

Le rôle institutionnel, garanti par le statut professionnel, est utilisé maladroitement dans un but défensif comme une protection. Voilà ce que constate alors Basaglia.

Mais protection vis-à-vis de quoi ? De l'impact d'une réalité irrépressible qui n'a cessé de se complexifier. La réalité, celle de la misère avant celle de la maladie, envahissant tout, sous les mille visages des désagréments de la modernité, dans la déviance et l'anonymat des villes, dans la mise à jour des parcours institutionnels au travers de nouvelles mesures d'urgence et des vieux modèles camouflés de l'internement. La réalité non « médicalisable », celles et ceux qui sont « *pseudo-malade, pseudo-psychiatrisé, drogué, alcoolique etc....des personnes qui sont entre la médecine et la justice en cela qu'elles créent des troubles de l'ordre public [...] des personnes qui sont à marginaliser, indépendamment du fait qu'il s'agisse d'individus au minimum malades* ».

Après la loi 180 que se passe-t-il ? Qu'en est-il de cette réalité mouvante ? Pourquoi en 1979, Franco Basaglia accepte-t-il d'aller à Rome afin de travailler sur des nouveaux projets de désinstitutionalisation ? Certes, il s'affronte alors à la fermeture du grand asile de la capitale, mais aussi à la réduction du poids de l'hospitalisation privée dans la région du Lazio. Il a aussi et surtout un nouveau projet visant à déchiffrer les parcours qui partent du malaise des services d'urgence et conduisent directement à l'enfer de la misère urbaine. Franco Basaglia se demande s'il est possible d'influer sur les effets d'abandon de la vie dans la rue, de déviance de la petite criminalité, et de contrôle dans les institutions de ségrégations ; parce que déjà à cette époque, il n'y a plus seulement l'interné qui sort de l'asile avec tous ses besoins (maison, affection, travail, etc...), il y a aussi celui qui n'a pas connu l'asile et qui pourtant se prépare à une vie en marge, avec le risque de finir dans d'autres *institutions totales*².

Franco Basaglia a pressenti combien les professionnels cherchent encore une fois à se protéger de cette nouvelle réalité, qu'ils ne réussissent pas à clarifier ou à maîtriser dans le travail sur le terrain. Ils

30 ans après la loi 180 en Italie, crise et opportunités pour les professionnels

La loi 180 ouvre une crise du professionnalisme

Au lendemain de la loi 180, il est apparu clairement que le parcours de désinstitutionalisation qui a eu lieu en Italie, a entraîné une crise concernant le professionnalisme de tous ceux qui y ont participé, de l'infirmier au médecin. D'ailleurs cela correspondait exactement à l'objectif poursuivi par Franco Basaglia : l'effondrement de la psychiatrie et de l'asile contraignait à se confronter à un vrai « vide idéologique et institutionnel ». Néanmoins, il est déconcertant d'observer comment, à ce passage, a correspondu un sentiment d'égarement de ceux qui se sont le plus investis dans le changement. Le travailleur perd de son identité professionnelle, le vide l'envahit, mord sa chair¹.

découvrent en effet leur inconsistance dans une situation où, à l'écroulement des murs de la psychiatrie asilaire, correspond la fin du professionnalisme. Après cette période de libération, il ne semble plus y avoir d'identité professionnelle, ni catégorie ou savoir qui puissent aider dans une reconstruction possible. Si pour Franco Basaglia, ce vide idéologique représente le moment heureux pendant lequel expérimenter de nouvelles solutions est l'occasion de refondre les corps professionnels et les disciplines et de trouver un nouveau langage qui sache tenir ensemble clinique et politique, il est aussi vrai que tous les professionnels ne peuvent le suivre sur ce chemin. Avec la position de Basaglia, la demande d'un rôle et d'un savoir protecteur, reste sans réponse.

Mario Colucci

Psychiatre, Trieste

1. A ce sujet, Basaglia s'interroge avec inquiétude : « Mais que se passe-t-il parfois ? Il arrive que ces mêmes personnes qui ont fini par exercer un certain pouvoir au sein de l'hôpital, qui ont « rompu » avec courage avec les situations les plus enkystées et institutionnalisées et dont tu as l'impression qu'elles sont à tes côtés, tombent ensuite dans l'angoisse et veulent « savoir » pourquoi elles n'arrivent plus à supporter d'être dans la situation. Ils exigent de nous une protection et à travers mille rationalisations, réaffirment pour eux-mêmes et pour les autres un rôle institutionnel ... ».

Disjonction dans la transmission professionnelle

Bien sûr, les asiles ferment, même si c'est avec une lenteur désespérante. Mais la leçon de Basaglia ne pénètre pas dans les universités, dans les écoles de spécialisations, dans les lieux de formation. Prévaut le triomphe généralisé de tout ce qui a une vague apparence neuro-scientifique, du déficit biochimique, à la vulnérabilité individuelle au stress, de la dissymétrie cognitive aux anomalies morphologiques du *brain-imaging* (imageries cérébrales). Même la tentative de la soi-disant psychiatrie alternative de se maintenir dans l'air du temps à travers l'élaboration de nouvelles modalités d'intervention fondées sur des modèles de réhabilitation psychosociale et sur des programmes de reprise du *déficit*, resté prisonnière de la même logique : les techniques d'adaptation à la normalité, au travers des modules d'entraînement et d'assistance des invalidités, qui ne savent que faire de la spécificité du sujet et de la particularité de sa demande et qui, en fait, remettent à jour d'anciennes formes de tutelles de la société du fou ; non plus l'internement, mais la mise en état de minorité, ou pire, l'exclusion au travers de l'abandon dans la misère. Et quand le patient dérange, il y a toujours le tampon d'un séjour obligatoire dans un service de psychiatrie fermé, de diagnostic et soins.

Une clinique du sujet que Franco Basaglia et les siens avaient concrètement promue au travers du maintien de ses liens sociaux et de la reconstruction de son appartenance à une polis – trouve peu d'application dans la réalité.

Les opérateurs d'aujourd'hui, jeunes ou moins jeunes, qui de cette période de lutte pour la désinstitutionalisation n'ont vécu ni les espoirs ni les humeurs, s'entendent dire sans cesse que tout à été vécu dans ces années-là, quand l'asile ouvrit ses portes et qu'enfin les fous purent sortir dans la ville. Parfois il leur est proposé une lecture toujours identique des événements de cette époque, sans qu'ils réussissent à se construire une juste conscience de comment il est possible de continuer, vu la situation actuelle, une psychiatrie différente. Ils finissent par invoquer une technique et par demander que leur soit reconnue une spécificité d'orientation, un

« objet de travail » propre. Ils refusent la coparticipation des intelligences et n'en perçoivent pas les avantages, comme la création de nouvelles formes organisationnelles, le partage des charges, la sortie de l'auto-référencement des institutions et l'éloignement du risque de « burn-out »³.



V. Champetier

L'extra clinique abandonné à de nouveaux opérateurs ?

En Italie, au milieu des années 90, s'est imposé un modèle de réorganisation d'entreprise des Unités Sanitaires Locales. Ce changement a focalisé encore plus les missions d'assistance sanitaire vers des procédures, des prestations, des protocoles, des vérifications de qualité, en somme à la résolution la plus rapide et la moins coûteuse possible des problèmes au travers de programmes. En psychiatrie, cette solution rapide coïncide avec la mise au silence du symptôme, certainement pas avec la reconstruction de l'histoire de vie. Le contexte, dans lequel le mal-être naît et se développe, recueille peu d'attention de la part de l'opérateur, seulement quand celui-ci s'y applique au travers d'un modèle psychothérapeutique spécifique, de toute manière non applicable à tous. La pratique de l'intervention sur le territoire a dû se confronter à une modification historique de la demande, comme Franco Basaglia l'avait déjà pressenti. De nouvelles populations et de nouveaux besoins se pressent aux portes, les risques augmentent de dérive sociale, même pour

3. Cf. l'article de Bertrand Ravon dans ces Cahiers.

des catégories de citoyens qui, avant, en semblaient indemnes. A cause de l'élargissement de la pauvreté à la classe moyenne, la même demande d'intervention thérapeutique se transforme, toujours plus centrée sur les pathologies du « vide » et de la « dépendance ». Pour ne pas parler des immigrés, des personnes âgées, des sans domicile fixe, de la multiplication de solitudes diverses et variées.

La renonciation à l'extra clinique, au temps de vie à passer avec les personnes souffrantes, les adressent aux mains d'autres personnes, peut-être non professionnelles. Il s'agit de ceux qui travaillent dans le privé/social, dans la coopération, dans le volontariat civil, de plus en plus présent dans les lieux de soin et dans les expériences communautaires, même si souvent dépourvu de mandats institutionnels précis. Précaires ou en formation, en tout état de cause rétribués de manière inadéquate, parfois victimes de dynamique de frustration et de désinvestissement, ces opérateurs sont toutefois capables d'assumer une fonction thérapeutique plus souple et universelle, peut être due à l'absence même de définition de leur rôle. Elles sont adaptées pour se mettre à côté de la personne, pour l'accompagner, pour servir de médiateur dans les relations avec autrui et pour l'introduire dans le monde. En définitive, pour construire du lien social travaillant sur le sens des règles d'une communauté et élaborant des solutions créatives au quotidien.

Une opportunité historique pour les professionnels de santé mentale ?

La question qu'il faut se poser est la suivante : comment les professions ont-elles réagi à ces transformations ?

Les opérateurs « historiques » de la santé mentale, les médecins, les psychologues, les infirmiers finissent par se cantonner à travailler le plus souvent sur les situations de crise ou à haute conflictualité sociale, où la pression d'alarme de la communauté pousse à une intervention fortement médicalisée, souvent face au désengagement d'autres compétences non sanitaires alors que tout bien considéré, cette situation nouvelle pourrait représenter pour les professionnels une extraordinaire opportunité

de travailler à nouveau sur l'extra clinique. Car ces demandes qui ne sont pas adressées à la psychiatrie, en absence d'autres réponses possibles, arrivent quand même à la psychiatrie. Ces dernières années, à Trieste et en Italie, avec divers projets, on a cherché à emprunter le chemin de l'intégration socio sanitaire et de la concertation des programmes et des aides allouées, sous réserve de bonnes lois et réglementations, aussi bien au niveau national ou régional. On a recherché à lire les besoins complexes et sans réponse de la partie défavorisée de la population en partant du risque constant qu'ils rencontrent : la fragmentation des réponses ou mieux, la séparation constitutive de milieu (social ou sanitaire plutôt que social et sanitaire ensemble) qui font de ces demandes comme des billes folles rebondissant d'un secteur à l'autre de l'assistance. L'intégration socio sanitaire se propose au contraire d'aller vers l'usager, de l'aider dans la recherche de réponses cohérentes à son besoin de santé (et pas seulement) et dans la construction de réseaux de supports formels ou informels. Une vraie clinique du lien social qui a à cœur la croissance du capital social de la communauté, qui investit sur les relations, sur les échanges, sur l'enrichissement des contextes territoriaux, sur la rupture des isolements et sur l'intégration, sur la négociation et la verbalisation des conflits. Une clinique soutenue par des politiques, des normes, des institutions qui ne soient pas jalouses de leurs propres spécificités. De plus en plus, il est demandé un travail en réseau d'intégration entre opérateurs et services (services de santé mentale, de traitement des dépendances, de l'adolescence et de l'enfance, et encore des services sanitaires de districts, consultants familiaux, services sociaux communaux, du tribunal, du tribunal des mineurs, etc.) ; surtout un copartage de compétences et de bagages formatifs, de responsabilités et de décisions.

Un souci partagé de santé mentale

Il faut avoir le souci et la charge, ayant à cœur d'interroger, rappeler, impliquer tous les autres services concernés. Il faut « perdre du temps » avec la personne au-delà de la compétence ou de la prestation. Il faut exercer un travail de coordination qui

toutefois n'est pas correctement reconnu. Le nouveau style devrait être à l'enseigne de la flexibilité et de la rapidité de réponse, du dépassement des compétences et de l'interconnexion avec d'autres milieux d'intervention.

Aujourd'hui plus qu'hier, former ceux qui travaillent en santé mentale est une opération politique et culturelle d'une extrême importance. Il ne s'agit pas seulement de développer les connaissances à la faveur des pratiques quotidiennes finalisées par l'affectation des services, la rationalisation des interventions, la mise à disposition de biens, mais aussi et surtout de rénover le langage de notre discours anti-ségrégant : en effet, pour construire du lien social les nouvelles professionnalités devraient avant tout être capables de reconnaître les dangers d'une ségrégation qui a changé dans le temps, non plus seulement celle des institutions totales, c'est-à-dire réclusion et contrôle social, mais aussi celle qui naît de l'appauvrissement des relations, de l'effacement des différences, de l'homologation de la pensée à des modèles uniformes de jugement, de la normalisation des conduites couplée à l'idéalisation des transgressions, de l'injonction globale à jouir de biens, de marchandises, de prestations et à consommer un « bonheur » sans fin.

Dans ce contexte, comment est-il possible de former ceux qui travaillent en santé mentale, si ce n'est en insistant sur la sauvegarde de ce qu'il reste

encore du lien social à notre époque ? Avec orgueil et sans emphase, montrer à ces jeunes opérateurs l'occasion extraordinaire qui leur est offerte de travailler dans ce domaine, qui représente peut-être un des derniers contextes d'intervention où on peut saisir le sens profond d'être en communauté. A condition de ne pas considérer la maladie seulement comme une blessure qu'il faut soigner, un vide à remplir, un retard à combler, mais comme ce qui peut paradoxalement soigner la communauté elle-même, la faisant sortir de son appauvrissement culturel et civil et la libérant de l'obsession de la normalité et de la toute puissance qui l'afflige. Lorsqu'on organise une ville à partir des besoins des plus démunis, il en résulte de manière évidente que la maladie peut servir de ressource à la communauté, parce qu'elle augmente notre capacité à vivre ensemble et améliore la qualité du lien social de tous. Rétablir la dimension de citoyenneté et d'intégration sociale de la personne souffrant de troubles mentaux va bien au-delà d'un geste humanitaire. Cela signifie plutôt construire la conscience – de la part de la communauté et à travers ses opérateurs sociaux – de ne pouvoir faire sans ses propres « restes », que ce soit la douleur, la maladie, la vieillesse, la violence, parce que cela représente une occasion d'apprendre quelque chose sur soi-même et de réhabiliter ses propres compétences éthiques.

