communauté qui se veut thérapeutique doit tenir compte de cette double réalité...".* Qu'est-ce à dire ? On ne fait pas de la bonne psychiatrie en focalisant toute l'intelligence et toute l'action sur le seul patient. Basaglia avait été manifestement sensible à un phénomène dont l'importance a depuis été soulignée avec dérélition par de nombreux auteurs. " *Dans les organisations hospitalières ouvertes, un fait a été mis en évidence: le patient...s'impose comme un problème toujours présent, et donc comme un des pôles de la réalité qu'on ne peut pas nier. Mais est-il possible que seul le psychiatre le vive comme problème, tandis que la société - pour ne pas devoir l'affronter dans sa présence quotidienne - continue à l'enfermer dans le rôle de malade ? "* Un des aspects préoccupants de ce phénomène consiste en ceci qu'un nombre non négligeable de psychiatres entrent dans ce jeu, survalorisent l'imagerie médicale et les molécules pharmaco-chimiques, et ré-endossent la blouse blanche du somaticien exclusif.

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

C'est pourquoi il importe de passer en revue, fût-ce à grands traits, un certain nombre de remarques sur le fonctionnement de la société où nous vivons à présent entre l'Atlantique et la Méditerranée. Nous pouvons admettre que ce qu'on observe en France est fondamentalement proche de ce qui se passe aux Pays-Bas, et qu'entre Paris, Trieste et Barcelone il y a plus de points communs que de spécificités irréductibles.

Au premier niveau de la réflexion, le plus général, nous placerons le grand chambardement des idéologies, Je vais me contenter de l'évoquer très rapidement, car, à lui seul, ce thème légitimerait un long exposé, et ce serait vraiment dommage de prétendre le traiter à la légère. Néanmoins, certains faits de société sont le signe de mutations profondes. Voici deux constats intéressants.

Primo : en 1981, lorsque le Parlement français a discuté puis voté l'abolition de la peine de mort, les choix qui se sont manifestés ne suivaient pas les partitions traditionnelles. Il est apparu une configuration tout à fait nouvelle, qui fit tomber beaucoup de masques ; un profond clivage traversait en diagonale chaque parti politique et chaque famille d'opinions et révélait deux « réalités » jusqu'alors méconnues". Un clivage assez analogue a été découvert tout récemment, à la surprise générale, au sujet de la reconnaissance sociale des couples homosexuels.

Secundo : depuis quelques années nous vivons un débat assez confus - et plutôt passionnel - quant au rôle de l'Etat. Ce débat est connexe avec celui sur la sécurité et la sûreté dans la vie commune. Il porte notamment sur les interventions préventives dans le champ de la santé publique. En schématisant beaucoup, on dira qu'il conjugue

- une exigence de non intervention ; ceci au nom de la liberté (par exemple en matière de vaccinations)

- la mise en cause de la responsabilité personnelle, non seulement des techniciens, mais encore des membres de la classe politique ; c'est pourquoi on a vu émerger le « principe de précaution », qui lui-même détermine des décisions gouvernementales plus ou moins cohérentes, voire paradoxales, sans pouvoir éviter des effets pervers.

Il est quasiment superflu d'insister sur la nécessité de prendre ces faits en compte dans l'étude des interactions entre psychiatrie et société. Et puis il y a plusieurs aspects de la psychiatrie contemporaine qui suscitent une question embarrassante. Quelle est la part de l'idéologie dans le développement de

conceptualisations conquérantes, telles que la psycho-pharmacologie (avec son ambiguïté originaire, entre sa tendance à occuper tout le terrain de la pratique et la lenteur de ses progrès concrets) ? On pourra en rapprocher la psychiatrie cognitive, la psychiatrie prédictive, la génétique moléculaire,

xXxxXXXXXxxxXXXXXx

Au deuxième niveau de réflexion, on s'interrogera sur l'évolution de la société globale. Là encore je n'aurai ni le temps ni la prétention d'en exposer l'ensemble. Je me limiterai à l'inscription des relations sociales dans l'espace. Deux aspects particulièrement frappants sont souvent cités : la mondialisation, les communications.

La mondialisation, c'est la solidarisation croissante des économies et des cultures, en un mot une sorte de globalisation de la planète et de ses habitants, avec cette réserve qu'il n'y a pas homogénéisation : en effet, ce mouvement laisse subsister d'énormes inégalités. Dans la mesure où il y a uniformisation - par exemple des espèces biologiques, ou des langues - le risque est celui d'un appauvrissement irrémédiable. Que faisons-nous pour nous situer par rapport à cette problématique?

En matière de communications, il est banal de dénoncer la prolifération de l'information générale et scientifique qui nous entoure et nous assaille. Peut-être est-ce notre fait si nous ne savons pas maîtriser ce flot, mais c'est ainsi . Qui parmi nous peut prétendre lire tout ce qui s'imprime sur les psychothérapies? Nous en sommes réduits à lire des synthèses, ou des synthèses de synthèses - ou bien seulement les productions d'un groupe tout à fait restreint en fonction d'une proximité géographique ou idéologique. Souvent, l'information qui nous parvient a été préalablement triée - sans que nous le sachions - selon des critères commerciaux, ou des contingences linguistiques, sous la forme d'un savoir coupé de ses racines historiques et purifié de la diversité des cultures.

J'ai montré ailleurs* la complexité croissante du parcours de l'information en psychiatrie ; cette complexification est heureusement accompagnée par la multiplication des aides à l'accès. Mais un travail de Q. Chartron et C. Marandin fait comprendre qu'on n'est pas suffisamment sûr d'une bonne correspondance entre l'offre et la demande. Et justement l'analyse qualitative de la demande révèle que ce sont souvent les personnes qui ont le plus besoin d'aide qui ont le plus de difficulté à en trouver.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Au troisième niveau de réflexion, nous aborderons l'examen des politiques de santé mentale. Là encore, nous devons nous contenter de quelques coups de sonde. Dans mon pays, le pouvoir politique semble avoir choisi durablement une gestion comptable de la santé mentale, qui donne à un mode de pensée pseudoéconomique plus de poids qu'à une argumentation scientifique ; malheureusement, la plupart des psychiatres ne ressentent pas assez la nécessité d'étudier l'économie de la santé et se satisfont d'une représentation simpliste des processus de décision en la matière. Dans ces conditions, leur capacité à proposer des solutions n'a guère de chances de se développer.

Chacun de nous connaît suffisamment bien son aire de travail. Mais que savons-nous des besoins en santé mentale des gens et des populations invisibles? C'est-à-dire de ceux qui vivent en dehors de la communauté organisée, par exemple les personnes Immigrées sans papiers qui de leur côté ignorent tout des services de santé et de la Sécurité sociale, ou qui croient (à tort, ou à raison que si elles deviennent visibles elles seront chassés du pays d'accueil. Tant que nous ne les connaissons pas, que pouvons-nous faire pour elles?

A un degré de gravité moindre, les SDF. les personnes sans domicile fixe sont légion. A un degré de gravité supérieur, un groupe de travail mixte Association française de psychiatrie/Société française de santé publique a décrit les victimes de la « grande exclusion » et a émis des recommandations en vue de leur prise en charge spécifique.

Au passage on regrettera l'emploi du terme d'exclusion, mot impropre bien que consacré par l'usage, Des notions comme celle de précarité, ou celle de vulnérabilité individuelle et sociale, dont l'usage commence à se répandre, donnent plus de rigueur à la pensée et à l'action. Dans tous ces cas, on fera évidemment bien d'éviter de « psychiatriser » sans discernement. Mais cette prudence ne justifierait pas que nous nous sentions trop facilement déchargés de notre responsabilité propre. Prenons pour exemples à discuter la conduite à tenir dans les situations violemment traumatisantes, ainsi

- le travail de prévention auprès des enfants orphelins nés d'une mère atteinte par le VIH-sida

- l'intervention de secours d'urgence "psy" auprès des victimes d'attentats et de catastrophes.

Dans l'Europe de 1998. le travail a changé d'objets et de modes opératoires. Le secteur tertiaire s'est hypertrophié, la place assignée aux femmes n'est plus

la même, le flux tendu s'est imposé. Jamais on n'a autant parlé du stress, en faisant entrer sous cette dénomination à peu près n'importe quoi. A présent, le concept de souffrance au travail, qui est un bien meilleur descripteur, gagne du terrain.

Nous terminerons en nommant deux problématiques sociales qui affrontent la psychiatrie d'aujourd'hui:

- l'insertion des personnes handicapées, avec ce qu'elle implique des rapports du psychique avec le somatique,

- le travail de santé mentale en prison, qui est étroitement imbriqué, d'une part avec les faits de violence exercée ou subie, et d'autre part avec les conduites qu'on dit toxicophiliques.