

La psychiatrie publique en chantiers

Rhizome a consacré trois numéros à “ la psychiatrie en questions ”. Dans ce dernier volet du triptyque, loin de clore le débat, nous affrontons l’effervescence actuelle des questionnements en cours...

Depuis deux à trois décennies, nous assistons à une accélération de la production de rapports émanant de divers experts, qui d’une manière ou d’une autre mettent la psychiatrie publique en questions, voire à la question. A l’opposé d’une énième contribution expertale, nous n’avons nullement l’ambition d’élaborer un programme ou un manifeste ; bien plutôt, nous essayons de mettre à jour les chantiers en cours. Le terme de “ chantier ” est à entendre ici comme “ lieu en désordre où sont accumulés des matériaux de constructions, des combustibles ... ” (Larousse). Dans le désordre manifeste et permanent de la psychiatrie, se dévoilent des mises en chantiers implicites qui ordonnent, sur le temps long de l’historicité sociale, des tensions, des intérêts divergents, des lignes de fuite et de force à travailler collectivement.

Un premier constat porte sur la continuité historique du mouvement de désaliénation : les idéaux fondateurs de la psychiatrie publique sont plus que jamais investis : déstigmatisation, continuité des soins, proximité, égalité de l’offre restent des principes sur lesquels s’appuie la réflexion concernant les conditions d’une psychiatrie de service public véritablement au service du public. Remarquons que cette question, très actuelle, du service public est le principal marqueur de différenciation entre l’Europe et les Etats-Unis.

Pourtant, sur ce terreau de continuité émergent depuis les années 80 deux notions : celle de *souffrance psychique* et celle de *santé*

mentale qui peu à peu vont créer de la discontinuité. En faisant débat, elles mettent en tension différents couples d’opposition qui structureraient classiquement le monde du soin psychique.

Premier chantier : La souffrance psychique, notion incertaine et non moins évidente (cf. Rhizome n°5) **bouleverse durablement les pratiques sociales sur le front de la précarité**, en interpellant les équipes psychiatriques. Pour l’essentiel, cette émergence reste hors nosographie mais non hors sémiologie. Que faire des signes souvent associés à des conditions de fragilités sociales et psychiques, nouvellement objectivées au sein d’une subjectivité aidante, qu’il s’agisse du travail social ou du soin psychique ? Que devient la nosographie psychiatrique ? S’achemine-t-on vers une classification renouvelée et/ou vers une clinique du processus ?

Cette légitimité récente de la souffrance psychique, en vis-à-vis de la maladie mentale, a facilité l’élargissement de la parole “ profane et non spécialiste ”, celle de la société civile et des élus locaux. Cependant la parole des usagers ne se fonde plus seulement sur un principe démocratique des Droits de l’Homme, dans une cité abstraite et désincarnée, mais sur une expérience du “ vivre avec ”, une souffrance individuelle et collective. C’est au nom de la traversée de la souffrance que d’autres groupes sociaux autres que les professionnels de la psychiatrie sont désormais en droit de dire : “ la psychiatrie, c’est notre problème ! ”. Mais la prise en compte incontestée de cette parole ouvre un double risque : celui du contournement et de la participation formelle des usagers ; risque dont la chaîne de résolution outre atlantique est d’ores et déjà bien connue : contractualisation, transparence, victimisation/judiciarisation.

Comment la collectivité doit-elle s’y prendre pour que la qualité de patient n’expulse pas systématiquement la position critique de l’usager ? Ou encore, comment une équipe de secteur peut-elle consulter un élu local sur son “ diagnostic ” de santé sur tel ou tel quartier, tout en gardant une éthique propre au soin psychique qui ne glisse ni vers la gestion des risques ni vers un principe de précaution paralysant l’action ?

Ces questions très concrètes militent pour l’ouverture d’un autre chantier au sein duquel puisse se travailler la tension entre principe de singularité et raison collective du “ vivre ensemble ”, dont les formes sociales tendent vers la standardisation des actes, l’uniformité des “ bonnes pratiques ” et l’anonymisation de prises en charge procédurales et sécuritaires. Si la notion de santé mentale induit, pour certains, des images d’anti-psychiatrie ou de clonage des pratiques, alors il faut trouver un autre terme à la situation originale de la psychiatrie d’aujourd’hui qui n’est plus, n’en déplaît aux nostalgiques de tout bord, ni celle de l’avant-guerre ni celle des trente glorieuses. A l’encontre d’une imposition de vue économétrique uniformisante, la situation actuelle est mobile, évolutive, diverse et traversée par une pluralité de points de vue et de mise en réseau à chaque fois, en fonction des caractéristiques d’un *territoire habité* par des humains à nul autre pareil.

Cette notion de territoire humain annonce un dernier chantier, de nature politique, dont le rapport avec la psychiatrie est structurel mais dont les points d’achoppement sont en train de se déplacer.

Un premier décentrement a trait à la manière dont la contractualisation de la relation soignant-soigné s’est substituée comme

La psychiatrie publique en chantiers (suite)

modèle à la relation sous contrainte, qui a historiquement structuré la spécificité psychiatrique. Quelle conséquence cette substitution a-t-elle sur la reconfiguration en cours ? Comment reconsidérer la nature juridique de la relation soignant-soigné (secret professionnel, secret partagé) de telle manière que la judiciarisation du champ sanitaire n'obère pas le long travail de l'indispensable alliance thérapeutique ?

Un second décentrement oppose, surtout lorsque l'on tente de penser le rapport complexe entre précarité et santé mentale, une logique d'*institution de la prise en*

charge, donc de programme, de savoirs constitués, de verticalité disciplinaire, de normativité, à une logique de *dispositifs du prendre soin*, donc de projet pluriprofessionnel, de situations locales, d'horizontalité, de réseau, de savoirs bricolés et pourtant réflexifs. On voit bien que la psychiatrie publique, construite en conformité au premier modèle, est confrontée depuis le développement de l'extra-hospitalier à la logique du second. On y retrouve, étonnamment, les principes fondateurs du secteur : proximité, aller vers, permanence. Comment articuler ces deux logiques pour que la disparition itérativement annoncée de la psy-

chirurgie en tant qu'Institution soit encore suspendue ? A condition, peut-être, que ces dispositifs dits " périphériques " fassent Institution, relayant le moment de l'hospitalisation lorsqu'il n'est pas ou plus nécessaire. Si tel est le cas, les notions de santé mentale et d'asile ne devraient plus être opposables.

C'est la jointure, l'agencement équilibré de ces deux logiques, et non leur opposition systématisée, qui peut permettre la continuité de la pensée et du lien, fondement de la pratique du soin psychique. ■

LE COMITÉ DE RÉDACTION
DE RHIZOME

La parole est à vous

« Docteur, j'ai mal à ma psychiatrie... »

Myriam ALDERTON
Présidente et fondatrice
de l'Association
Médiation dans le Var :
accueil et aide à

Actrice du social depuis bientôt 15 ans, le premier numéro de la trilogie proposé par Rhizome sur l'avenir de la psychiatrie publique, me laisse perplexe.

Je m'étais dit en effet, sans doute naïvement : « *Enfin, la parole est donnée aux spécialistes, on va comprendre le malaise de la psychiatrie en France !* »

La personne en souffrance psychique, euphémisme de « *dans la merde* », est à mon sens le symptôme d'une société qui « *éclate* » (dans tous les sens du terme).

Cette personne raisonne en discordance à la fois dans l'aire des inclus de notre société mais aussi, ce qui est plutôt étonnant, dans le champ de la psychiatrie.

Ainsi, notre société moderne et le modèle de sa famille nucléaire s'éclate ! En myriades d'atomes, en rave-party collectives ou en naufrage volontaire et solitaire, comme nous le rappelle Patrick Declerck dans son ouvrage sur la désocialisation.

« *Le désir est indestructible* », mais il faudrait ici ajouter : de vie comme de mort car la question du choix demeure...

Les mentalités sont les plus lentes à évoluer ; la prodigieuse révolution technologique de ce dernier siècle entraîne des conséquences considérables sur notre environnement vital et perturbe nos façons d'être au monde.

Peut-on parler de maladie sociale, de trouble, d'inadaptation de notre inconscient collectif à tous les niveaux ?

C'est un lieu commun de dire que même les couches de la société dites privilégiées peuvent être aujourd'hui frappées par ce phénomène.

Quoi qu'il en soit, la personne en souffrance psychique interpelle le secteur psychiatrique et tant mieux car elle incarne l'antidote à l'enfermement que représente la norme, ainsi que le droit incoercible à la déviance.

La question des moyens ou de l'inadéquation des structures spécialisées me fait parfois l'effet d'un alibi corporatiste difficilement crédible ; la formation à venir des médecins psychiatres me semble un problème beaucoup plus pertinent.

Je termine ma modeste intervention en ajoutant que la précarisation du secteur de la psychiatrie peut être l'occasion d'une remise en question de l'ensemble de notre société, à la condition de ne pas enfermer tous les « *fous* » en prison !

Laissons donc les déviants nous interpellier dans notre humanité qui « *fout l'camp* »...

Je reste confiante. A Rhizome on semble avoir les racines solidement ancrées mais attention à ce que la mauvaise herbe n'envahisse pas le champ de la santé mentale, ni celui de l'innovation sociale qui restent encore pour tous à cultiver. ■