

La cure en santé mentale c'est valoriser la personne et défendre la démocratie

La cure de la douleur dans le domaine public de la santé mentale est en crise. Car le modèle biomédical dominant l'a tarié. Une approche purement pharmacologique de la « souffrance mentale » et, fondamentalement, de toutes les problématiques existentielles, réduit tous nos désirs, nos sentiments, toutes nos pensées et nos actions à la biologie, en s'appuyant sur un déterminisme naturaliste obsolète. Celui-ci a cru pouvoir s'accréditer scientifiquement à force d'« évidences » construites à son image et à sa ressemblance, mais il a perdu de vue l'expérience subjective et cela l'a conduit à des résultats décevants. De nombreuses recherches ont été réalisées, d'importantes ressources financières investies, maints articles ont été publiés, mais le nombre de suicides, d'hospitalisations n'a pas été réduit et les résultats positifs, à savoir les guérisons chez les personnes ayant des problèmes de santé mentale, n'ont pas augmenté.

Le modèle biomédical a pu compter sur le soutien des médias, de l'enseignement universitaire, d'une grande majorité des services de santé mentale et il a contaminé certains secteurs de la psychologie. Le processus d'humanisation des soins psychiatriques, péniblement conquis, s'est progressivement inversé et un retour autoritaire aux logiques de l'« institution totale » revisitée s'est vérifié : l'enfermement des personnes en souffrance dans des existences marquées par des diagnostics construits en fonction de traitements pharmacologiques désinvoltes. Les recherches scientifiques prouvant l'utilisation excessive et inappropriée des médicaments – qui étouffe la personne autant que ses symptômes – et indiquant qu'une utilisation réfléchie, méticuleuse est tout à fait possible, sont ignorées.

La psychiatrie dissociée de la psychanalyse/psychologie dynamique, de la pratique psychothérapeutique, de la phénoménologie, de la psychiatrie sociale et relationnelle s'est appauvrie et risque de se réduire à une activité technique de contention/sédation des émotions, exercée par des psychiatres qui pensent et agissent selon des algorithmes. Au lieu de se construire dans la réciprocité, dans l'échange affectif et mental entre pairs, la relation thérapeutique s'est enfermée dans un rapport d'assistance à sens unique entre soignants et soignés. L'état actuel des choses favorise la dépersonnalisation des vécus des intervenants tout comme des personnes en souffrance. Il tend à créer un climat dépressif, émotionnellement appauvri, dans les espaces de soin. La réforme Basaglia, qui a redonné sa dignité de citoyen et le droit de subjectiviser sa vie au « patient psychiatrique » (lequel n'était, jusqu'à ce moment-là, pas considéré comme une entité juridique et politique), est attaquée, bien que les services qui en ont appliqué l'esprit de manière innovante aient démontré toute sa qualité. Il est temps que toutes les forces réformatrices, pour lesquelles la pensée et la pratique du soin psychique dans le domaine public sont des outils critiques de construction solidaire et démocratique de la vie citoyenne, s'unissent pour s'opposer à la contre-réforme en cours actuellement. Pour construire une approche de la douleur psychique fondée sur le dialogue entre des savoirs qui se confrontent de façon paritaire.

Travailler ensemble, unir savoirs et expériences dans le cadre d'une approche multidisciplinaire, c'est ce qui a représenté, en des périodes fastes, l'élément de base des dispositifs de soin. Cet héritage trahi doit être récupéré, à partir de la valorisation du travail de l'équipe territoriale, cœur de tout le système de la santé mentale et lieu où s'intègrent les différentes approches des soins :

- un traitement pharmacologique ciblé et critique, assisté d'un travail patient de soutien relationnel et d'accueil humain de la douleur, qui permet de contrôler l'angoisse aiguë, invasive et la dépression ;
- une cure, inspirée de la théorie psychanalytique/psychodynamique (sous ses différentes formes : individuelle, de groupe, de couple, familiale) et des principes phénoménologiques,

qui met en œuvre un travail de transformation psychique nécessaire à la remise en jeu d'une subjectivité désirante ;

- une thérapie des relations, qui utilise des principes systémico-familiaux et cognitivo-dialogiques ;
- un travail d'intégration socioculturelle dans la communauté où l'on vit, qui demande une connaissance spécifique des dynamiques psychiques et sociales de la collectivité, une grande sensibilité humaine et une collaboration constante avec les institutions et les domaines de la culture humaniste, de la littérature, du théâtre, du cinéma, de l'art. Ces domaines ont une fonction précieuse dans la construction de la communauté, dans la configuration de réseaux de signification partagés qui créent un sentiment d'identité ouvert à la différence, à l'altérité, non fermé sur lui-même ;
- un travail de prévention, basé sur les diagnostics précoces, sur la valorisation de l'intervention psychopédagogique et de la psychothérapie chez l'enfant et l'adolescent, sur le repérage de situations familiales fragiles, sur les interventions de soutien dans des milieux sociaux vulnérables touchés par la déchéance, dans les écoles, dans les lieux de travail, dans les hôpitaux ;
- une participation active et organisée des usagers ayant des problèmes de santé mentale lesquels contribuent, par l'apport de leur subjectivité, au processus de soin ;
- un dépassement des pratiques coercitives et violentes par la critique constante et la promotion de pratiques alternatives dans tous les contextes de soin.

Un travail épidémiologique et de recherche clinique rigoureux, qui base la vérification de la tâche accomplie sur des critères de qualité, c'est-à-dire sur le développement des liens affectifs, de la créativité et de la liberté d'expression personnelle, est un complément indispensable au bon fonctionnement de l'équipe.

L'équipe a besoin d'une bonne formation de départ au niveau de tous ses membres. Elle n'est toutefois pas la somme de toutes les compétences qui la composent, elle n'est pas une activité de plusieurs ambulatoires. Elle ne s'identifie pas à un siège mais sa fonction s'étend sur un territoire et elle va au-delà de sa composition, dans deux directions. D'une part, elle inclut dans son travail le groupe des patients, leurs familles, les forces culturelles et sociales avec lesquelles elle interagit ; de l'autre, elle amalgame les différentes perspectives qu'elle a en son sein pour en créer une, unitaire, pour créer un travail de soin cohérent. L'équipe est un lieu de formation et de recherche permanente, le lieu où le traitement de la souffrance grave, invasive, se configure par le biais de l'expérience de manière authentique, vraie.

Le soin psychique n'est pas une application de principes techniques auxquels les personnes souffrantes doivent adhérer, ce qui serait une falsification réciproque des relations. C'est une pratique, une *praxein* au sens noble qu'Aristote a attribué à ce terme : *un agir qui a comme objet la vie de l'homme*. La pratique de la cure psychique est un travail qui suit des principes scientifiques, mais elle prend forme dans le cadre de relations personnelles, non anonymes, en tant que savoir artisanal qui reconnaît à toute histoire de souffrance sa particularité, à chaque existence en souffrance sa trame originale. L'humanisation de cure ne perd jamais de vue les moyens pharmacologiques ou les dispositifs relationnels qui contrôlent l'angoisse. *La cure, cependant, c'est, par essence, prendre soin de la relation avec les personnes qui souffrent. Celle-ci est, dans le même temps, fin et moyen, affirmation de la subjectivité.*

Il est déroutant et extrêmement dangereux pour la santé psychique de toute la communauté que la cure de la souffrance grave soit orientée et définie par des personnes qui travaillent en laboratoire – sur la base de schémas diagnostiques « objectifs » produits par une compulsion taxinomique qui

n'ajoute rien à ce que l'on sait du pronostic – sans jamais entrer en contact avec les personnes en souffrance, sans connaître leurs désirs, leurs émotions, leurs tourments, sans entendre leur souffle, sans croiser leur regard. Si les expressions bizarres, tourmentées, incohérentes d'un psychisme lacéré sont, d'une part, la manifestation d'une angoisse sous-jacente déstructurante, qui doit malgré tout trouver un répit, un soulagement, de l'autre, ce sont les seules formes par lesquelles la personne en souffrance reste vivante et communique. Les supprimer par l'abus de traitements pharmacologiques fait rentrer par la fenêtre ce que l'on pensait avoir fait sortir par la porte : la logique asilaire, l'élimination violente d'identités, d'existences humaines.

Une approche purement quantitative du traitement de la douleur psychique, sa sédation, qui vise surtout à la rendre invisible, a conduit au développement d'une douleur sourde qui vide l'existence de son sens, en se répandant bien au-delà des frontières de la souffrance « psychiatrique » évidente. Les solutions anesthésiantes ne concernent pas seulement celles et ceux qui vivent une souffrance psychique grave mais elles accablent quiconque, dans sa vie, rencontre des moments difficiles, d'incertitude, de détresse, de crise existentielle. Ce sont des personnes jeunes ou adultes ayant une très forte probabilité d'être réduites à une étiquette diagnostique à laquelle elles seront amenées à s'identifier et seront identifiées.

Historiquement, le projet mystifiant d'une société sans douleur qui rend les citoyens passifs, en les déprimant ou bien en les poussant vers le dévouement impulsif/compulsif de leurs émotions, a créé un terrain favorable au totalitarisme. Se révolter contre l'assimilation de la personne à sa biologie est une question de civilisation. S'opposer à la standardisation, à l'homologation des comportements, refuser que notre conception de la vie soit soumise à un technicisme envahissant, c'est affirmer la démocratie.

Angelo Barbato, *Istituto Mario Negri*, Milan

Antonello D'Elia, Président de *Psichiatria Democratica*

Pierluigi Polito, Professeur de Psychiatrie, Université de Pavie

Fabrizio Starace, Président de la *Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica*

Sarantis Thanopoulos, Président de la *Società Psicoanalitica Italiana*