

L'histoire et l'esprit des services de santé mentale à Trieste. (1)

Le réseau territorial des services de santé mentale qui existe aujourd'hui à Trieste (2) s'est développé progressivement sur une période d'un quart de siècle. Durant cette période, la transformation institutionnelle a été profonde et un regard superficiel de l'organisation actuelle des services pourrait donner l'impression que ce processus résulte d'une opération planifiée qui s'est déroulée sans heurts et sans soubresauts. Or ce n'est pas le cas et l'organisation actuelle des services de santé mentale à Trieste est au contraire le produit d'un processus innovateur réalisé à partir de 1971 et qui est basé sur des postulats épistémologiques précis et sur des objectifs clairs sur les plans éthique et politique.

- Restituer une pleine citoyenneté effective à tous ceux qui, à cause d'un internement, ont été privés de la possibilité et de la capacité d'exercer leurs droits.
- Empêcher que s'affirment de nouvelles formes d'exclusion des personnes souffrant de troubles mentaux en offrant une présence et une réponse qualifiée aux besoins dans le milieu de vie des personnes et ce pour être en mesure de prendre en charge la demande de la population en services de santé mentale sur l'ensemble du territoire.
- Promouvoir à tous les niveaux des actions concrètes de sensibilisation de la population pour impliquer le milieu social et remettre en question le mandat traditionnel de la psychiatrie qui se situe à mi-chemin entre la cure et la sanction et entre la thérapie et le contrôle social dans le but de modifier l'image et la perception culturelle des troubles mentaux généralement fondées sur des stéréotypes traditionnels de dangerosité, d'incompréhension et d'immuabilité de la maladie mentale.

Dans cette optique, la construction du système des services territoriaux de santé mentale de Trieste n'a pas suivi un parcours facile ou linéaire et encore moins un cheminement purement administratif. Ce fut une expérience collective qui a été confrontée simultanément à la critique institutionnelle psychiatrique et à la nécessité de répondre aux besoins des usagers au moment même où ils émergeaient, amenant ainsi tous les acteurs à s'interroger sur le sens de l'efficacité de la pratique quotidienne qui était bouleversée par le processus de transformation. Ainsi, les pratiques cliniques actuelles trouvent leur signification profonde dans l'histoire de leur mise en place dans le contexte d'une transformation radicale des services qui existaient alors à Trieste à la fin des années soixante.

De l'hôpital au territoire

Le climat culturel qui prévalait en Italie durant les années soixante et soixante-dix était caractérisé par une effervescence sociale qui a débouché sur

des réformes importantes au niveau de grandes questions sociales. Il s'agit d'une période marquée par des luttes pour la reconnaissance des droits civils qui a conduit à cette époque à l'adoption de changements législatifs successifs d'une portée révolutionnaire pour la vie sociale du pays (loi sur le divorce, loi sur la tutelle et la maternité, loi de la réforme sanitaire)(3). C'est dans ce contexte que se sont insérées les premières poussées de la transformation de la psychiatrie et de ses institutions qui étaient particulièrement arriérées autant sur le plan du traitement humanitaire que sur les plans culturel et scientifique.

L'hôpital psychiatrique de Trieste au début des années soixante-dix n'était pas différent des autres hôpitaux italiens et il était surpeuplé. Mille deux cents (1200) personnes étaient internées et la majeure partie de ces personnes étaient hospitalisées définitivement (4). En fait, cet hôpital était incapable de remplir un rôle thérapeutique et il fonctionnait comme un petit village autonome séparé physiquement et symboliquement de la ville par un mur qui délimitait une frontière. Les règles institutionnelles en vigueur se basaient sur le "binôme" classique de la cure et de la surveillance qui dissimulait la contradiction qui transcende la psychiatrie traditionnelle et qui est *de facto* une discipline fondée sur l'équivalence entre la folie et la dangerosité et qui cherche toujours un équilibre entre la cure de la souffrance et la sanction de la déviance.

Le Docteur Franco Basaglia initia son travail à l'hôpital psychiatrique de Trieste en août 1971. Auparavant, entre 1961 et 1969, il avait dirigé l'hôpital psychiatrique de Gorizia et il avait mis de l'avant les premières expériences de transformation institutionnelle (5). Son arrivée fut précédée par la loi 431 de 1968 qui prévoyait sur le plan administratif la légalisation des structures hospitalières psychiatriques au sein des hôpitaux généraux et qui introduisait l'hospitalisation volontaire pour des motifs de cure tout en maintenant le caractère coercitif de l'admission au sein de l'hôpital psychiatrique traditionnel (6). Cette loi prévoyait également la création de dispensaires territoriaux appelés "Centres d'hygiène mentale". Cette loi, bien que n'ayant produit par elle-même aucune transformation profonde dans l'organisation institutionnelle, introduisait néanmoins la notion de cure libre et du consentement volontaire au traitement psychiatrique ce qui donnait des fonctions potentiellement thérapeutiques à l'hôpital psychiatrique.

L'un des impacts de cette loi fut de permettre l'augmentation du personnel médical des hôpitaux psychiatriques dont la taille était établie jusqu'alors en fonction des exigences du maintien de l'institution et non du traitement de la maladie. Ainsi, Il fut possible pour le Docteur Franco Basaglia de constituer un groupe de travail formé de jeunes médecins, de psychologues, d'assistantes sociales, de volontaires et d'étudiants qui ont été attirés à Trieste par la connaissance de la précédente expérience de Gorizia et par l'influence des hypothèses critiques formulées à l'égard de la psychiatrie et des institutions qui circulaient dans les médias et au sein de la classe politique et de l'opinion publique.

Le Docteur Franco Basaglia avait déclaré plus d'une fois que l'hôpital psychiatrique n'avait aucune valeur de cure et qu'au contraire il était producteur de maladie. Il avait conscience qu'il fallait en ayant humainement soin de l'autre,

redéfinir des nouvelles relations, de nouveaux espaces et de nouveaux sujets. Mais surtout, que l'unique possibilité d'agir devait passer par la restitution d'une dignité et d'un pouvoir aux sujets à travers l'établissement d'une relation non hiérarchique qui devait nécessairement s'élaborer en dehors des cadres désuets de l'institution psychiatrique traditionnelle.

Le Docteur Franco Basaglia s'opposait à l'enseignement archaïque dispensé dans les universités italiennes à cette époque et pour mener à terme son projet de réforme en profondeur, il s'est appuyé sur un groupe de jeunes intervenants qui n'étaient pas encore "contaminés" par la psychiatrie traditionnelle pour qu'ils puissent se former dans l'action quotidienne de la transformation à effectuer. En fait, la psychiatrie académique italienne présentait un retard historique et elle se montrait, comme elle se montre encore en grande partie de nos jours, rarement intéressée à des transformations du cadre d'opération, maintenant une distance la plupart du temps hostile, aux dimensions pratiques de la désinstitutionnalisation.

Durant les quatre premières années de travail, une attention particulière a été portée aux changements à apporter dans l'aménagement des espaces au sein de l'hôpital (unités, lieux de restauration et de socialisation), dans le système de communication au sein de la hiérarchie hospitalière et dans les échanges entre le personnel et les patients. Dans un premier temps, le docteur Basaglia et son équipe ont instauré des réunions quotidiennes dans les unités. De plus, ils ont convoqué des réunions fréquentes de tout le personnel et ils ont animé des assemblées périodiques de tous les patients. Une attention particulière s'est adressée à la participation et à la formation des infirmiers qui furent progressivement invités à abandonner le rôle traditionnel de gardien. Toutes les portes des unités furent ouvertes, les électrochocs furent supprimés ainsi que toutes les formes de contention physique. Les sorties des patients en ville furent favorisées provoquant de l'attention et de l'intérêt, mais également des critiques de la part des citoyens vis-à-vis de cette ouverture de l'hôpital psychiatrique. Enfin, au cours des premières années, l'intérêt du Docteur Basaglia et de son groupe de travail a porté non seulement sur la maladie elle-même, mais sur les histoires personnelles, sur les besoins des patients et sur la reconstruction d'un rapport différent avec la communauté.

Pendant cette période préparatoire, les bases cliniques et sociales des transformations subséquentes ont été mises en place et trois grands axes de changement ou passages (*passaggi*) ont émergé pour orienter le processus de reconversion des services de santé mentale à Trieste.

- **La fermeture de l'hôpital psychiatrique (7)**

La critique de la pratique et de la culture clinique de la psychiatrie et de ses institutions fut très intense. Historiquement, les services étaient centralisés au sein de l'hôpital dans une optique de séparation physique et symbolique des patients de la ville et de sa population. En 1972, nous avons procédé à la sectorisation des unités psychiatriques. La répartition des patients au sein des différentes unités de l'hôpital est passée d'une distribution fondée sur la nosographie et la gravité des

comportements à une distribution géographique en fonction du lieu de provenance. Ainsi, l'hôpital comme la ville furent divisés en cinq zones d'opération et tout le personnel fut l'objet d'un redéploiement en cinq équipes pour couvrir les besoins émergeant d'un territoire bien délimité.

- **Le projet de construire un réseau des services alternatifs sur le territoire**

Ce projet est né de la pratique innovatrice de travailler à la réinsertion sociale des anciens patients dans leur lieu d'origine. Toutefois, au moment même où nous avons complété la mise en place du réseau de services territoriaux pour soutenir cette tâche, les équipes ont acquis la conviction de la nécessité d'acquérir de nouvelles capacités d'intervention pour être en mesure de donner une réponse concrètement différente aux nouveaux usagers qui se présentaient à eux pour recevoir de l'aide.

- **Le "malade" et non la maladie se retrouve au cœur des préoccupations pour offrir des parcours thérapeutiques fondés sur la réhabilitation et l'émancipation des personnes**

Par une pratique de participation active des usagers au sein des nouveaux services qui sont devenus des acteurs du changement. D'abord et avant tout, les parcours thérapeutiques suggérés reposaient désormais sur la restitution de la dignité, des droits civils et de la responsabilité.

Ces axes de changement ou passages (*passaggi*) sur le plan pratique se sont élaborés graduellement au sein d'un déplacement des équilibres et des aménagements administratifs de type institutionnels, jusqu'alors considérés comme non modifiables (8). Ainsi, ils ont conduit aux transformations suivantes:

- Désignation d'un statut de "hôte" dès 1973 pour les personnes qui résidaient à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique, non pas pour des motifs liés à une hospitalisation, mais parce qu'elles étaient en attente d'un placement en hébergement externe.
- La création de résidences de groupe (appartements) intégrées dans le tissu social de la ville pour les personnes fortement handicapées suite à un séjour prolongé dans l'hôpital psychiatrique.
- La création de coopératives de travail, dont la première fut la "coopérative des travailleurs unis" fondée par le Docteur Basaglia en 1973, qui a surpassé l'ergothérapie traditionnelle et qui est devenue subséquemment un instrument formidable de formation professionnelle et d'émancipation sociale.

La pratique concrète de ces changements dans l'action quotidienne a mis en évidence que c'était le statut juridique d'interné et non la maladie qui était l'un des obstacles à la transformation souhaitée. À la même époque, le Docteur

Basaglia et son équipe ont pris l'initiative d'inviter des artistes au sein des murs de l'hôpital pour susciter la participation des patients à des activités d'animation et de création artistique. En 1973, un groupe d'acteurs, de peintres et d'artistes ont utilisé durant trois mois les locaux vacants de la première unité suite au départ des patients pour en faire un laboratoire de peinture, de sculpture et de théâtre qui était ouvert à la participation des étudiants et des citoyens. C'est dans ce contexte qu'est né **Marco Cavallo**, un grand cheval bleu fait de bois et de papier mâché et qui est devenu le symbole du désir de liberté de tous les internés. Il fut promené en ville et suivi par un cortège de 400 personnes le dernier dimanche du mois de mars 1973 (9).

Les centres 24 heures: hospitalité/refuge

L'ouverture du premier centre en santé mentale a été l'élément déclencheur pour implanter sur une base territoriale toutes les modifications successives apportées à l'organisation des services. Avec la présence physique d'une "garnison" (*presidio*) pour la santé mentale dans une superficie géographique bien délimitée, le pôle d'attraction de l'assistance psychiatrique s'est graduellement déplacé de l'hôpital au territoire. Cette mutation a été certainement la plus critique et pratiquement la plus complexe.

Dans une première phase (1975-1980), le centre de santé mentale a mis en place une nouvelle façon de dispenser les prestations sanitaires, sociales et de réhabilitation qui s'est avérée déterminante par la suite, notamment par l'organisation d'un suivi à domicile des personnes qui graduellement étaient réinsérées dans différentes formes d'hébergement dans la communauté (10). Alors que le travail dans le cadre de l'hôpital était fixé précédemment par le diagnostic, le visage médical et le contrôle exercé par le personnel infirmier, le travail sur une base territoriale a conduit à un changement radical d'intervention. Ce nouvel arrangement a nécessité l'acquisition de nouvelles compétences thérapeutiques et relationnelles qui étaient plus complexes et a exigé de la part de toutes les équipes des efforts continus de formation sur-le-champ.

Une exigence a émergé rapidement, soit celle d'éviter la duplication des services dans le nouveau système par une coexistence en parallèle des structures territoriales et de celles qui régissaient l'hospitalisation pour la même personne. Cette préoccupation est l'objet d'une tension continue puisque les services territoriaux ont le mandat de répondre sur-le-champ à toutes les situations de crise, ce qui constitue une particularité caractéristique de l'expérience de transformation institutionnelle réalisée à Trieste. En effet, l'objectif a toujours été de gérer toutes les phases du traitement, de l'acuité à l'intervention prolongée dans le temps dans le milieu social de la personne, c'est à dire là où le problème se pose, pour éviter les risques d'isolement et la résurgence d'une exclusion institutionnelle (11). Cet objectif s'est concrétisé en 1980 avec la fermeture définitive de la dernière unité d'admission de l'hôpital psychiatrique St-Giovanni et la mise en place de huit lits dans chacun des centres de santé mentale pour être en mesure d'offrir l'hospitalité nocturne pour les patients ayant besoin de soins intensifs. Enfin, de concert avec le service de

l'urgence psychiatrique de l'hôpital civil, du personnel médical évalue les personnes qui se présentent en situation de crise et réoriente, le cas échéant, la demande vers les centres de santé mentale pour dégager une alternative à l'hospitalisation.

1978/1990 La désinstitutionnalisation comme modèle : la construction d'un réseau de services.

La promulgation de la loi 180 du 13 mai 1978 a ouvert un nouveau chapitre pour l'aménagement de la psychiatrie italienne. En réalité, le nouveau modèle de services qui a été proposé à tout le pays est celui qui a été initié et développé à Trieste. Ainsi, le cadre d'opération du travail pour la santé mentale devait être constitué par des services offerts sur une base territoriale et non plus par l'hôpital psychiatrique. Cette loi décrétait en premier lieu le droit à la citoyenneté pour les personnes affectées par un trouble mental et elle distinguait, du moins sur le plan conceptuel, le traitement psychiatrique (et le droit au traitement) des instances du contrôle social.

À l'évidence, la promulgation d'une loi en soi n'est pas suffisante pour modifier une culture consolidée, partagée et renforcée par la psychiatrie académique, fondée sur le stéréotype de la folie et non pas sur une réelle connaissance de ce problème. Dans les années qui ont succédé l'adoption de la loi 180, l'équipe de Trieste a été confrontée concrètement aux réticences et aux préjugés qui étaient présents au sein des institutions et de la population de la ville. Ainsi, cette équipe a été obligée de procéder à des vérifications constantes de la pratique quotidienne et à une évaluation continue de la qualité des services offerts (12). En effet, les années entre 1978 et 1990 ont été caractérisées par une recherche continue d'amélioration et de bonification de la qualité et de la prestation des services offerts à la population.

À travers le travail quotidien sur le terrain, il s'est développé la conscience que la capacité d'affronter des problèmes est en relation directe avec la visibilité du service sur le territoire et avec le déplacement du cadre d'opération ambulatoire dont les lieux d'intervention sont le domicile, les quartiers, les écoles, les milieux de travail; soit tous les endroits où vivent les personnes impliquées dans un processus thérapeutique. Le travail territorial a permis de dévoiler singulièrement dans le concret de l'activité quotidienne la nature intrinsèque et contradictoire de la discipline psychiatrique qui est constituée à partir d'un mandat social ambigu qui oscille constamment entre le besoin de traitement du sujet et le besoin de protection de la société pour des comportements dérangés et dérangeants.

Concrètement, cet effort organisé pour surmonter cette contradiction s'est traduit en tout premier lieu par le potentiel du réseau des centres de santé mentale d'offrir une gamme complète de services facilement accessibles aux usagers et des modalités d'intervention flexibles qui permettent de répondre à la très grande majorité des demandes de prestations sociales et sanitaires en santé mentale sur le territoire (13). En fait, les centres de santé mentale sont devenus au début des années quatre-vingts le moteur de l'organisation et la structure

principale de l'architecture des services de santé mentale à Trieste. Disséminés à travers tout le territoire, tous les centres reposent sur la présence d'une équipe multidisciplinaire constituée de psychiatres, de psychologues, d'infirmiers et d'assistantes sociales qui mettent en commun leurs compétences et dont l'interaction dans la pratique quotidienne est une source d'enrichissement réciproque. Ainsi, les centres deviennent le point de départ de l'action thérapeutique et de réadaptation puisqu'ils accueillent la demande d'intervention qui provient soit des personnes elles-mêmes, des proches ou des tiers.

L'intervention proposée à la personne affligée par une problématique de santé mentale ne se déroule pas selon des critères abstraits et les parcours thérapeutiques sont élaborés sur-le-champ pour offrir des services personnalisés dont l'intensité et la nature varient selon les besoins exprimés par les personnes. D'emblée, tout le personnel est appelé à sortir d'un cadre typiquement sanitaire, à se déplacer en dehors du centre et à rencontrer les personnes dans leurs milieux de vie pour être en mesure de cerner le contexte social ou familial dans lequel le problème se pose au point de départ. En rencontrant les personnes à leur logis ou dans leur milieu de travail, le psychiatre, l'infirmier ou l'assistante sociale deviennent alors des acteurs sociaux qui sont en mesure d'apprécier l'interaction complexe entre la personne et son environnement, de jauger le poids relatif des facteurs pathologiques et sociaux et de proposer des actions thérapeutiques ou des soins à domicile qui agissent autant au niveau de la personne qu'au niveau de son environnement.

La réponse aux problèmes vécus par la personne prend des formes variées selon la nature des besoins. Selon le cas, les équipes combinent et utilisent différents outils thérapeutiques et sociaux qui vont de la médication au soutien économique et social, de la psychothérapie individuelle et familiale à la formation professionnelle et à l'insertion au travail, et ce dans une perspective de promotion de la santé mentale et du bien-être de la personne au sein de son environnement.

L'aménagement physique des centres permet de rencontrer des fonctions multiples. Tous les centres sont ouverts durant la nuit et disposent de huit lits pour offrir le traitement pharmacologique ou l'hospitalité pour les personnes en état de crise. Ils offrent également des espaces pour organiser les soins ambulatoires ou pour rencontrer des fonctions propres à l'hôpital de jour pour les personnes qui reçoivent des traitements. Enfin, ils offrent également des espaces de socialisation pour les usagers dans l'optique de ne jamais dissocier les aspects sanitaires et sociaux. Ainsi, les centres de santé mentale sont en mesure autant de traiter des crises aiguës, de proposer des parcours individualisés à long terme sur les plans thérapeutique et de la réhabilitation aux usagers et à leurs familles ainsi que des activités sociales de prévention et de promotion en santé mentale.

Dans cette optique, l'objectif prioritaire dans la période entre 1978 et 1990 a été celui de colmater les carences structurelles qui nous empêchaient de répondre à tous les besoins en santé mentale et d'établir clairement les fonctions propres des centres de santé mentale. À titre d'exemple, il faut faire mention d'un parcours spécifique concernant les femmes. En effet, il s'est constitué dans une

zone du Département de santé mentale de Trieste, un centre de femmes en santé mentale qui offre des activités de prévention du malaise psychique chez les femmes en portant une attention particulière aux risques spécifiques liés à la condition féminine. Ainsi, ce centre est particulièrement actif dans des programmes d'émancipation, de réhabilitation et de réinsertion sociale et il est devenu un point de rencontre pour les diverses associations féminines de la ville.

Dans la réalisation des parcours d'intégration sociale des usagers, la formation et l'intégration au travail se sont révélés comme des aspects ayant une importance particulière. Dès le début des années 80, il est devenu évident que des parcours psychothérapeutiques et de réhabilitation strictement centrés sur le développement d'habiletés sont limitatifs. En même temps, l'expérience de la première coopérative sociale montrait clairement le potentiel de réhabilitation dégagé par l'exercice des habiletés apprises sur-le-champ, acquises non pas par un exercice de récupération abstraite, mais par une expérience concrète de travail qui donnait l'occasion aux usagers de développer des compétences réelles. Ainsi, cette première expérience a constitué un point de référence pour le réseau des services et au cours des années subséquentes, il s'est ajouté d'autres coopératives sociales et surtout la mise en place d'un système d'incitations économiques pour offrir soit de la formation professionnelle ou une insertion graduelle sur le marché du travail (14).

Les coopératives sociales sont devenues une ressource du Département de santé mentale et elles font partie intégrante de la gamme des services offerts. La fonction du développement des habiletés et de la réhabilitation qui s'articule autour de la formation et de l'intégration dans le monde de la production est pleinement reconnue comme ayant une importance stratégique à l'intérieur des parcours de récupération et de promotion de la santé mentale. Actuellement, les coopératives sociales qui coopèrent avec le Département de santé mentale sont au nombre de quatre (15). Par le biais des coopératives, nous avons cherché à mettre en place un fil conducteur dynamique qui pourrait mettre en relation simultanément le traitement, la réhabilitation, la formation et l'intégration sociale par l'intégration en milieu de travail. En fait, les besoins d'expression et de socialisation sont des composantes fondamentales de la santé mentale. L'exigence de répondre à ces besoins amplement reconnus a orienté la création d'unités de production artistique et artisanale en mesure de conjuguer le développement d'habiletés créatives avec le potentiel et la capacité de socialisation des usagers impliqués. Pour ce faire, nous avons recherché la collaboration d'artistes, d'artisans experts et d'hommes de culture de la ville pour donner aux initiatives des usagers impliqués à titre de travailleurs de l'art une reconnaissance et une valorisation sociale (16).

Le développement d'un réseau de structures résidentielles a été également une autre étape d'importance stratégique pour surmonter le problème de l'intégration sociale des personnes ayant des habiletés sociales réduites et des troubles mentaux stabilisés mais chroniques. Dès le départ, le besoin de répondre aux besoins spécifiques des personnes handicapées socialement par de longs séjours institutionnels a nécessité la mise en place d'un instrument protecteur pour permettre l'émancipation de ces personnes et une réinsertion

graduelle au réseau social de la ville. Pour atteindre cet objectif, l'équipe de Trieste a d'abord transformé certaines unités de l'ancien hôpital en résidences et a successivement recherché des appartements en ville pour dégager des possibilités de cohabitation dans des logis ordinaires; soit pour des personnes qui provenaient directement de l'hôpital psychiatrique ou pour des personnes plus jeunes sans passé institutionnel qui avaient besoin de suivre un parcours thérapeutique et de réhabilitation sur le plan résidentiel. Actuellement, trente (30) groupes d'appartements fonctionnent (12 sur le terrain de l'ancien hôpital psychiatrique et 18 en ville) et ils hébergent 160 personnes. Ces groupes d'appartements (*gruppi-appartamento*) accueillent entre trois et dix personnes et des intervenants apportent du soutien au niveau de l'organisation de la vie quotidienne durant la journée en fonction de l'intensité des besoins exprimés par les usagers. Seulement cinq groupes ont besoin de la présence d'un intervenant durant la nuit.

L'action de contestation de la dangerosité et la restitution des droits civils de liberté et de responsabilité ont été une partie intégrante du travail quotidien mis en place par les services de santé mentale qui ont entrepris dans les années 80 d'établir une collaboration étroite entre l'administration pénitentiaire et le Département de santé mentale par le biais d'une entente intervenue entre les parties, ainsi que par la mise en place d'un service permanent de consultation auprès du système carcéral de Trieste. Ceci a permis d'un côté de ne pas perdre le contact thérapeutique avec les personnes en processus de traitement qui commettaient des délits et de l'autre, d'intervenir dans des situations où des personnes présentaient des troubles mentaux dans des conditions de détention. Le climat de collaboration qui s'est créé entre les deux institutions a finalement permis la réalisation de programmes alternatifs à la détention pour des personnes ayant des troubles mentaux graves. Ce travail thérapeutique quotidien a pratiquement réduit à zéro le recours à l'hôpital psychiatrique judiciaire pour les citoyens de Trieste (17).

"L'école de la folie" nous a également enseigné que les stéréotypes qui fixent l'image et le rôle du malade mental dans la représentation collective sont des obstacles à l'accès aux ressources thérapeutiques et aux processus d'émancipation. Par conséquent, il est fondamental de travailler au sein de la population sur un projet de prévention. La prévention signifie pour nous aujourd'hui d'influencer l'évolution des représentations et des croyances à l'égard de la maladie mentale. Pour réaliser cette tâche décisive, nous en parlons librement dans les écoles, dans les organismes communautaires, avec les médecins de médecine générale et les employeurs potentiels qui donnent du travail aux membres de la société. Cela implique également de fournir une information appropriée aux différents médias d'information. La prévention passe également par un soutien actif apporté aux familles pour qu'ils puissent jouir librement de leurs droits civils. Par exemple, en ce qui concerne la charge familiale, le Département de santé mentale s'est vite rendu compte du rôle fondamental que la famille remplit dans le maintien de la santé. Depuis 1987, le Département de santé mentale a mis sur pied un programme de soutien spécifiquement destiné aux familles qui hébergent l'un des leurs qui présente un

trouble mental grave dans le but de réduire le stress lié à la cohabitation. Ce programme de soutien offre également de l'information sur la nature et la caractéristique des symptômes de la maladie mentale et anime un réseau de soutien mutuel entre les familles. Au cours des dernières années, ce programme d'information et de formation a rejoint près de 250 personnes et certaines d'entre elles se sont inscrites dans des parcours associatifs fondés sur l'aide mutuelle.

Le processus de dé-institutionnalisation amorcé en 1971 a toujours été obligé jusqu'à nos jours de composer avec les ressources limitées mises à notre disposition par l'administration. Or, l'ancien hôpital psychiatrique n'a jamais résolu le problème de l'accroissement constant de ses dépenses associé à un niveau d'efficacité extrêmement bas. Dans cette optique, le processus de transformation institutionnelle s'est accompagné d'une constante attention de notre part à la reconversion des ressources disponibles. Ceci, signifiait d'un côté de maintenir le niveau de dépenses dans les limites fixées et de l'autre, la possibilité d'utiliser l'argent d'une manière flexible et de s'en servir pour répondre d'abord et avant tout aux besoins des usagers et non pas à ceux de l'institution (18). Ainsi, des instruments très simples qui se sont révélés d'une grande utilité ont été inventés pour favoriser le processus d'émancipation des usagers, tel que le subside directement versé à l'utilisateur comme un instrument de subsistance, mais également l'octroi de bourses de travail et de formation professionnelle qui ont non seulement permis d'atteindre l'objectif de la récupération des habiletés et de l'intégration au marché du travail, mais également de générer une véritable plus-value sociale.

L'organisation et le cadre du réseau des services de santé mentale de Trieste résultent par conséquent du progrès et de la superposition graduelle au fil des ans des éléments décrits précédemment. Le contexte historique propre à Trieste permet de comprendre l'attribution des rôles et des fonctions des diverses composantes sur lesquelles reposent les services offerts par le Département de santé mentale. Cet éventail de structures, de programmes et d'outils thérapeutiques qui sont aujourd'hui disponibles permet la création de projets thérapeutiques et de réhabilitation personnalisés qui sont construits au fur et à mesure de l'évolution des besoins et des habiletés de chaque usager. Ce bref tableau illustre succinctement les principales structures, fonctions et programmes propres au Département de santé mentale de la ville de Trieste pour répondre aux besoins de sa population.

	Identification des composantes du Département de santé mentale de Trieste	Nombre d'unités
Structure	<ul style="list-style-type: none"> • Centre de santé mentale 24 heures • Centre de santé mentale 12 heures • Centre des femmes (santé mentale) • Centre de nuit • Structures résidentielles • Laboratoires • Coopératives sociales • Service psychiatrique de l'hôpital général • Associations reliées au DSM (19) 	4 1 1 1 30 2 4 1 3
Fonctions		Programmes
<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalité nocturne • Accueil DSM/Hôpital de jour • Activités cliniques ambulatoires et domiciliaires • Soutien psychosocial et activité de réseau • Réhabilitation psychosociale • Services résidentiels et semi-résidentiels • Formation professionnelle et intégration au travail • Loisirs et temps libre 		<ul style="list-style-type: none"> • Formation et entraînement des usagers • Information et formation pour les familles • Entraînement médical de base (tuteur de santé) • Service de consultation pénitentiaire • Prévention des morts solitaires (programme Amalia) • Prévention du suicide (programme téléphone spécial) • Amélioration continue de la qualité • Facilitation de parcours d'association • Alphabétisation • Activités créatives et ludiques • Promotion d'activités d'entraide • Intensification des rapports avec les districts sanitaires • Intensification des rapports avec la médecine hospitalière • Rapports avec les agences culturelles de la ville • Condition féminine et santé mentale

Organisation des services

Le cadre organisationnel des services présenté dans le tableau illustre que celui-ci est différencié et articulé pour répondre à une multitude de besoins. En effet, nous avons acquis la conviction profonde que pour répondre de manière satisfaisante aux besoins de santé mentale de la population, il est nécessaire d'aller vers les exigences des citoyens comme elles se présentent, sans filtre et sans préjudice. De cette prémisse fondamentale sur le plan administratif, a découlé une organisation conçue pour faciliter l'accueil de la demande et réduire au minimum les formalités d'accès aux services par un

accès direct sans liste d'attente et une dispense des frais exigés pour les prestations.

L'organisation actuelle de nos services est complexe et s'appuie sur la nécessité de différencier des structures, des fonctions, des modalités d'intégration et de coordination de celles-ci. Ceci est un aspect délicat du système que nous avons construit au fil des ans et en même temps il constitue l'aspect le plus fascinant de l'actuel modèle d'organisation. La multiplicité des structures offertes et des fonctions déployées simultanément nous fait courir le risque de la dispersion et de la perte d'une cohérence organisée. Par conséquent, la recherche du maintien d'un niveau élevé d'intégration entre les diverses composantes du réseau des services a toujours été une préoccupation prioritaire à tous les niveaux. Dès le début du travail de transformation institutionnelle, une grande importance a été donnée aux moments de travail collectif et de réflexion commune sur les problèmes à affronter, que ce soit de la discussion de cas simples ou de discussions qui concernent l'organisation du Département de santé mentale dans sa totalité.

Les réunions des praticiens ("*operatori*") sont demeurées un élément fondamental et la trame de fond à la base de la construction de notre organisation de services. En fait, elles sont devenues une norme reconnue et partagée par tous. Actuellement, de multiples occasions de rencontres et de développement collectif sont prévues pour statuer sur les stratégies à prendre pour conduire les opérations cliniques:

- La réunion de tous les praticiens du centre de santé mentale se tient quotidiennement dans chaque unité à l'occasion du changement de quart de travail et elle constitue le moment le plus important de la pratique puisqu'elle est le lieu de réflexion et de la prise de décision collective.
- La réunion hebdomadaire du Département est ouverte à tous les praticiens qui peuvent ainsi discuter des questions générales qui touchent l'ensemble du Département de santé mentale.
- Les réunions du personnel pour coordonner les actions entreprises sont des moments de réflexion qui permettent à des groupes de travailleurs de préciser des objectifs à propos des aspects particuliers du service dans lequel ils sont impliqués (20).

En définitive, l'objectif général de tous ces moments de réunion est de garantir un niveau élevé de communication interne qui permet les échanges à propos des méthodes et des pratiques mise de l'avant et le partage d'expérience entre les différents intervenants à tous les niveaux pour atteindre les buts fixés par les services de santé mentale.

Aspects liés à l'évaluation des services

Mieux que quiconque, les praticiens du secteur de la santé mentale savent qu'il est difficile et parfois problématique de conjuguer le travail quotidien avec la capacité d'observer et d'évaluer la qualité du service donné. Le problème

de l'évaluation en psychiatrie, spécifiquement en ce qui regarde les résultats obtenus, est bien loin d'être résolu. Toutefois, il est évident que l'on ne peut pas se soustraire d'aucune façon à la mise au point de méthodes efficaces d'analyses du travail qui s'est déroulé.

L'exigence d'offrir des garanties adéquates de qualité à propos des prestations offertes a conduit à la mise en place il y a quelques années de procédures d'évaluation des services à Trieste. Bien qu'en Italie, il n'y ait pas beaucoup de point de références, nous avons cherché à organiser un système stable d'observation et de surveillance (*monitoring*) des services donnés pour s'assurer qu'une attention maximale soit donnée à cette dimension très importante du travail en santé mentale. Nonobstant la difficulté d'enregistrer et de codifier le grand éventail de prestations données, nous avons mis en vigueur depuis quelques années un système informatique qui est en mesure de cerner les indicateurs les plus significatifs des activités réalisées par le Département de santé mentale. De plus, parallèlement à la mise en place de ce système d'information, nous avons créé une commission d'amélioration continue de la qualité qui coordonne et qui évalue les projets d'amélioration qui sont implantés annuellement.

Il est nécessaire de tenir compte dans le champ de la santé mentale des multiples variables qui entrent en jeu, qui sont de nature cognitive, affective, relationnelle, matérielle et qui interagissent entre elles. Ainsi, il est difficile d'établir avec précision des relations de causalité directe entre toutes ces variables. De plus, la configuration des interventions psychosociales varie d'une personne à l'autre, de sorte qu'elle est rarement figée dans des protocoles rigides d'intervention. Il faut quand même reconnaître que les tentatives faites jusqu'ici ne constituent pas une solution définitive au problème de l'évaluation de l'efficacité des interventions en santé mentale, mais qu'il s'agit d'une approche qui vise à offrir le meilleur traitement possible.

Mais surtout, il faut prendre note que du point de vue de l'organisation, celle-ci exige de tous ses praticiens de se soumettre à une évaluation périodique des actes posés et des opérations réalisées. En fait, il s'agit d'un engagement à l'égard des usagers pour maintenir une lecture adéquate de la perception de leurs besoins et des réponses données de manière à jauger constamment l'écart entre ce qui se fait et ce qui pourrait se faire.

Conclusion

Après vingt-cinq ans de travail de reconversion de l'institution et de la discipline psychiatrique, nous sommes maintenant en mesure d'indiquer les points essentiels pour la mise en pratique d'une stratégie d'action collective pour la santé mentale communautaire et conséquemment, de cerner les facteurs qui sont susceptibles d'orienter le processus de transformation institutionnelle. Ces axes de changement ou passages ("*passaggi*") ont été synthétisés par le Docteur Franco Rotelli dans le texte "*8+8 principi*" (21). Cet énoncé de principes propose une stratégie pour la psychiatrie communautaire et définit les champs d'action des pratiques de transformation de la psychiatrie. Ces huit points sont:

- 1. : La perspective essentielle de déplacer le cadre d'intervention de l'hôpital vers la communauté.
- 2. : Le déplacement de l'intérêt centré sur la maladie seulement vers la personne elle-même et ses handicaps sociaux.
- 3. : Le déplacement d'une action individuelle vers une action collective fondée sur la lutte des personnes pour la reconnaissance de leurs droits. L'adoption de cette stratégie de travail collectif implique de mettre en place les conditions suivantes :
 - 3.1. : L'élargissement des compétences qui sont mises en commun dans une perspective multidisciplinaire.
 - 3.2. : La valorisation et la reconnaissance des ressources d'aide mutuelle qui sont à la portée des patients.
 - 3.3. : La valorisation et la reconnaissance de l'importance des ressources qui sont apportées par les familles.
 - 3.4. : L'éducation de la population pour changer les perceptions irrationnelles et de dangerosité qui causent des préjudices aux personnes souffrant de troubles mentaux en mettant l'emphase sur des initiatives qui modifient les représentations sociales de la maladie mentale.
 - 3.5. : La valorisation et la reconnaissance de l'apport énorme des collaborateurs non professionnels.
 - 3.6. : Reconsidérer la valeur relative de l'efficacité des thérapies biologiques et des psychothérapies orthodoxes. Ces instruments techniques ont leur utilité et ils doivent être intégrés aux actions thérapeutiques. Cependant, il est évident qu'ils ne doivent pas restreindre notre compréhension et nous enfermer dans des cadres conceptuels rigides qui pourraient se substituer à la lecture générale et globale de la maladie mentale. L'utilisation de ces instruments ne doit pas conduire à prendre l'initiative de généraliser des pratiques ponctuelles ou de faire le choix irresponsable de l'une au détriment de l'autre comme base conceptuelle de l'organisation des services. Nos projets thérapeutiques sont plutôt fondés sur une combinaison appropriée des instruments thérapeutiques dans le contexte d'une stratégie globale et complexe qui tient compte de l'utilité et de la valeur relative des actions partielles qui sont des composantes d'une réponse multiple qui doit agir simultanément sur plusieurs plans.
 - 3.7. : La valeur attribuée aux formes de solidarité active offerte par les groupes sociaux organisés qui sont sensibles, attentifs et disposés à répondre aux besoins des personnes ainsi qu'aux institutions locales ouvertes aux questions sociales.

- 3.8. : Laisser la porte ouverte. Ce qui implique de fournir un effort continu et quotidien pour éviter le recours à la contention physique pour se dérober de la responsabilité d'être confronté à la fatigue et à l'épuisement dans les échanges difficiles avec la souffrance exprimée et les raisons de l'autre.
- 4. : La dimension territoriale de l'action collective qui implique la construction d'une référence théorique et organisée à l'égard d'une population qui vit dans un territoire donné et qui assume ses responsabilités à l'égard de ses membres par le biais d'actions collectives.
- 5. : La dimension pratique et humanitaire de l'action. Il ne sera jamais suffisant de souligner la valeur thérapeutique riche en contenu qui émerge du travail communautaire fondé sur l'entraide et la réciprocité. Nous n'insisterons jamais assez sur la valeur des actions collectives pour répondre positivement aux besoins élémentaires des personnes parce que ces actions collectives sont d'une importance cruciale pour obtenir des changements concrets au niveau des conditions objectives de l'existence et de la qualité de vie des patients.

Une telle stratégie d'action communautaire doit intégrer :

- 6. : La recherche active de la mise en place d'un système de droits formels et de règles juridiques et administratives spécifiquement adaptées pour défendre les droits des patients.
- 7. : L'activation des politiques sociales destinées aux personnes vulnérables compte tenu de l'importance pour les patients psychiatriques de composer avec des problèmes liés au logement, au travail, à la formation professionnelle, la socialisation, la qualité de vie et l'acquisition de compétences.
- 8. : La recherche d'ententes significatives avec les diverses institutions locales pour atteindre les changements organisationnels à la lumière des stratégies indiquées.

L'expérience concrète réalisée à Trieste a été considérée exemplaire, mais elle peut difficilement être reproduite intégralement ailleurs. En fait, les conditions sociales et historiques ayant favorisé la transformation institutionnelle sont spécifiques au contexte dans lequel elles se sont produites, ce qui devient trop souvent un alibi pour refuser de s'engager dans la même voie. Néanmoins, nous avons acquis la conviction qu'il est possible de transformer les services de santé mentale dans une direction similaire à la nôtre à la condition toutefois où deux principes essentiels orientent ce processus; soit une volonté politique et institutionnelle et la prise de conscience du caractère inutile et impraticable du maintien de l'hôpital psychiatrique dans sa forme archaïque. En effet, dans tous les endroits dans le monde où l'esprit du travail de dé-institutionnalisation a été

compris, nous assistons non pas à une reproduction du modèle de Trieste qui n'existe pas en tant que tel, mais plutôt à une application des mêmes principes qui ont guidé notre travail au cours des vingt-cinq dernières années. Ainsi, l'observation de cette réalité nous reconforte et nous incite à poursuivre dans la même voie.



Notes

(1) Les auteurs sont le Docteur Giuseppe Dell'Acqua, psychiatre et directeur du Département de santé mentale de Trieste, le Docteur Massimo Marsili, psychiatre et le Docteur Paola Zanus, psychiatre, tous deux du Département de santé mentale de Trieste.

(2) La province de Trieste compte 252 000 habitants qui résident sur un territoire ayant une superficie de 212 kilomètres carrés. La ville est limitée par la frontière qui sépare l'Italie de la Slovénie qui était anciennement l'une des républiques de la fédération yougoslave. Environ 15 % de la population est d'origine yougoslave et elle comprend des minorités serbes et croates. En ville, on retrouve un pourcentage élevé de personnes âgées (environ 24 % de la population est âgée de 65 ans et plus) et depuis des années, nous observons une décroissance démographique constante.

(3) Durant ces années, nous avons assisté à ce que l'on pourrait appeler un "boom économique" et une manifestation des premiers signes de bien-être. L'évolution de la société italienne et l'industrialisation du pays a conduit durant ces années de prospérité à la mise en place d'un système de sécurité sociale (*Welfare State*) et à une tentative de surmonter le retard économique du sud de l'Italie. Un signe tangible de cette évolution s'est traduit par l'effort de construire un système sanitaire moderne.

(4) Par hospitalisation définitive, il faut comprendre qu'en vertu de la loi de 1904, l'admission et l'internement sans limite de temps à l'hôpital psychiatrique entraînaient automatiquement la perte des droits civils.

(5) Les expériences réalisées par le Docteur Franco Basaglia à Gorizia dans les années soixante étaient inspirées du modèle de la communauté thérapeutique de Maxwell Jones et elles constituaient une évolution ultérieure des premières expériences anglaises surtout en ce qui concerne l'aspect de la critique des mécanismes institutionnels.

(6) En Italie, la loi qui instituait les hôpitaux psychiatriques s'inspirait de la loi française de 1838 et elle fut promulguée en 1904. Cette loi est restée en vigueur jusqu'en 1978 et elle prévoyait que la seule façon d'entrer à l'hôpital psychiatrique était fondée sur la force et contre la volonté de la personne. La formule rituelle invoquée pour envoyer une personne à l'asile était de décréter que celle-ci était «dangereuse pour elle-même ou pour autrui et de scandale public». L'autorité publique qui décrétait l'envoi d'une personne à l'asile était l'autorité suprême de la police de la province.

(sans numéro) La loi 431 de 1968, cette loi dite loi de Mariotti introduisait certains correctifs tout en ne modifiant pas la structure.

(7) Pour symboliser cet axe de changement ou passage (*passaggio*), c'est la devise "la liberté est thérapeutique" qui est encore aujourd'hui bien visible et inscrite sur quelques murs des anciens pavillons de l'hôpital de Trieste qui a été reprise comme "*logo*" pour le site internet du Département de santé mentale de Trieste dont l'adresse «Web» est : <<http://www.triestesalutementale.it>>.

(8) Il faut tenir compte du fait que ces changements ont été confrontés à plusieurs aspects problématiques et que leur réalisation s'est déroulé à travers un conflit avec les structures administratives de la psychiatrie.

(9) Encore aujourd'hui, "Marco Cavallo" est l'emblème du Département de santé mentale de Trieste et souvent il est promené dans des manifestations en Italie et dans le monde comme symbole de la dé-institutionnalisation.

(10) Dans cette phase de la transformation institutionnelle des centres de santé mentale, ils n'étaient pas encore dotés de lits et l'hospitalisation pour des motifs de cure était réalisée au sein d'une unité d'admission de l'hôpital psychiatrique.

(11) Il est connu que l'hospitalisation pour le patient psychiatrique représente un facteur de risque qui peut conditionner de manière parfois déterminante l'évolution de la maladie. A ce propos, une étude longitudinale qui s'étend sur une période de suivi de quatorze (14) ans s'est penchée sur les résultats du traitement de patients qui présentent un trouble schizophrénique. Cette étude a mis en évidence des différences statistiquement significatives entre les patients qui ont été hospitalisés dans un hôpital psychiatrique et les patients qui ont été traités seulement sur une base territoriale par les services de santé mentale de Trieste. (Voir A. Dell'Acqua, D. Vidoni, M. Impagnatiello, G. Dell'Acqua : « *Follow up a 14 anni di un gruppo di pazienti schizofrenici del Dipartimento di Salute Mentale di Trieste* »).

(12) À titre d'exemple, on peut citer l'exemple problématique des relations avec la presse locale. Au point de départ, la presse s'est montrée hostile et dénigrante à notre égard et graduellement elle a modifié ses attitudes et elle a évolué dans un sens positif comme se fut le cas avec les institutions judiciaires.

(13) Communément, les gens utilisent l'expression de «services ayant un seuil d'accès bas» (*a bassa soglia di accesso*) pour signifier que les formalités d'accès sont réduites au minimum et qu'il n'y a pas d'obstacles qui limitent l'expression de la demande.

(14) La "bourse de formation" et la "bourse de travail" sont considérées comme des instruments essentiels pour orienter des parcours de réhabilitation pour des personnes en âge de travailler. À l'heure actuelle, 110 personnes reçoivent ces bourses et ces usagers sont devenus des travailleurs associés des coopératives.

(15) **Coopérative sociale des travailleurs unis "Franco-Basaglia"**

Au cours des vingt-cinq dernières années, l'entreprise s'est consolidée et elle est devenue une réalité économique et sociale qui procure du travail dans les secteurs de l'entretien ménager, de la buanderie, du nettoyage, de la messagerie, de l'alimentation et de la reliure. Elle fait des affaires avec beaucoup de clients autant du secteur public que du secteur privé. En 1995, elle a procuré 120 emplois et réalisé un chiffre d'affaire de trois milliards de liras italiennes.

Coopérative "Il posto delle fragole"

Fondée en 1979, cette coopérative est née de l'idée d'un groupe de jeunes et d'ouvriers de réaliser une expérience d'entreprise collective. Cette coopérative s'est structurée en se spécialisant dans la gestion de services publics. Aujourd'hui, la coopérative gère entre autres l'hôtel Tritone et le bar Trattoria.

Coopérative agricole "Monte San Pantaleone"

Fondée en 1979, elle s'est développée à partir de l'activité agricole pour donner du travail à des personnes handicapées. Actuellement, elle développe des activités d'horticulture et d'entretien des jardins pour des organismes publics et privés.

Coopérative "La collina"

Elle s'est constituée en 1988 et elle intervient dans le secteur des médias et des arts. ses activités touchent à la menuiserie spécialisée dans la production de structures et d'ameublement (atelier HILL), le studio photographique "ZIP", la radio "Radio-Fragola"

qui transmet 24 heures sur 24 dans toute la province de Trieste et le service des archives sur microfilms et de graphisme sur ordinateur "La collina".

(16) De nos jours, des travailleurs sont actifs dans la peinture, le graphisme, le théâtre, le poésie, l'écriture, l'artisanat, le bricolage, le tricot et la cuisine.

(17) Dans toute l'Italie, il existe encore quatre hôpitaux psychiatriques judiciaires où sont internés 1 100 personnes jugées non imputables à cause d'une totale incapacité mentale et qui sont considérées comme socialement dangereuses. Néanmoins, le débat public autour de ces institutions ayant un double mandat de punition et de cure reste très vif en Italie.

(18) Le coût d'opération de l'hôpital psychiatrique en 1971 était de 5 milliards de liras qui sont l'équivalent de 54 milliards de liras de 1997. Le coût du dernier exercice de gestion du Département de la santé mentale de Trieste a été de 24 milliards de liras.

(19) Actuellement, trois associations fonctionnent en parallèle avec le Département de santé mentale de Trieste. Il s'agit de l'association culturelle Franco-Basaglia, l'association "Luna e l'altra" et l'association des volontaires et de l'aide mutuelle "Club Zyp".

(20) À l'heure actuelle, le Département de santé mentale pilote six projets spécifiques qui sont : la prévention des suicides (un téléphone spécial), la prévention des morts solitaires (projet Amélia en collaboration avec la municipalité) l'optimisation du système informatique (projet INFORMA), l'amélioration continue de la qualité (sur la continuité thérapeutique), la collaboration avec les omnipraticiens (projet tuteur de santé), le programme de formation adressé aux familles qui s'occupent de l'un des leurs qui nécessite des soins importants.

(21) Le texte des huit principes « 8+8 *principi* » pour une stratégie de psychiatrie communautaire, collective et territoriale, a été présenté par le Docteur Franco Rotelli au premier congrès fédéral de psychiatrie tenu au Brésil en 1992.

Références

1. Basaglia F.: "SCRITTI I e II" -Ed.Einaudi -1981
2. Basaglia F.: "L'istituzione negata" - Ed.Einaudi -1969
3. Basaglia F.: *Che cos'è la psichiatria?* - Amministrazione Provinciale di Parma - 1967. Riedizione - Bandini e Castoldi - 1997.
4. F. Basaglia: *Crimini di pace.* - Ed. Einaudi - 1975.
5. F. Basaglia: *Riunione franco-italiana di Courchevel. Psicoterapia istituzionale e comunità terapeutica.* In parte inedito - Gorizia 1967.
6. Basaglia F.: *Conferenze Brasiliane.* - Centro documentazione di Pistoia - 1984.
7. Borgna E.: "Come se finisce il mondo - Il senso dell'esperienza schizofrenica" - Ed.Feltrinelli - 1995
8. Carpenter W.T., Stauss J.S.: *Schizofrenia* - Plenum N.Y. 1981.

9. Carprenter W.T. jr., Lehman A..F.: *Treatment. Outcomes in schizofrenia implications for practice, policy and research.* - Sch. Bulletin 1995.
10. Ciompi L.: *Logica affettiva - una ricerca sulla schizofrenia.* - Ed. Feltrinelli - 1984.
11. G. Dell'Acqua: *Non ho l'arma che uccide il leone. Storie del manicomio di Trieste.* - Ed. Libreria, Trieste - 1980.
12. DELL'ACQUA, G., COGLIATI- DEZZA, M. G., 1985, The end of the mental hospital: A review of the psychiatric experience in Trieste, *Acta Psychiatrica Scandinavia*, supplément no. 316, 45-69.
13. DELL'ACQUA, G., MEZZINA, R., 19??? Responding to Crisis: Strategies and Intentionality in Community Psychiatric Intervention, *Studies*, 139-158.
14. Dell'Acqua G., Mezzina R. (a cura di): *"Il Folle Gesto"* - Ed. Ruggeri - Roma -1988
15. Dell'Acqua G. e al. - *"Schizofrenia informazioni per le famiglie"* - OMS - Ed.Biblioteca dell'immagine -PN
16. Dell'Acqua G., Mezzina R.: *Il centro di salute mentale 24 ore come comunità terapeutica allargata: la riabilitazione e lo sviluppo di una rete partecipativa.* In "Riabilitazione psicosociale in psichiatria. Ruoli, *Metodi*, Strutture e Validazioni". Atti del II Congresso nazionale della Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale - 1990.
17. Dell'Acqua G., Mezzina R.: *Risposta alla crisi: Strategie ed intenzionalità dell'intervento nel servizio psichiatrico territoriale.* In "Per la salute mentale", 1/88.
18. DE LEONARDIS, O., MAURI, D., ROTELLI, F., 1986, Deinstitutionalization, another way: The Italian mental health reform, *Health Promotion*, Oxford University Press, Great Britain, 1 (2), 151-163.
19. Donner K. - *"Il borghese e il folle"* -Ed. Laterza -Bari- 1973
20. Foucault M.: *Microfisica del potere.* - 1977.
21. Foucault M.- *"Storia della follia"* - Ed.Rizzoli -1963
22. Gallio G., Giannichedda M.G., De Leonardis O.: *La libertà è terapeutica? L'esperienza psichiatrica di Trieste.* - Feltrinelli, Milano - 1983.
23. Gallio G.: *Nell'impresa sociale. Materiali per la Salute Mentale.* - Ed. "e", Trieste.
24. Gaston A.: *Genealogia dell'alienazione.*- Ed. Feltrinelli - 1987.
25. Giacanelli F., Giacanelli Boriosi E. - *"Le parole della psichiatria. Il cittadino e la salute mentale dopo la riforma sanitaria"* - Ed. Zanichelli - Bologna -1982
26. Goffman I. - *"Asylums"* - Ed. Einaudi -1969
27. Guarnieri P. - *"L'ammazza bambin"* - Ed. Einaudi -1986
28. LEGRAND, M., 1988, L'expérience de Gorizia: la transformation de l'asile & L'expérience de Trieste: la radicalité anti-institutionnelle, dans *La psychiatrie alternative italienne*, Domaines de la psychiatrie, Privat, Toulouse, 89-111 & 175-207.
29. Machado de Assis S.M.- *"L'alienista"* in *La Cartomante* - Ed. Einaudi Torino - 1994
30. Maxwell J.: *La Comunità Terapeutica.* - Ed. Feltrinelli - 1966.

31. Maxwell J.: *La psichiatria nell'ambiente sociale*. - Il saggiatore, Milano - 1974.
 32. MEZZINA, R., MAZZUIA, P., VIDONI, D., IMPAGNATIELLO, M., 1992, Networking consumers' participation in a community mental health service: Mutual support groups, "citizenship" and coping strategies, *The International Journal of Social Psychiatry*, 38 (1), 68-73.
 33. MEZZINA, R., VIDONI, D., 1995, Beyond the mental hospital: Crisis intervention and continuity of care in Trieste. A four year follow-up study in a community mental health centre, *The International Journal of Social Psychiatry*, 41 (1), 1-20.
 34. Mezzina R.: *Ambivalenza dell'idea di comunità nella deistituzionalizzazione*. In Fogli di informazione. Numero speciale Manicomio ultimo atto - 1996.
 35. Perris C.: "*Terapia cognitiva con pazienti schizofrenici*" - Ed. Bollati - Boringhieri - 1996.
 36. Piccione R. - "*Manuale di Psichiatria*" - Ed. Bulzoni -Roma- 1995
 37. RAMON, S., 1995, Trieste, Italy: Reform and the Work Cooperatives, a Case Study of Immersion in the Community, in SCHULZ, R., GREENLEY, J. R., *Innovating in Community Mental Health*, Preager, Westport, **43-60**.
 38. Rotelli F.: *L'istituzione inventata. La pratica terapeutica tra modello clinico e riproduzione sociale*. In "Atti del convegno di Trieste". - Centro di Documentazione Pistoia - 1987.
 39. **ROTELLI, F.**, The invented Institution, *Contributions*, 189-196.
 40. Rotelli F.: *Per la normalità*. Ed. "e", Trieste - 1994.
 41. Rotelli F.: *Dieci appunti per un manifesto sulla sanità*. - In Fogli di informazione. Numero speciale Manicomio ultimo atto - 1996.
 42. Saraceno B.: *La fine dell'intrattenimento*. - Etas Libri - RCS Medicina - 1995.
 43. Scabbia G.: *Il cavallo azzurro*. - Einaudi, Torino - 1975.
 44. Signorelli A. (a cura di): *Donne e psichiatria*. - Sensibili alle foglie - 1996.
 45. Warner R.: "*Schizofrenia e Guarigione*" - Ed. Feltrinelli - 1991
- Zubin J., Spring D.J.: *Vulnerability: a new view of schizofrenia* - J.ABN Psychol - 1977.