

Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales

Paris

DANGEREUX POUR LUI-MEME OU POUR LES AUTRES *

La transformation du dispositif de définition de la demande dans le processus de dé-institutionnalisation de l'Hôpital Psychiatrique Provincial de Trieste (Italie).
1971 - 1978.

Maurizio COSTANTINO

Trieste

Directeur de recherche

Claude VEIL

- **Mémoire pour le Diplôme de l'Ecole, Paris 1985.**



TABLE DES MATIERES

Note:

Les chapitres marqués avec () sont présentés dans cette version électronique*

INTRODUCTION (*)

- . L'objet de la recherche 1- 8
- . Méthodologie et caractéristiques de la recherche. 9- 19

CHAPITRE I

Le contexte

- . Quelques considérations à caractère historique, économique, politique et démographique 20- 29
- . Déchéance économique et désagrégation sociale 30- 32
- Notes 33- 35
- Tableaux 36- 45

CHAPITRE II

Structure et rôle des institutions sanitaires à Trieste

- L'offre 47- 52
- . La demande "effective" 53- 61
 - Centralité et centralisation des institutions sanitaires.
- La culture de l'hospitalisation 61- 67
- L'offre neuro-psychiatrique 67- 69
- La Salle de Garde de l'H8tel Dieu: charnière et filtre entre médecine et psychiatrie 69- 71
- Notes 72- 74

CHAPITRE III (*)

Un regard sur le processus de dé-institutionnalisation

- L'Hôpital Psychiatrique de Trieste 76- 78
- L'expérience de Gorizia 79- 82
- Dé-institutionnaliser 82- 87
- L'hôte 87- 92
- Les subventions économiques 92- 94
- "Travailleurs Unis": la première coopérative 94- 95
- Arc-en-ciel 95- 97
- Les Centres de Santé Mentale 97-105
- Quelques réflexions sur la dé-institutionnalisation 105-111

Notes	112
Tableaux	113-124
L'Hôpital Psychiatrique Provincial de Trieste: utilisation des pavillons 1971 - 1977	

CHAPITRE IV

La transformation du dispositif de définition de la demande psychiatrique: le Service Psychiatrique d'Intervention d'Urgence	
. Déroulement des hospitalisations à l'Hôpital Psychiatrique de Trieste	127-130
. Descriptions des usagers	130-136
. Le nouveau dispositif	136-153
Notes	154

APPENDICE (*)

Une interview	156-196
---------------	---------

ANNEXE I (*)

Document de discussion de l'équipe sur la coopérative "Travailleurs Unis" Juin 1973	198-208
---	---------

ANNEXE II

Texte de la loi n.180 - 13 mai 1978	210-223
-------------------------------------	---------

CONCLUSION	225-230
------------	---------

BIBLIOGRAPHIE	232-239
---------------	---------

SOURCES CONSULTÉES

. Ouvrages imprimée	240-243
. Ouvrages dactylographiés	244-247

ABREVIATIONS	248
--------------	-----

INTRODUCTION

L'objet de la recherche

“Qui que soit qui suive le chemin qui l'amènera un jour ou l'autre chez le psychiatre doit parcourir quatre étapes. La première concerne la manifestation d'une attitude “anormale”, la deuxième se rapporte à l'évaluation de cette attitude comme “altérée” dans le sens psychiatrique, à la troisième on décide qu'une thérapie psychiatrique est nécessaire, on arrive à la quatrième quand la décision se réalise et que l'individu est suivi par le psychiatre”.

Hollingshead et Redlich dans “Classes sociales et maladies mentales” illustrent avec ces paroles une sorte de parcours dont ils analysent principalement les premières deux étapes dans le but de répondre à la question : “Est-ce que la condition sociale est un facteur important pour déterminer le chemin que l'individu suit pour arriver au psychiatre ?”.

Le modèle qu'ils proposent semble utile aussi pour ceux qui veulent analyser les étapes concrètes que la souffrance individuelle, dans son contexte social, doit parcourir pour être considérée “maladie mentale” et pour être dirigée, non pas vers le psychiatre en général, mais vers les institutions psychiatriques qui existent dans cette période historique donnée, dans cet endroit, dans ce contexte social, dans ce spécifique système d'institutions d'assistance, sanitaires et psychiatriques, dans ce cadre juridiquement et administrativement donné.

“Les personnes atteintes, pour n'importe quelle raison, d'aliénation mentale, quand elles sont dangereuses pour elles-mêmes ou pour les autres ou cause de scandale public et qu'elles ne sont et ne peuvent être convenablement gardées et soignées que dans les asiles, doivent être gardées et soignées dans les asiles.

Sous cette dénomination sont compris, aux effets de la loi présente, tous les instituts, de quelque façon qu'ils soient dénommés, où sont hospitalisés des aliénés de toutes sortes”.

C'est le premier article de la loi du royaume d'Italie n. 36 de 1904 - “Dispositions sur les asiles et le aliénés” - resté en vigueur jusqu'en mai 1978. Les articles n. 37 et n. 38 du décret royal de 1909 - “Règlement pour l'exécution de la loi n. 36 de 1904” - disent:

“Le certificat médical (pour l'hospitalisation d'office à l'asile, N.d.A.) doit être délivré par un médecin en activité sans aucun lien de parenté jusqu'au quatrième degré civil avec le malade, avec le directeur ou avec le propriétaire de l'asile, et n'appartenant pas non plus à l'asile même ou à la maison de santé ayant également des services pour aliénés.

Le certificat médical doit attester:

- a) la nature de l'infirmité mentale, en indiquant les symptômes, l'origine et le cours de celle-ci;
- b) les faits spécifiques annoncés d'une façon claire et détaillée, à partir desquels on peut déduire la tendance manifeste de l'individu à commettre violence contre lui-même ou contre les autres, ou à être cause de scandale public;
- c) la nécessité d'hospitaliser le malade dans un asile en attestant, si besoin est, la nécessité d'une immédiate hospitalisation d'urgence.

Le certificat doit être délivré en double exemplaire: l'un pour usage des autorités judiciaires ou de la police et l'autre pour usage du directeur de l'asile aux termes des articles suivants”.

Loi et règlement établissaient donc, d'un côté les conditions nécessaires et suffisantes (danger - scandale - tendance manifesta à la violence), et de l'autre qui devrait en évaluer leur existence pour mettre en marche la procédure de l'hospitalisation d'office d'un aliéné dans un asile.

La loi ne prévoyait pas la nécessité d'une assistance psychiatrique publique pour les aliénés non dangereux mais pas pour autant en mesure de se faire assister en privé.

On peut supposer que ce sont justement ce manque de la loi et l'institution du traitement obligatoire comme unique forme d'intervention qui ont contribué à faire mûrir et consolider dans la conscience collective une correspondance biunivoque entre les concepts d'aliénation mentale et de dangerosité. Pour arriver ensuite à une équivalence nécessaire, presque obligée: aliéné - enfin... l'unique solution est l'hospitalisation à l'asile - donc dangereux; dangereux - d'office l'hospitalisation - et donc aliéné.

Loi et règlement, en établissant normes et procédures, illustrent une sorte de parcours institutionnel: la deuxième et troisième étape indiquées par Hollingshead et Redlich se concentrent, dans un endroit et temps

uniques, sur le médecin qui vérifie l'état de dangerosité et la quatrième étape se résume en un seul geste: l'hospitalisation d'office à l'asile.

C'est comme cela que se constitue ce que nous pourrions appeler le dispositif institutionnel pour la définition quantitative et qualitative de la demande psychiatrique. A cette demande, quoique diversifiée au point de vue du diagnostic mais caractérisée et unifiée par la catégorie de dangerosité, correspondait la réponse univoque de l'hospitalisation d'office à l'asile.

L'objet de cette recherche est la transformation de ce dispositif, moment et expression du processus commencé en 1971 qui aurait conduit en 1978 à la fermeture de l'Hôpital Psychiatrique de Trieste.

Dans "Utopie de la réalité et réalité de l'utopie" Franco Basaglia écrit:

"Ce qui doit changer pour pouvoir transformer pratiquement les institutions et les services psychiatriques (comme toutes les institutions d'ailleurs) c'est le rapport entre individu et société dans lequel vit le rapport entre santé et maladie. C'est-à-dire reconnaître comme première chose que la stratégie, la finalité première de toute action est l'homme, ses besoins, sa vie au sein d'une collectivité qui se transforme pour obtenir la satisfaction de ses besoins et l'épanouissement de cette vie pour tous. C'est là que repose le sens de la nécessité d'une prise de conscience politique dans toute action technique. Cela signifie comprendre que la valeur de l'homme, sain ou malade, dépasse la valeur de la santé ou de la maladie; que la maladie, comme toute contradiction humaine, peut être employée comme instrument d'appropriation ou d'aliénation, donc comme instrument de libération ou de domination; que ce qui détermine le sens et l'évolution de toute action est la valeur qu'on reconnaît à l'homme, par rapport à laquelle on déduit ce qu'on fera de sa santé et de sa maladie; que d'après les différents emplois ou valeurs de l'homme, santé et maladie obtiennent une valeur absolue (l'une positive, l'autre négative) comme expression de l'intégration de la personne saine et exclusion du malade de la norme; ou une valeur relative, en tant qu'événements, expériences, contradictions de la vie, vie qui se déroule entre santé et maladie.

Quand la valeur est l'homme, la santé ne peut pas représenter la norme si la condition humaine est d'être constamment entre santé et maladie... la tâche d'une programmation sanitaire qui veuille répondre aux besoins réels est donc la conscience de l'emploi qu'on fait d'une manière explicite de la maladie, de façon à ce que les services projetés ne servent pas à la dilater au lieu de la réduire".

Les hospitalisations d'office à l'asile de Trieste ont été d'environ 1 000 par an entre 1966 et 1976 en 1977 elles se sont réduites à 112 et en 1978 à 8 seulement. Et, comme nous le verrons par la suite, au cours de ces brèves années il n'y a eu aucun bouleversement social qui aurait pu changer d'une façon substantielle la quantité et la forme du recours au service psychiatrique, c'est vraiment au changement concret de l'emploi social de la maladie mentale, à la transformation de l'institution, qu'il faut regarder pour comprendre cet "écroulement" du phénomène de l'hospitalisation d'office.

A Trieste, au début de 1977, un accord entre l'Hôpital Psychiatrique, autorisé par l'administration de la Province dont il dépendait, et l'Hôtel Dieu, d'où provenait plus de 90% des personnes contraintes à l'hospitalisation, a été mis en place. D'après cet accord, un médecin psychiatre de l'Hôpital Psychiatrique aurait dû être appelé toutes les fois que le médecin du service de garde de l'Hôtel Dieu était en train de mettre en marche la procédure pour une hospitalisation d'office à l'asile.

C'est ainsi que se constituait le Service Psychiatrique d'Intervention d'Urgence qui avait pour but déclaré de modifier le mécanisme institutionnel de formation de la demande psychiatrique, en restant dans les limites de la loi de 1904 qui était encore en vigueur.

De cette façon on essayait d'aller au-delà du dispositif déjà évoqué: diagnostic/évaluation de dangerosité/hospitalisation d'office. On pensait que cela pouvait être possible sur la base d'une série de réponses alternatives à l'hospitalisation même, instituées et institutionnalisées à partir de 1971. Ces mêmes réponses qui avaient permis que l'asile se vide progressivement: les internés étaient, en 1970, 1 026, ils n'étaient plus que 51 en 1976.

Dans "La fermeture de l'Hôpital Psychiatrique" (novembre 1976) Franco Basaglia écrit:

"Il s'agissait donc d'un processus tout nouveau où les obstacles, affrontés jour après jour, ne concernaient plus seulement les résistances institutionnelles internes, mais aussi, en s'entrecroisant et se superposant, les résistances du 'dehors', c'est-à-dire de l'organisation sociale générale.

L'expérience s'est mise sur des niveaux plus complexes pour lesquels on a dû inventer des stratégies 'd'assistance' capables de faire une médiation simultanément sur plusieurs fronts d'intervention. L'objectif prioritaire était de reconstruire la singularité de la personne: la soustraire d'une façon définitive au rapport de tutelle et la ramener, à travers un parcours à reculons, dans le circuit des échanges sociaux.

Le processus tendanciel, énoncé de cette façon, peut sembler encore une fois équivoque, depuis que la psychiatrie européenne - depuis plusieurs années - a déclamé ce genre de proclamations de réintégration dans le social. Processus qui devrait se dérouler par un réapprentissage des règles, en créant, de cette façon, de nouveaux codes et de nouvelles thérapies.

La différence qui nous sépare est l'épaisseur des murs de l'asile.

Il ne s'agissait pas pour nous de libéraliser l'institution pour la convertir de nouveau à un nouveau projet 'interne', en la parsemant, à l'externe, de nouveaux services d'assistance qui sélectionnent de nouveaux usagers, mais de créer une nouvelle organisation transitoire, capable de répondre au but que nous retenions essentiel: rompre toutes les normes qui réglaient la dépendance de l'interné, reconstruire

concrètement son identité de personne juridique, jeter les bases irréversibles de son existence au sein du corps social.

Enfin, remplacer au rapport de 'tutelle' un rapport de 'contrat'.

Les phases déterminantes de l'histoire de ces cinq années coïncident avec le combat qui a eu lieu contre les obstacles internes et externes, d'ordre économique, juridique, idéologique: lutttes et processus par lesquels, non pas sans difficulté et précarité, le rapport entre le technicien, le politique et l'administratif s'est modifié dans la remise en discussion continue des points de séparation des pratiques et dans la redéfinition constante des limites, des manques et des risques".

Méthodologie et caractéristiques de la recherche

Méthodologiquement nous avons analysé le nouveau dispositif créé par l'institution du "Service Psychiatrique d'Intervention d'Urgence" (SPIU) en considérant, comme exemple et d'un point de vue statistique, la demande définie par le Service de Garde de l'Hôtel Dieu de compétence psychiatrique pendant les mois de janvier et de février 1978.

Nous avons choisi cette période pour trois raisons:

1. à un an de l'institution du SPIU, c'est-à-dire après une période de rodage, on pouvait supposer une stabilisation relative dans son fonctionnement;
2. au mois de mai 1978 la nouvelle loi sur la psychiatrie fut approuvée. En particulier, en abolissant le jugement de dangerosité, cette loi créait, dans les hôpitaux civils, le Service Psychiatrique de "Diagnostic et Soins" qui à Trieste aurait remplacé le SPIU;
3. pour le caractère exhaustif des données que l'on pouvait extrapoler des registres du SPIU pendant la période considérée.

En se basant sur les registres du SPIU nous avons pu construire une fiche pour les 249 personnes que le médecin du Service de Garde de l'Hôtel Dieu proposait pour l'hospitalisation d'office à l'Hôpital Psychiatrique et pour lesquelles le psychiatre à disposition avait donc été appelé.

Les données élaborées et analysées offrent l'occasion de réfléchir et de faire des hypothèses sur le sens et les effets que la décomposition de la demande, au cours d'une série de réponses, a eu, aussi bien par rapport aux personnes intéressées que par rapport aux institutions impliquées dans ce processus. Mais nous devons tout de suite observer qu'il y a eu 143 cas d'hospitalisation obligatoire à Trieste pendant les deux premiers mois de 1976, tandis qu'en 1977 dans les mois correspondants il y en avait eu 68 (et 8 seulement à partir du jour de l'ouverture du "Servizio di Reperibilità", le 7 février) et enfin 4 dans la même période prise comme échantillon, en 1979. Nous désirons anticiper quelque considération sur ces données.

C'est le jugement de dangerosité qui crée le phénomène de l'hospitalisation d'office, ce sont les personnes contraintes à l'hospitalisation à l'asile qui rendent l'asile nécessaire, dans cette chaîne, les chiffres déjà indiqués qui sont expression d'une suspension de ce jugement rendent explicite, en même temps, non seulement son caractère aléatoire évident, mais surtout son caractère "ahistorique", comme distance des conditions sociales et politiques qui avaient fait devenir ce jugement l'axe de la loi de 1904.

Franca Basaglia Ongaro, dans l'article de "Encyclopédie Einaudi" - 'folie/délire' - écrit:

"L'histoire de la folie est une histoire de jugement, donc une histoire de l'évolution graduelle des valeurs, des règles, des croyances, des systèmes de pouvoir sur lesquels se fonde le groupe sociale et sur lesquels s'inscrivent tous les phénomènes dans le processus d'organisation de la vie sociale".

Deuxièmement, nous pouvons confirmer que la demande psychiatrique se manifeste et qu'elle peut être qualifiée et quantifiée dans un rapport biunivoque et inséparable avec les institutions qui l'identifient et avec les réponses (ou la réponse) qui pour cette demande ont été créées sur le plan sanitaire, juridique et administratif.

Et troisièmement: la transformation du dispositif de définition de la demande psychiatrique apparaît comme l'expression fondamentale du processus de dé-institutionnalisation de l'asile, parce que, en contribuant à le vider de ses internés, il l'a véritablement vidé de ses fonctions.

Ce processus a tendu à créer un mouvement, une évolution des rapports et une circularité d'usagers avec les institutions sanitaires et il a touché le psychiatre, l'infirmier, le patient, ainsi que la famille, les voisins, la police, le tribunal et la ville en général, les ayant tous mis face à face avec le malade mental et les "stigmates" qui le caractérisent. Mais si le rapport avec le territoire et ses institutions est le problème d'aujourd'hui, c'est-à-dire celui qui contribuera à définir le rôle des services psychiatriques qui remplacent l'asile, sur un plan que l'on peut maintenant définir historique, l'institution du SPIU, avec ses critères de définition de la demande psychiatrique, trouve entièrement sa place et son explication comme moment spécifique du processus qui a amené à la fermeture de l'asile.

Et c'est pourquoi cette recherche prend, d'une certaine façon, un aspect historico-descriptif en illustrant les étapes plus significatives de la dé-institutionnalisation - dé-institutionnalisation qui a permis maturation de nouvelles réponses possible, par un processus qui apparaît de construction de la réalité à partir d'une négation concrète et articulée de l'asile. Face à face avec l'institutionnel existant comme possibilité d'inventer, de trouver de nouvelles réponses qui ne laissent pas le malade, l'individu malade, à sa misère et/ou à son

isolement. Et encore dans cette perspective historico-descriptive il nous a semblé nécessaire et non pas rituel d'essayer de proposer des hypothèses sur l'environnement, sur le corps social et sur son *background* historique. Hypothèses qui mettent la demande psychiatrique en relation avec le devenir économique, culturel, politique d'une population et au devenir des institutions qui, par leurs mécanismes opérationnels, se rapportent à l'individu.

D'où encore la nécessité d'une analyse épidémiologique par rapport aux institutions sanitaires de la Province de Trieste qui, justement, dans leurs rapports historique et de tous les jours avec l'individu, semblent avoir favorisé la naissance d'une "culture de l'hospitalisation" comme principale, et peut-être unique, réponse possible à la maladie et à l'abandon.

Institutions sanitaires dont le rôle d'assistance trouve ses racines et son explication dans l'appauvrissement continu du tissu productif, dans la désagrégation sociale, dans le vieillissement extrême de la population de Trieste, Institutions sanitaires dont on avait besoin de comprendre, d'une façon générale, le rôle social et l'organisation interne, pour pouvoir définir la fonction de "filtre" de la demande psychiatrique où la loi et l'habitude s'étaient concentrées.

Des 249 personnes qui ont utilisé le SPIU durant la Période considérée, 4 seulement ont été des cas d'hospitalisation d'office et de ces 4 personnes, une pour moins de 48 heures. Toutes les autres, de différentes façons qui sont illustrées au cours de la recherche, ont été "remises dans le circuit des échanges sociaux".

Cette entrée dans le social, sur le territoire comme réseau d'institutions, s'est articulée sur différents moments et à travers certains instruments; certains d'entre eux ne peuvent peut-être pas être racontés, quantifiés ou facilement qualifiés.

- Un médecin ou un infirmier ou un volontaire arrivé du Brésil se trouve dans un supermarché avec un jeune fille élevée et lobotomisée à l'asile, à la fin ils achètent un peigne. Cela n'était jamais arrivé. Cela est arrivé.

Des centaines de gestes, simples comme celui ci, concrétisent la dé-institutionnalisation, mais ce sont des événements comme l'abolition de l'ergothérapie et la constitution d'une coopérative de travailleurs, anciens internés, comme la création d'appartements/communauté, protégés mais avec les portes ouvertes, qui rendent mesurable, socialement et pour cette recherche, la dé-institutionnalisation.

L'analyse de ces événements parle des usagers psychiatriques dans leur devenir fondamentalement sujet d'une dialectique, où l'impossibilité d'une dialectique matérialise l'asile et expulse des contradictions concrètes de la société les vies de personnes, et expulse aussi les contradictions des vies des personnes internées. C'est un effet aussi de la transformation du dispositif de définition de la demande psychiatrique: quand, à l'unique option permise - dangereuse ou pas - on oppose, plus qu'une série de réponses, une série de possibilités qui excluent la ségrégation asilaire.

Ce qui caractérise toutes ces réponses est l'inexistence d'une réponse "exacte" à la maladie, d'une thérapie conséquente à ses symptômes, à ce diagnostic. La recherche de la réponse "exacte" aux maladies psychiatriques ne peut en effet qu'appartenir au domaine de l'abstraction, si on se souvient, en citant Klaus Dörner, qu'à partir du début du siècle la théorie psychiatrique

"... fut assujettie de plus en plus au processus universel de conditionnement social des sciences: le changement sur le plan pratique réussit seulement si elle s'adapte à ce système social qui - d'après la théorie - a produit le trouble psychique. Cette tendance à autodéfinir son caractère normatif devient évidente par le fait que la santé mentale, qui peut être seulement un moyen, est de plus en plus élevée vers une fin universelle.

C'est cette dissociation, justement, entre théorie et praxis, qui illustre comme la psychiatrie se trouve dans la situation dialectique d'être en même temps au service de l'émancipation de l'homme qui souffre et de l'intégration sociale, et donc de la répression des forces explosives, destructives et dissolutives, c'est-à-dire dans la "dialectique du siècle des lumières".

La pratique de dé-institutionnalisation, loin d'être une "antipsychiatrie", s'organise comme psychiatrie qui, étant donné qu'elle ne s'isole pas de la contradiction émancipation/intégration, déplace justement le niveau de cette contradiction, anticipe et organise concrètement les conditions pour pouvoir réaliser un objectif, de cette façon, prioritaire: la démolition des murs asilaires.

L'absence de diagnostic psychiatrique pour les 249 personnes qui ont utilisé le SPIU s'explique comme cela, non pas comme affirmation idéologique de l'inexistence de la maladie. Les diagnostics semblent inutiles quand on considère la santé mentale un moyen, une façon de vivre le présent, dans tous ses propres moments - y compris celui du rapport avec le psychiatre, avec les institutions psychiatriques - et non pas un but à atteindre dans le futur. Les diagnostics ne peuvent pas être en fin de compte utiles, au contraire ils peuvent être gênants quand on désire explorer et construire les voies d'une intégration sociale qui soit le plus possible émancipatrice aussi bien pour la personne intéressée que pour le contexte qui l'exprime.

Une suspension de jugement, donc fonctionnelle à une recherche pratique, et pour cela contradictoire. Il est difficile de prévoir à partir de cet aspect contradictoire, dans le cadre de cette recherche et d'une façon générale et circonstanciée en même temps, si les ressources utilisées pour l'abolition culturelle et concrète du jugement de dangerosité et de contrainte à l'hospitalisation seront suffisantes pour rendre ce processus irréversible au niveau institutionnel.

Il est aussi impossible de prévoir si cette entrée dans le social s'articulera d'une façon concrète, vu qu'elle dépend d'une multitude de facteurs complexes: la restriction du marché du travail dans tous les pays occidentaux et les formes d'exclusion et de la maladie qui en découle, l'évolution des politiques sanitaires en Europe et ses conséquences pour l'application de la décentralisation voulue par la réforme sanitaire italienne de 1979, la quantité et la qualité des ressources, humaines et matérielles, utilisées pour l'application de la loi qui prévoit la fermeture de tous les asiles en Italie, et enfin l'évolution de la situation politique, économique et culturelle de la province de Trieste.

Dans "La folie, l'absence d'œuvre", M.Foucault écrit:

"... dans les hôpitaux la pharmacologie a déjà transformé les chambrées des agités en de grands aquariums tièdes..."

A Trieste maintenant il n'y a plus de grandes chambrées, mais rien n'autorise à assurer qu'à partir de maintenant ne se forment de très petits aquariums tièdes; produits enveloppés et à peine effleurés par la dialectique des échanges sociaux.

Une recherche sur l'évolution de la situation pourrait commencer justement à partir de ce problème.

Si, en effet, la lutte aux hôpitaux psychiatriques s'est développée avec une certaine agilité en rendant évident le caractère superflu de la répression asilaire, le processus mis en marche peut se bloquer au moment où l'on doit produire un modèle substitutif adéquat, dans ses fonctions, à un nouveau niveau de demande sociale.

En citant encore Klaus Dörner:

"Précisément, la psychiatrie participe à de nombreux et hétérogènes besoins sociaux, desquels elle a toujours dépendue, dès sa naissance; et ce niveau de conditionnement social est augmenté progressivement jusqu'au point qu'aujourd'hui on lui a délégué en général la tâche, comme une sorte d'ingénierie humaine, de faire disparaître l'angoisse sociale.

Employé d'une façon critique, il est sans doute vrai aussi pour la psychiatrie que: 'les processus de recherche mis en œuvre par les individus appartiennent, grâce aux actes de la connaissance, au contexte objectif qui doit être connu: que la personne qui s'apprête à connaître' doit être considérée 'à partir des contextes de la praxis sociale'.

En considération d'une telle complexité, il est impossible de se confier à un canon méthodologique de compétence spécifique. On doit plutôt suivre les indications que Habermas a données pour le problème méthodologique à propos de l'analyse d'un objet complexe d'une manière analogue, le milieu public bourgeois: la méthode pour l'analyse de l'objet considéré 'typique d'une époque' est historique par rapport à la sociologie formelle, c'est-à-dire qu'elle ne généralise pas en un sens typique-idéal et ne transfère pas sur des constellations formellement semblables des situations historiques diverses; en même temps, par rapport à l'histoire, cette méthode est sociologique, puisque le moment particulier peut être interprété seulement d'une façon exemplaire comme un cas d'un développement social".

En ce sens, cette recherche est devenue image du processus qu'elle a analysé, en cherchant de ne pas reproduire "des critères apologétiques d'une nouvelle rationalité" (Habermas). Ce qui ne pouvait arriver qu'en regardant la transformation du dispositif de définition de la demande psychiatrique comme une partie d'un processus historique, dans un contexte social donné avec ses contradictions internes.

Comme témoignage ultérieur du développement contradictoire de ce processus nous avons pensé joindre, en appendice, une interview que nous avons enregistrée au mois de mars 1981, avec un usager des nouveaux services psychiatriques.

Une interview si exemplaire qu'elle ne peut être considérée exemplaire, tout simplement une interview significative.

Significative parce qu'elle peut permettre de saisir l'étroit rapport entre une organisation sanitaire et sa capacité de produire maladie non pas comme erreur de diagnostic, mais comme impossibilité et incapacité de se rapporter à la complexité d'une situation de souffrance plutôt qu'à la recherche de symptômes qui amènent à un diagnostic.

Significative parce que la subjectivité qui apparaît ne cache pas son aspect contradictoire, son essence, d'une certaine façon, institutionnelle. Cela met, au moins en partie, à l'abri de tout idéologisme fondé sur une comparaison/contreposition simpliste entre souffrance individuelle "bonne" et institutions "méchantes".

Significative parce que, dans un certain sens, elle révèle aussi la nouvelle institutionnalisation des Centres de Santé Mentale et le hasard avec lequel on a pu considérer cette personne en tant que personne au lieu de la traiter exclusivement par le diagnostic qui la définissait.

Significative aussi parce qu'elle témoigne comment un passage dans les institutions psychiatriques, même désinstitutionnalisées, alimente de nouvelles formes d'exclusion et donc des réintégrations très difficiles dans la société.

CHAPITRE III

UN REGARD SUR LE PROCESSUS DE DE-INSTITUTIONNALIOSATION

L'Hôpital Psychiatrique de Trieste

Le 4 novembre 1908, l'Hôpital Psychiatrique de Trieste fut inauguré: cinquante bâtiments avaient été parsemés dans un parc clôturé de 229 m² situé sur les flancs d'une colline.

À l'entrée principale, en bas, commençait la route qui tout en traversant une végétation luxuriante et soignée, reliait les divers pavillons entre eux. Et ceci, dans une progression qui liait la répartition des hospitalisés dans les pavillons à l'ascension le long des flancs de la colline suivant le degré de gravité du diagnostic de ces mêmes hospitalisés. On s'éloignait ainsi de plus en plus de la ville et pour finir on arrivait à une chapelle mortuaire située près de l'entrée secondaire, en haut de la côte.

En 1908, la capacité en lits de l'Hôpital Psychiatrique était de 480.

En 1938, il y avait 921 hospitalisés pour une population de province de 363 341 habitants.

En 1958, il y avait 1 066 hospitalisés pour une population de province de 309 081 habitants et la capacité en lits était de 680. (1)

Nous pouvons maintenant compléter le cadre législatif sur les aliénés et sur les asiles, décrit dans l'introduction, par deux observations.

Le Code Civil, art. 414 et 415, déclare que toute personne qui se trouve dans des conditions d'infirmité mentale habituelle doit être interdite et donc perd tous ses droits civils et politiques, tandis que toute personne, qui pour prodigalité ou pour abus habituel de boissons alcoolisées ou de stupéfiants, s'expose ou expose sa famille à de graves préjudices économiques est rendue inapte et perd par conséquent ses droits civils et pour ce qui est des droits politiques, elle perd celui d'être élue

À titre d'exemple, on peut rappeler qu'au mois de novembre 1971, à l'asile de Trieste, au pavillon "M" (femmes tranquilles) sur 136 personnes, 132 avaient été hospitalisées d'office et étaient interdites avec tuteur. Au pavillon "F" (hommes tranquilles) il y avait 62 hospitalisés d'office et interdits avec tuteur sur 75. (2)

Il faut aussi rappeler qu'à l'entrée de l'HP on retirait les papiers d'identité à tous les hospitalisés.

Nous nous rapporterons principalement à l'interdiction et l'incapacité et à leurs effets sur la personne - comme par exemple l'impossibilité d'utiliser sa propre retraite - toutes les fois que nous parlerons de "reconstruction de la personne sur un plan juridique et économique".

Le 18 mars 1968 on approuva la Loi Nationale n.431 - "Mesures pour l'assistance psychiatrique" - qui, en intégrant la Loi de 1904, introduisait la possibilité de l'hospitalisation volontaire à l'asile:

"L'entrée à l'HP peut se faire d'une façon volontaire, sur demande du malade, par contrôle diagnostic, avec l'autorisation du médecin de garde. Dans ces cas là, les normes en vigueur pour l'entrée, l'hospitalisation et la sortie des hospitalisés d'office ne sont pas appliquées."

Cette loi fixait aussi le nombre maximum de lits d'un asile (625), elle définissait pour tout le personnel, médical et paramédical, l'effectif des HP, elle fixait des standards - comme par exemple celui d'un infirmier pour trois patients - elle prévoyait la création de Centres de Santé Mentale, ayant comme principale fonction le post-traitement.

Pendant la période de 1968 à 1970, les nouvelles entrées volontaires représentaient 7% des premières hospitalisations, c'est-à-dire des personnes qui n'avaient jamais été hospitalisées. En moyenne, toujours pour la même période, les volontaires représentaient 8,7% du total des hospitalisés. Au mois de septembre 1970, Monsieur le professeur F. Basaglia gagne le concours organisé par l'Administration de la Province pour la nomination du Directeur de l'HP de Trieste. Au mois de décembre de cette même année, il y avait 1 026 internés d'office à l'HP et 112 hospitalisés volontaires. Il y avait eu - toujours cette année là - 1 061 hospitalisations d'office et 145 volontaires, ainsi que 859 renvois d'hospitalisés d'office et 319 renvois de volontaires.

Des données sur le nombre d'hospitalisation et/ou renvois multiples pour la même personne ne sont pas trouvables, et l'on n'a pas non plus de données sur les cas d'hospitalisation d'office transformée en hospitalisation volontaire et viceversa.

L'expérience de Gorizia

Ce que nous nous proposons d'analyser maintenant, les phases majeures de la dé-institutionnalisation de l'HP de Trieste, a non seulement un rapport avec le cadre législatif en matière d'institutions psychiatriques et avec le cadre historique, politique et économique de la ville de Trieste et de ses institutions sanitaires, mais la

dé-institutionnalisation fait aussi partie du renouvellement critique, théorique et pratique, de toute la psychiatrie européenne, ainsi que de l'histoire de la psychiatrie italienne. A ce propos, dans une communication présentée à la Conférence franco-italienne de psychiatrie à Paris en 1979, Franco Basaglia disait entre autre:

"Pendant la deuxième moitié des années '50 le modèle de la psychothérapie anglo-saxonne et le modèle français du secteur font leur entrée en Italie. Alors que le caractère concret du premier modèle exige un effort, du reste possible, pour son application le deuxième à cause de son caractère indéterminé provoque rapidement un emploi idéologique.

Pour le premier, il s'agit de mobiliser les ressources de l'institution en forçant ses réglés internes dans une entreprise pas facile, mais cependant praticable pour le pouvoir médical, tandis que la stratégie du secteur (en Italie, N.D.A.) est obligée de viser sur d'improbables changements programmatiques, administratifs et législatifs, dans un défi si l'on veut à long terme, mais pour lequel il n'existe ni prémisses croyables, ni modèles consolidés.

Mais il y a aussi d'autres explications à l'histoire du secteur italien: son introduction est marquée d'une façon explicite par le retard culturel, comme importation d'un modèle d'organisation complètement étranger à la tradition asilaire italienne...et d'autre part la psychiatrie italienne ne peut pas tirer profit, comme cela est arrivé en France, de prototypes et soutiens d'organisation de médecine sociale.

La communauté thérapeutique fut appliquée à Gorizia sous une forme vaste et systématique pour environ une décennie, jusqu'à la solution critique de ses prémisses thérapeutiques... Le nombre de significations et d'implications qui mettra Gorizia au centre du mouvement national, lui est donné par une série de convergences qui existaient dans la société civile et dans les luttes institutionnelles.

Il est certain que Gorizia a parlé de nombreux langages en permettant de libérer autant d'alliances dans les forces qui exigeaient un changement: de l'asile comme institution totale à la critique de la maladie comme statut et comme organisation qui parle moins du malade et plus du pouvoir exercé sur lui, aux connivences du savoir et de l'ordre psychiatrique avec les règles et l'ordre de l'organisation sociale... La mise entre parenthèses de la maladie, cette obstination qui souvent nous a été attribuée comme "radicalité" destructrice et autodestructrice, explicable seulement par le retard général italien ou comme "radicalité" tout court, était une laborieuse ruse qui partait d'une profonde conscience du savoir, de la maladie. En mettant au centre, dans ce cas aussi, le rapport médecin-patient elle essayait, pour employer une métaphore française, un transfert. Simultané et double pour lequel s'explicitaient les rapports réciproques de pouvoir; mais en un sens réel et non pas métaphorique.

Pendant que le malade était contraint à interagir ou à participer à l'organisation collective, le psychiatre et l'infirmier devaient constamment se soumettre à une pédagogie du risque, à un défi authentique des pouvoirs de l'autre, à une lutte continue aux vocations thérapeutiques, aux "auto-duperies" du paternalisme autoritaire.

A la question: "Qu'est-ce que la psychiatrie?", l'expérience de Gorizia répond que toute vocation thérapeutique, aussi bien dans l'emphase mise sur l'institution que dans l'investissement du social, condamne à la psychiatrie à sa présomption originaire: celle de vouloir sans pour cela jamais y réussir, expulser de son ordre la charge de la misère et de la pauvreté qu'on lui assigne constamment. Cette charge ne représente pas son mauvais héritage, son anachronisme, mais elle est sa contradiction et sa condamnation, son "objet social".
(3)

Il est impossible ici d'étendre et en même temps de détailler ce cadre de la psychiatrie italienne en rapport à la psychiatrie européenne et en particulier l'expérience de Gorizia. Celle-ci en tant que vérification pratique de la communauté thérapeutique et de ses limites, a constitué la prémisse pratique et théorique du processus de dé-institutionnalisation réalisé ensuite à Trieste.

Dé-institutionnaliser...

Nous décrivons les étapes fondamentales du processus de fermeture de l'HP de Trieste selon les critères que nous avons indiqués dans l'introduction. Il est utile pour notre exposé de diviser la période considérée en deux parties distinctes: 1971/1974 et 1975/1978.

Pendant la première période les actes "néoinstitutionnels" apparaissent principalement adressés à l'intérieur de la structure asilaire, à transformer les règles de fonctionnement interne de l'asile - et donc de la façon d'y vivre - et la qualité de vie des hospitalisés.

Pendant la deuxième période on jette les bases pour une nouvelle structure et présence des services psychiatriques dans la ville.

Comme nous l'avons déjà écrit, l'administration de province est l'organisme qui gère toute la question de l'assistance psychiatrique, aussi bien sur le plan politique qu'administratif.

Il est utile de préciser encore une fois que tous les événements que nous allons décrire, sont le fruit de la recherche laborieuse et contradictoire d'un accord entre une multiplicité de sujets.

En effet:

1) sur le plan proprement politique, l'administration de province avait bien sûr l'exigence que la dé-institutionnalisation ne soit et n'apparaisse pas comme une pure et simple destruction de l'existant ou, encore pire, comme une initiative à caractère purement idéologique et de propagande;

2) sur le plan bureaucratique, la participation et la reconversion de l'appareil administratif étaient nécessaires;

3) toutes les délibérations de l'administration de province devaient être soumises à l'avis de légitimité du Conseil Régional de Contrôle: aussi bien sur le plan du respect des compétences de l'administration de province qu'au point de vue des engagements financiers.

Le 1er août 1971 Monsieur le Professeur Franco Basaglia prend ses fonctions de Directeur de l'HP de Trieste.

Les premiers actes sont liés à l'application de la Loi n.431 de 1968. Cette loi prévoit un médecin-chef, un médecin-chef adjoint, un médecin-assistant, un psychologue, et un assistant social pour chaque 125 malades et, comme nous l'avons déjà dit, un infirmier pour trois malades.

La ville et l'hôpital sont divisés en cinq zones, chacune d'elles se voit attribuer une équipe. Il y a trois services à caractère général: intervention d'urgence, service nocturne, rééducation.

Cent vingt deux infirmiers qui travaillaient comme précaires journaliers, sont embauchés en tant que "auxiliaires d'assistance". Aux neuf médecins préexistants s'ajoutent de nouveaux médecins, encadrés comme "boursistes".

On a tendance à ce que chaque équipe prenne en charge les hospitalisés qui proviennent de la zone territoriale dont elle est responsable. Par conséquent, la division des hospitalisés selon le diagnostic commence, après de multiples déplacements, à être supprimée et des petites communautés sont créées. Les portes internes des pavillons sont ouvertes.

D'une façon graduelle la restructuration de vingt pavillons jugés dans un état avancé de détérioration se met en marche.

Au mois de juin 1972, l'administration de province approuve une délibération pour la réorganisation de l'assistance psychiatrique en suivant l'orientation proposée par la Direction de l'HP qui considère la réalisation des zones, comme un passage obligé pour créer les "communautés thérapeutiques".

A la fin de l'année presque toutes les portes vers l'extérieur des pavillons sont ouvertes.

A la fin de 1973 chaque zone aura son bureau d'entrées. Tous les matins il y aura une réunion de toutes les équipes afin d'élaborer le programme de la journée. A cinq heures de l'après-midi se tiendra une assemblée ouverte.

"Durant ces mois-ci, la vie communautaire à l'intérieur de l'HP s'enrichit de nombreuses initiatives (fêtes, randonnées, ouverture d'un café, et d'un atelier de peinture, création du journal des hospitalisés). A l'ouverture des portes correspond la suppression des thérapies de choc et de tous les moyens de contention (lits avec grilles, chambres d'isolement, clôture autour des pavillons). On crée des espaces internes pour des activités à caractère social, pour les réunions des malades, la séparation entre hommes et femmes est supprimée et on se prépare à la création de services mixtes. Et encore: nettoyage des locaux, substitution progressive des vêtements asilaires. Reconstruction de la dimension juridique-administrative des hospitalisés... Les étudiants en psychologie de l'Université de Trieste effectuent un séminaire à l'HP. A travers une certaine forme de convention, différents groupes d'élèves infirmiers provenant d'autres villes italiennes viennent à Trieste pour y faire des Stages de formation." (4)

Il y a eu un nombre très élevé de volontaires (étudiants, jeunes médecins ou psychologues, ou tout simplement personnes intéressées par l'expérience); on en compte plus de 700 entre 1971 et 1978.

"L'activité des volontaires à l'asile a été caractérisée par deux aspects. Premièrement, ils ont toujours été intégrés dans la "pratique" - partant de la prémisses qu'un apprentissage correct se fonde justement sur la pratique et sur les réflexions que la pratique engendre - et que les réunions pouvaient être un lieu pour une élaboration théorique collective. Deuxièmement, on laissait aux volontaires de vastes espaces d'action, aussi bien pour les activités collectives que pour la réalisation d'un programme thérapeutique et pour la gestion du patient." (5)

A la fin de 1974 un groupe de jeunes objecteurs de conscience -comme alternative au service militaire - a travaillé à l'HP. En particulier au pavillon "C" ("sales") où étaient concentrés les "cérébropathes" et les

handicapés graves. Ces services, où se trouvaient les cas les plus graves, "représentaient des véritables services de punition **aussi** bien pour les malades que pour les infirmiers." (6)

L'hôte

On peut observer sur le tableau n.1 l'évolution globale des cas d'hospitalisation entre 1967 et 1978. Comme on peut le noter, sur ce même tableau, la figure de "hôte" apparaît en 1972.

Le 25 janvier 1973, l'Administration de Province de Trieste approuve une délibération qui institue le service, déjà mis en pratique d'une façon expérimentale depuis quelques mois, de "hospitalité". Ce service consistait à offrir "hospitalité de jour ou de nuit, ou les deux, à l'intérieur de la structure hospitalière à toutes les personnes qui, sorties de l'asile, pourraient avoir besoin d'une ultérieure protection, d'un logement même, d'une assistance à caractère non hospitalier, jusqu'à leur effective réintégration dans le milieu social, et dans l'attente aussi de l'intervention de tous les autres organismes institutionnels responsables de l'assistance publique."

Les "hôtes" sont tout compte fait des personnes qui, à cause du long internement et/ou du manque de possibilités réelles de réintégration à l'extérieur ont besoin d'un endroit où elles puissent recommencer à vivre normalement. A l'époque, ces endroits étaient constitués par de petits appartements créés à travers la restructuration des pavillons ou des appartements, à l'intérieur de la zone asilaire, qui avaient été habités jusqu'à maintenant par les fonctionnaires ou les employés de l'HP.

La figure de l'hôte se présente donc comme une médiation: il n'y a aucune raison pour qu'il soit maintenu "hospitalisé", si ce n'est que tout fraîchement sorti de l'HP, abandonné, il pourrait tomber à nouveau et avec une grande facilité sous le jugement de dangerosité pour lui-même ou pour les autres.

Libre, à tous les effets, de se déplacer, l'hôte exprime un besoin d'assistance, d'aide à la réintégration, d'une aide sans laquelle il serait encore à la charge de l'institution asilaire. Mais l'hôte est aussi porteur d'un mouvement, de par sa vie en étroit contact avec les hospitalisés, de par sa communication concrète de son expérience de reprise d'une vie en dehors des strictes règles asilaires.

L'hôte encourage et oblige, en même temps, à donner une re-définition pratique du rôle de l'opérateur psychiatrique: de simple gardien à responsable et collaborateur fondamental dans le processus de rééducation.

"L'hôte en tant que présence anormale à l'intérieur du mécanisme institutionnel a depuis le début créé une crise sur le plan du fonctionnement de la machine institutionnelle et de ses normes, et sur le plan des opérateurs, de leurs catégories d'analyse et d'attitude, de leur pratique et de leur savoir.

Faire devenir quelqu'un "hôte" signifie obtenir, de la part du Tribunal, la révocation de son décret d'hospitalisation définitive: en d'autres termes cela signifie reconnaître sa responsabilité comme sujet de droit et de devoir, porteur de besoins.

Ce qui se passe pendant ces années-là, c'est un déplacement progressif de la ligne qui sépare la normalité de l'anormalité, mais on peut se dire encore à l'intérieur de la dimension asilaire, vue comme séparation du sain et du malade, du plus grave et du moins grave." (7)

L'hospitalité offerte à un ex-hospitalisé n'est pas un résultat, une récompense à une rééducation déjà advenue. Dans l'évolution dynamique de la vie asilaire certains patients se révèlent plus que d'autres actifs et conscients. L'hospitalité veut favoriser cet épanouissement des ressources humaines ainsi que la rééducation vue comme un processus: l'hospitalité ne dérive donc pas, d'une façon univoque, d'un jugement de guérison ou encore moins d'un jugement de non-dangerosité; par conséquent, de nouveaux problèmes apparaissent sur le plan judiciaire et politique.

Au mois de juin 1972, le Procureur Général de la République, dans une lettre adressée au Directeur de l'HP, exprime:

"...appréciation pour la réforme projetée, mais perplexité par rapport aux structures ouvertes ou communautés des ex-hospitalisés."

En particulier dans cette lettre il affirme:

"Avant d'envoyer à la communauté ouverte il devrait y avoir, non seulement une certaine sévérité critique dans le diagnostic, mais aussi la certitude inéluctable qu'il n'y ait point de troubles dans la vie de relations qui puissent perturber l'ordre public ou porter atteinte à l'intégrité personnelle du malade ou d'un tiers." (7 bis)

Soucis qui intéressent toute la ville, les organismes politiques et d'information: d'une façon plus ou moins démagogique ou sincère, l'asile est au centre de l'attention publique.

En répondant à l'invitation de la Direction de l'HP, la Commission Provinciale de surveillance des asiles et des aliénés rend visite à l'HP le 10 mai 1973. La Commission désire des éclaircissements sur les points suivants:

a. gêne pour le quartier de San Giovanni (où se trouve l'HP),

- b. entrées et sorties indiscriminées,
- c. hôtes,
- d. volontaires,
- e. promiscuité et conséquences,
- f. abus dans la distribution de contraceptifs.

Le 17 octobre le Directeur et un médecin-chef reçoivent un avis de délit pour "distribution à un certain nombre de patients de substances médicales pour but anticonceptionnel avec violence présumée vu l'état de maladie des patients."

Les suspects du délit ont été acquittés durant, la phase d'instruction du procès.

La Commission de surveillance, convoquée l'année suivante pour affronter aussi ce problème, soutient que "l'emploi de ces médicaments ne va pas au-delà du normal emploi hospitalier".

Durant cette même réunion, qui se déroulait le 29 janvier 1974, la Commission de surveillance "prend acte que la gestion des hôtes a été réglementée par l'Administration de Province" et que "le choix d'assistance, avec ses difficultés de gestion indubitables, a été déterminé par l'impossibilité actuelle d'une réelle réintégration sociale."

La Commission conseille en outre:

"...qu'on cherche de trouver à l'extérieur des locaux où l'on puissent créer des points de repère stables de façon à réaliser le plus possible l'assistance psycho-sociale en dehors du territoire hospitalier."

Il y avait en 1972 un total de 51 hôtes, en 1975 on atteint le nombre maximum de 472 et enfin en 1978 on en compte 427.

Ce dernier chiffre, cette présence si massive d'hôtes, avait été interprété comme un signe d'immobilisme institutionnel. C'est en cette même année que l'équipe a eu un véritable différend sur le problème du logement avec l'Administration de Province et l'Institut Autonome pour le Logement Populaire dans le but de connaître la possibilité réelle de trouver des habitations pour les ex-hospitalisés dans une ville qui possédait plus de 5 000 appartements libres.

Le résultat de ce différend est d'avoir obtenu que les ex-hospitalisés aient suffisamment de points pour participer au classement obligatoire pour obtenir un logement populaire.

Les ex-hospitalés pouvaient également constituer de petits groupes même s'ils ne constituaient pas une "famille" comme le règlement le prescrivait avant.

A titre indicatif nous pouvons ajouter que, grâce à cette nouvelle réglementation, en 1981 le nombre d'hôtes était diminué de plus de moitié.

Les subventions économiques

En janvier 1972, l'Administration Provinciale délibérait la "Réglementation pour la concession d'une subvention aux anciens internés psychiatriques."

On affecte les subventions en liquide (mensuelle ou "una tantum")aux anciens internés des institutions , qui sont au chômage ou sans ressources, pour leur propre subsistance" et d'une manière générale "quand l'affectation de la subvention, avec d'autres interventions thérapeutiques, est considérée adéquate pour éviter une nouvelle hospitalisation et l'aggravation de la maladie mentale."

A ce propos, afin de mettre en évidence, à grands traits, le sens et l'emploi de la subvention nous rapportons certaines parties d'une interview faite à deux psychiatres de l'équipe.

En outre, il ne faut pas oublier que l'Administration Provinciale, en liaison avec un Institut de bienfaisance, allouait déjà un minimum de subvention à quelque anciens internés.

"Nous avons découvert qu'à l'HP on donnait la subvention aux anciens internés qui continuaient à venir à l'HP pour y travailler, par exemple à la laverie ou à la cantine. Ils touchaient 20 000 liras par mois et ils étaient convaincus que c'était leur vrai travail, c'est-à-dire qu'ils croyaient qu'ils auraient perdu leur argent s'ils n'étaient pas venus travailler. Nous fîmes cette découverte quand la subvention commença à avoir une autre fonction, complètement différente: une aide destinée à faire sortir les personnes en ville".

"A notre arrivée les internés travaillaient dans les services: faire le ménage, les lits, laver la vaisselle, éplucher les pommes de terre... et leur rémunération était ridicule - un paquet de cigarettes ou 500 liras par semaine - et c'est à partir de ce moment là que nous commençâmes à nous poser le problème de l'ergothérapie, d'une rémunération qui ne soit pas de misère et qui soit plus proportionnelle au travail effectué. Nous suivîmes deux directions: d'un côté l'élargissement de l'affectation de la subvention aux hospitalisés qui travaillaient dans les

services et qui devenaient des hôtes, de l'autre, au début de 1974, nous commençâmes à constituer la Coopérative 'Lavoratori Uniti'.

En outre, le problème de la sortie des personnes hors des services devenait plus urgent et par conséquent le besoin d'argent augmentait: pour aller en ville, au café qu'on avait ouvert à l'HP, et pour tout problème de pouvoir de consommation. Les subventions furent allouées à tous les hôtes indépendamment de leur travail." (8)

On avait constitué la Coopérative "Lavoratori Uniti" (CLU) pour mettre fin à l'ergothérapie. Le premier travail qui lui fut adjugé fut un travail d'entretien et de nettoyage de quelques pavillons de l'HP.

"Travailleurs Unis": la première coopérative

Le Conseil d'Administration de la Coopérative avait été formé par des représentants politiques, syndicaux, du monde de la culture et des travailleurs de l'HP. Mais malgré cette présence diversifiée, les premiers moments de la vie de la CLU ont été durs et sa croissance dépendait d'une multiplicité de facteurs interdépendants. L'objectif primaire était de donner aux internés et aux hôtes une condition de travail régulière d'un point de vue syndical et intégrée parmi des chômeurs qui n'avaient jamais été hospitalisés, mais tout cela devait faire face aux temps, aux résistances d'une reconversion complexe de l'organisation interne de l'HP et aux difficultés dues à l'équilibre entre la nécessaire productivité pour survivre sur le marché et la sauvegarde de la santé psycho-physique des travailleurs de la coopérative. Et, en plus de ces problèmes, de nombreux hommes politiques et fonctionnaires commençaient à exprimer leur méfiance. Peut-être en être témoin le temps qui fut nécessaire pour la reconnaissance juridique de la coopérative: il a fallu presque un an.

Mais sur l'opportunité de faire naître la coopérative, de nombreuses contradictions firent surface au sein même de l'équipe. Nous avons estimé opportun de joindre, en appendice, un bref document rendu public en 1973, sur la discussion qui eut lieu entre les membres de cette équipe. C'est un document rédigé par les partisans du projet "Coopérative".

A la fin de ce chapitre nous reprendrons les termes du débat à propos du processus de maturation des choix concrets réalisés tout au long du cours de dé-institutionnalisation.

Lentement, mais progressivement, la CLU obtint les premiers travaux externes à l'HP - nettoyage du théâtre de Trieste et de quelques écoles administrées par la Province, gestion de l'atelier d'imprimerie et de reliure qui travaillait pour le compte de l'Administration Provinciale.

En 1978, en employant d'anciens internés, de nouveaux usagers et de simples chômeurs - 80 personnes en tout - le bilan annuel de la CLU fut d'environ 500 millions de lires.

Arc-en-ciel

En septembre 1974 on inaugura l'école maternelle autogérée "**Arcobaleno**", installée dans des lieux inutilisés de l'HP, l'école était fréquentée par les enfants des travailleurs de l'HP et des familles du quartier.

En 1977, cette école fut prise en charge par la Municipalité et devient par conséquent une école municipale à part entière. L'installation de l'école dans un des pavillons vides a été - et est restée pour longtemps - l'unique réutilisation des pavillons de l'HP.

Vers la fin de 1974, face à d'énormes difficultés pour trouver un logement pour les anciens internés, les médecins de l'équipe commencèrent à louer personnellement des appartements comme "cabinet professionnel". Et c'est dans ces appartements qu'allèrent habiter des groupes d'anciens hospitalisés avec un tour de garde d'infirmiers qui pouvait durer jusqu'à un maximum de 24 heures sur 24.

Il s'agissait de patients sans famille ou pour lesquels la réinsertion dans la famille était non proposée ou tout au moins improbable pour le moment.

C'était l'équipe qui formait les groupes et les soutenait dans leur vie à l'extérieur.

Pour des dizaines de personnes ces appartements avaient représenté une étape - pour certains définitive de ré-apprentissage de vie après des années d'internement asilaire, tant sur le plan de l'autonomie personnelle et de groupe que sur le plan plus général des rapports sociaux. Assez rapidement, plus d'une dizaine d'appartements, ce qui représente environ 60/70 personnes, furent installés. Un pavillon entier, restructuré en appartements, se transforma en résidence fixe pour une soixantaine d'hôtes.

Sur une colline, aux pieds des Alpes, territoire de la municipalité de Belluno, l'Administration Provinciale de Trieste loua, au début de 1975, une grande villa du XVIII^e siècle et en donna la gestion à la Direction de l'HP. Une soixantaine de personnes pouvaient y vivre, et du printemps jusqu'à l'été la villa fut fréquentée par des

groupes d'usagers et d'opérateurs qui y passèrent des vacances. Ce fut pour un grand nombre de "chroniques" la première sortie de l'asile et les premières vacances de leur vie.

Les Centres de Santé Mentale

Au début de 1975 on comptait 90 hospitalisés d'office, 150 volontaires tandis que les hôtes, comme nous l'avons déjà indiqué, étaient au nombre de 470.

Une grande partie du travail de l'équipe se déroulait déjà à l'extérieur de l'asile; sur le territoire avec les usagers, leur famille, les voisins, les amis et avec toutes les institutions avec lesquelles on avait toujours plus de contacts: Bureau du Travail, Sécurité Sociale, Tribunal, maisons de retraite, Logement Communal pour les pauvres, services hospitaliers, bureaux d'assistance pour les mineurs, paroisses, établissements de charité, associations des invalides, syndicats, conseils de quartier, conseil d'ouvriers, Police, Pompiers, Centres Culturels et de loisir, écoles et Universités, Chambre de Commerce, associations d'entrepreneurs, d'artisans, de commerçants...

Nous nous bornerons à dire que tout au long de ces années, nombreux furent les écarts qui s'ouvrirent entre le mandat que l'Administration Provinciale avait donné au début à la Direction de l'HP et les faits concrets.

D'une façon générale le mandat prévoyait l'humanisation de l'HP, le développement des communautés thérapeutiques. Dans la *praxis* il a été possible de dépasser ces limites grâce à la **capacité de gestion** de l'équipe, à ces capacités de réaliser les objectifs qu'elle s'était donnés, d'une façon dialectique, au sein du cadre législatif, par une conversion des ressources humaines et matérielles, autour de laquelle on arrivait à créer le consensus des malades, des travailleurs, des hommes politiques et des fonctionnaires.

C'est donc dans ce sens que l'ouverture du premier Centre de Santé Mentale (CSM) ne fut ni une décision politique facile ni un simple acte d'administration, au contraire c'est par une lettre de démission de la part d'une grande partie de l'équipe que la situation se débloqua.

Le premier CSM fut ouvert par une délibération de l'Administration Provinciale du 27 janvier 1975 dans un quartier périphérique-rural du haut-plateau du Kharst, sur le territoire communal d'Aurisina. Installé dans un immeuble de trois étages avec jardin, salon, cuisine, ambulatoire, au Centre d'Aurisina vivaient aussi cinq personnes qui avaient été internées d'office durant de longues années.

Les hôtes étaient originaires de ce quartier et vivaient au Centre pendant qu'on tentait par différents moyens de les réinsérer progressivement.

Au début, presque tous les Centres n'étaient rien que des établissements publics complètement abandonnés. Ce furent de petits groupes d'usagers et de travailleurs qui retapèrent, peignèrent les murs, organisaient la cuisine, le chauffage.

La tension vers le "dehors", même si propre seulement à une minorité de personnes qui travaillaient, était très forte et demandait, pas toujours bien sûr, un niveau très élevé d'entente entre usagers et opérateurs.

A titre d'exemple on peut rappeler que dans un des CSM - celui de Via Gambini - on avait ouvert une "Coopérative Libraire et Centre Culturel" -"I1 Cappellaio Matto"- La Coopérative composée par de jeunes usagers, médecins et infirmiers, était installée dans une pièce du Centre, tout de suite après l'entrée.

En très peu de temps cette pièce qui contenait environ mille livres et revues pour la vente et la consultation, était devenue le salon du Centre. L'endroit pour "faire un brin de causette", l'endroit où se rencontraient les jeunes marginaux, les usagers du Centre, les infirmiers, les passants, les curieux, les gens du quartier. Une sorte de pièce de compensation, de décantage des tensions.

En tant que Centre Culturel, la Coopérative organisa de nombreuses fêtes,- de petits concerts, soirées de poésie, projection de films, débats publics. Toutes ces initiatives étaient adressées surtout aux gens du quartier.

Au point de vue financier c'était l'Administration Provinciale -à travers la gestion d'un budget donné par le Fond Social Européen pour la réinsertion sociale et du travail des handicapés - qui soutenait la Coopérative.

On peut dire que quelques fois l'activité de la Coopérative s'intégrait très bien avec la vie du Centre en faisant participer la plupart des usagers et des opérateurs, tandis que d'autres fois sa désorganisation entraînait en contradiction avec le processus d'organisation du travail que le Centre était en train de créer vu que son ouverture était récente. La contradiction s'exprimait concrètement entre les personnes qui travaillaient pour la Coopérative, et les autres qui voyaient dans la Coopérative une extension arbitraire de la spécificité psychiatrique. Non pas, tout simplement, pour une raison idéologique mais pour le fait qu'il s'était créé une sorte de division du travail; la Coopérative, travail créatif, enrichissant, mais qui détournait des énergies face à une routine plus fatigante faite d'entretiens, de visites à domicile, gestion de la crise aiguë, d'un dur travail pour la réhabilitation de l'ancien hospitalisé à l'asile...

Une contradiction féconde entre spécificité et nécessité d'une plus ample socialisation. Contradiction qui ne s'est pas recomposée sur un niveau d'organisation et de proposition pour tous: en effet, après deux ans d'activité, la Coopérative fut fermée à cause d'un manque de fonds, écrasée par une impossible productivité commerciale et une incapacité à payer régulièrement les usagers qui y travaillaient.

Toujours en 1975, Trieste est devenue également une des villes pilotes au sein d'un projet de recherche de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur les institutions psychiatriques et siège de recherche du Centre National de Recherche (CNR) au sein d'un projet pluriannuel d'enquête sur la santé mentale.

Le 27 mai de cette même année fut prononcée la sentence "Bodetti" (du nom du juge), selon laquelle la transformation de l'hospitalisation d'office en hospitalisation volontaire pour les patients hospitalisés depuis de longues années, devait être liée à un jugement de réelle guérison, tandis qu'un simple jugement d'amélioration aurait contredit l'article n.4 de la Loi n.431 - "Sur les hospitalisations volontaires à l'Hôpital Psychiatrique". Cette sentence bloqua cinquante deux demandes de révocation de l'hospitalisation d'office.

Peu de jours après, avec la collaboration de la Compagnie Aérienne "Alitalia", on organisa un petit voyage en avion auquel participèrent des dizaines d'usagers.

Il est peut-être nécessaire de remarquer que le mot "usagers" est aussi un produit de la dé-institutionnalisation.

"Patients" souligne en fait l'aspect "maladie".

"Usagers" - c'est-à-dire personnes qui "usent" un service public - focalise justement "le service", sa capacité à répondre à un besoin qui s'exprime même d'une façon confuse, à une situation de crise, à un problème, sa disponibilité à être utilisé.

Le 22 mars 1976 dans une lettre envoyée aux différents organismes compétents en matière d'hygiène et santé, le Médecin Provincial soulève une série de doutes sur la nature des CSM. A cette époque l'institution des CSM avait déjà été délibérée par l'Administration Provinciale et approuvée par le Comité Régional de contrôle.

Le Médecin Provincial disait que:

"Même en appréciant l'effort remarquable de Dé-institutionnaliser, les CSM ne peuvent pas être compris dans le cadre de la Loi n.431 de 1968. Soit les Centres de Santé Mentale sont de petits hôpitaux psychiatriques avec hospitalisation et système d'entrée, soit ils sont des centres sociaux avec assistance pour les personnes que la **Loi n.431 ne** prévoit pas. Dans ce deuxième cas, on pourrait avancer l'hypothèse que l'obligation d'assistance n'est pas de compétence de l'Administration Provinciale, par conséquent, destiner des biens et des personnes à cette activité pourrait entrer dans le concept de 'distraktion'."

Et en effet, peu de temps après, le Président de l'Administration Provinciale reçut un avis de délit avec accusation de "distraktion de biens et de personnel", mais le jugement ne sera pas prononcé car le Président sera acquitté lors de l'instruction.

A cette occasion, le Président Monsieur Zanetti écrit à l'adjoint régional des Collectivités Territoriales :

"L'institution des CSM doit s'inscrire au sein de la Loi n.431, les services territoriaux ont pour tâche la prévention et la réhabilitation qui les distinguent d'une activité hospitalière : interventions qui ont pour but de soigner d'une façon non sanitaire, d'éviter l'hospitalisation, de rééduquer et réinsérer les patients sortis de l'HP."

Avant d'exposer d'autres considérations relatives aux caractéristiques des CSM nous voudrions ouvrir une parenthèse.

Les années '70 sont caractérisées par un débat public considérable sur la question des asiles. Sur leur légitimité. Parallèlement à Trieste, d'autres expériences naissent : Arezzo, Perugia, Parma...

"Psichiatria Democratica" est une organisation qui est composée par des psychiatres, infirmiers, psychologues mais aussi par des magistrats et des chercheurs issus de toutes les régions italiennes. Organisation qui a un prestige culturel et une importance politique croissante.

Nous rappelons encore qu'en général le débat sur la question "santé" a été très intense en Italie au cours des années '70 et que de nouvelles voix, de nouveaux protagonistes sont apparus - comités d'entreprise et de quartier, syndicats. La réforme sanitaire qui est en phase de discussion depuis plus de quinze ans, est en voie d'approbation au Parlement.

C'est vers la fin de 1976 que le parti Radical commence à recueillir des signatures - il en faut 500.000 - pour la promulgation d'un référendum populaire pour l'abrogation de la Loi de 1904 sur les asiles.

La récolte eut beaucoup de succès, aussi bien sur le plan quantitatif (plus de 700.000 signatures), que sur le plan qualitatif, de par le débat qui en est dérivé.

D'un point de vue législatif la situation se fait paradoxale. En effet, si lors du référendum, fixé au 15 juin 1978, la majorité des voix avait été pour l'abrogation, d'un jour à l'autre il y aurait eu un manque de pouvoir législatif sur la question de la santé mentale.

C'est dans ce cadre - illustré de façon schématique - que fut approuvée par le Parlement en mai 1978 la Loi n.180, "Examens et traitements sanitaires volontaires et obligatoires en matière de santé mentale".

L'institution des Centres de Santé Mentale à Trieste arriva donc dans cette situation en mouvement du point de vue politique et législatif et, il faut le rappeler, sans aucun cadre juridique prédéterminé pour point de repère.

En 1977 dans la Province de Trieste il y avait cinq Centres de Santé Mentales, ils opéraient tous sur un territoire de 50 000 habitants avec une équipe de deux ou trois médecins, une quinzaine d'infirmiers et une ou deux assistantes sociales. Ils étaient ouverts sept jours sur sept à partir de huit heures du matin jusqu'à huit heures du soir. (9)

Au sein du territoire de l'HP se trouvait le service des entrées qui était chargé des tâches suivantes :

- 1) admission des hospitalisés d'office qui arrivaient, pour la majeure partie d'entre eux, directement de la Salle de Garde de l'hôtel-Dieu (SGHD);
- 2) hospitalité nocturne des usagers des CSM qui pour diverses raisons ne pouvaient ou ne devaient pas dormir chez eux;
- 3) rééducation;
- 4) interventions d'urgence.

En 1977 le personnel était réparti entre l'HP et les CSM de la façon suivante:

Personnel	HP	CSM	Total
Médecins	13	14	27
Infirmiers	195	100	295
Assistants Sociales	3	11	14

Toujours dans la même année les CSM effectuèrent 38.448 visites dans les Centres mêmes et 17.714 à domicile.

Quelques réflexions sur le dé-institutionnalisation

Que peut-on comprendre de ces données ? et surtout des considérations que nous venons de faire ? Quels sont les éléments de réflexion qu'on peut entrevoir ? La fermeture de l'Hôpital Psychiatrique n'a-t-elle représenté qu'une brillante épreuve d'ingénierie institutionnelle, et dans quelle mesure la dé-institutionnalisation a-t-elle été plus un effet qu'une cause des profonds changements survenus dans la vie des hospitalisés, techniciens, politiciens, citoyens ?

Où peut-être n'est elle pas autre l'histoire de la dé-institutionnalisation qu'il faudrait - et avec quels moyens -faire parler ? Au cas où on se rappellerait que c'est l'interné, le séquestré, le corps humain complètement institutionnalisé, la personne pour laquelle le mur a été construit.

En définitive, une histoire pas simplement de transition, avec en arrière plan la société d'hommes qui passivement s'adaptent, mais plutôt une histoire de rupture, de discontinuité.

D'une situation où on se retrouve nu, à six heures du matin, aspergé d'eau froide pour être lavé, à celle où on ouvre son propre portefeuille, achète un billet de cinéma, et même un verre de vin, ou peut-être deux...

Introduits dans la reproduction sociale collective, avec les besoins quelle légitime et les besoins qu'elle ne comprend pas.

Les malades mentaux.

Abandonnés et contrôlés par l'asile.

Abandonnés ou contrôlés sur le territoire.

Le technicien, enfin, devient conscient de cette aporie qui, loin d'être paralysante, peut se révéler riche de potentialité non imaginée : dans le cas où les ressources humaines et matérielles se mobiliseraient, soient mobilisées dans un enchevêtrement de pouvoir et de savoir qui traverse, se propage, produit des effets d'écho au sein du corps social dans sa reproduction.

Si ce n'est pour une réponse, c'est pour un approfondissement de ces problèmes - et de nombreux autres que ce chapitre a pu provoquer - que nous considérons opportun de citer maintenant quelques extraits du document présenté par les opérateurs de l'HP de Trieste au IIIe Réseau d'alternative à la psychiatrie qui s'est déroulé à Trieste en 1977.

".....mais l'alternative à la sanction ne peut être la simple tolérance de la 'folie', mais l'apprentissage à soutenir une rencontre avec l'autre qui reste réelle et significative seulement quand on ne sépare pas la souffrance en endroits et idéologies ; apprentissage qui permet en même temps la non expulsion de la diversité et la reconnaissance de sa propre diversité, souvent cachée dans les règles d'une 'normalité' qui dénature les besoins autant que la 'folie'.

Cette limitation/vérification - constituée pour les 'malades' par la présence des autres, par le refus de la pause des rapports quand ils ne possèdent plus les règles pour les soutenir sans trouble - si elle reste en dehors des techniques d'exorcisation plus ou moins oppressives et mystifiantes, représente l'unique possibilité pour une rencontre-confrontation-reconnaissance entre les besoins de la personne qui souffre et les besoins de ceux qui continuent à avoir un rapport avec le 'malade' même.

Dans la pratique des Centres, cela signifie chercher de rendre possible cette rencontre, le refus de l'organiser selon les formes préconstituées de socialisation. Cela permet aussi le développement d'autres formes de socialisation qui naissent et se dissolvent, au fur et à mesure, selon les besoins qui la déterminent."

"Dans ce sens il ne s'est jamais agi d'éviter le nœud de la maladie, mais d'avoir comme objectif direct de l'action la lutte contre la maladie comme processus d'organisation et de bouleversement de contradictions spécifiques de l'individu dans ses rapports sociaux.

Les nouveaux services sur le territoire, même en restant liés au processus de dé-institutionnalisation de l'asile, se sont développés selon des modalités conditionnées par la réalité. La nécessité d'agir en même temps sur plusieurs fronts ; l'impulsion à s'intégrer dans un territoire encore marqué par la culture de l'asile et en même temps par la présence de sa transformation ; la recherche d'une participation le plus possible généralisée pour soutenir avec les opérateurs le poids de la rupture de l'institution, ont créé un espace le plus ouvert possible, pas exclusivement psychiatrique, fondamentalement endroit de rencontre entre les anciens internés, les nouveaux usagers et les gens de la ville.

Figures qui - même si comme première impression n'avaient pas de code commun pour se reconnaître - pouvaient découvrir progressivement le terrain pour construire une réelle alliance au moment où besoins et expressions communs s'exprimaient.

Dans cet esprit il faut lire la création d'initiatives faites pour permettre cette participation, pour ouvrir les Centres à la ville, pour offrir un service qui ait le plus possible la tendance à reconnaître les besoins de la personne et non pas à répondre à de nouveaux moments de contrôle et de dépendance. Ceci, pourtant, semble être la seule forme de réponse aux besoins, dans une ville qui cherche à créer un équilibre à ses propres conflits avec de rigides mécanismes de contrôle ou avec des formes dégradées d'assistentialisme."

"Des le commencement du travail il apparût évident qu'à partir d'un projet commun détruire la logique asilaire - les modalités d'intervention étaient différentes. Selon les groupes, les situations spécifiques, les histoires personnelles, il y avait tendance à créer des tactiques souvent extrêmement différentes.

Le conflit/confrontation entre les différents modes d'intervention - souvent très dur et de toute façon jamais conclu - sur le rapport avec le pouvoir, sur l'utilisation de ses contradictions internes, sur la production/reproduction de l'idéologie et de ses mécanismes d'exorcisation et de manipulation, n'a jamais eu une vie indépendante des problèmes de la vie de tous les jours.

Viceversa par rapport au côté concret du projet politique et à la nécessité de le réaliser, des conflits et des contradictions s'exprimaient sur le terrain de la praxis, sur le sens des réalités créées, évaluation/vérification, pour chacun, de la 'correttezza' et de la force de la propre action.

De cette façon, la culture, les choix politiques, les résistances, les bonds en avant, les défenses corporatives ne se heurtaient pas en tant qu'idéologie mais - traduits en gestes concrets - se modifiaient, s'homogénéisaient au fur et à mesure que le projet politique de base devenait intérieurement propre à tous les composants de l'institution."

"Pour ces raisons, seulement après, par ses effets de retour, par les changements produits, il a été possible de comprendre, au-delà du mécanisme -visible d'ailleurs - le sens de ce qui arrivait.

Pour cela, seulement après, il était possible d'entrevoir le pas successif, à partir de choses qu'on avait modifiées et de nouvelles résistances et logiques institutionnelles qui s'exprimaient.

C'est pour cela qu'il était difficile, à l'époque, de 'comprendre' et de 'se faire comprendre' en dehors d'une réelle participation à ce qui arrivait, en dehors d'une totale compromission avec une réalité en changement.

C'est pour ces raisons - aujourd'hui que le projet politique initial se présente comme une réalité concrète - que la mémoire des sens reste beaucoup plus que la mémoire des faits.

Il est impossible de raconter les choses qui sont arrivées, depuis qu'aujourd'hui, l'histoire de Trieste est de moins en moins une histoire d'institution et de plus en plus une histoire de nombreuses vies qui par la rupture des dépendances réciproques institutionnelles sont nées et se sont développées dans une dimension aujourd'hui difficile à reconstruire à travers une analyse de ce qui est advenu.

Pour ces raisons, si nous devions faire une histoire de ces années, nous ne pourrions pas l'enfermer dans un modèle abstrait de technique transformation, mais nous devrions plutôt reconstruire l'histoire des transformations, des divers réels processus, des différents itinéraires dans lesquels se sont transformés - avec l'espace institutionnel qui se transformait également - tous ceux qui gravitaient dans le domaine de l'institution jusqu'à considérer comme réel, comme propre, comme visible, le projet politique à la racine de ces luttes : l'élimination de l'asile."

APPENDICE

UNE INTERVIEW *

* Interview accordée par Monsieur D. à M. Costantino.

[TRIESTE, 22, 23, 24 JUIN 1981.]

***“Si può lasciare l’Inquisizione senza essere arsi,
ma non senza essere scottati”.***

Anonimo.

***On peut sortir de l’Inquisition sans être brûlé,
mais pas sans être marqué.***

Anonyme.

D. Je voudrais essayer de retracer ton histoire, celle qui t’a amené ensuite au Centre de Santé Mentale de via Gambini. Tu devrais commencer à partir du moment où tu penses que tout a débuté.

R. Donc à partir de 1976. Au début de l’année j’étais venu en Italie, à Trieste. Je vivais et travaillais en Suisse. J’étais venu pour chercher du travail, j’étais soudeur spécialisé, même si j’avais de grosses discussions sur ce point-là avec ma femme, elle est allemande. Au chantier de l’Arsenal à Trieste j’avais eu un entretien, qui avait duré plus de deux heures, avec le Directeur qui m’avait garanti de m’embaucher avec un très bon salaire. alors qu’est-ce que j’ai fait, je suis retourné en Suisse et au début du mois de juin j’ai donné ma démission. Et le 30 juin exactement mon dernier jour de travail, j’avais pris une bonne partie de mon indemnité. En rentrant chez moi, dans la boîte aux lettres - il était précisément 11 heures et demie - dans la boîte aux lettres il y a une lettre de l’Arsenal de Trieste. “Comme c’est drôle - je me suis dit - quelle coïncidence, le 30 je finis et le 30 je reçois cette lettre!”. J’étais pratiquement convaincu que cette lettre était celle de mon embauche. Mais dans cette lettre, bien rédigée bien sur, c’était écrit qu’ils ne m’embaucheraient plus! Moi, quand j’ai lu ces mots, je ne parvenais pas à me persuader qu’une telle chose ait pu arriver, qu’ils ne m’embauchent pas, cela me semblait une chose ridicule. Et alors j’ai commencé à boire. Bois, bois, bois: j’ai vidé tout ce qu’il y avait à la maison et pour finir une bouteille de deux litres d’eau-de-vie. Jusqu’à ce que je l’ai vidée et quand je l’ai finie je suis tombé... En tombant je me suis congé la tête, derrière l’oreille, contre un guéridon en cristal. Ma chance a été qu’à midi moins le quant ma femme et ma fille sont arrivées. K. (mon enfant) quand elle m’a vu par terre, a commencé à crier. Ma femme je ne sais pas ce qu’elle pensait, peut-être que j’étais mort, et alors elle a appelé les gendarmes. Le gendarmes sont arrivés tout de suite, ils ont appelé l’ambulance et ils m’ont amené à l’hôpital. Là, d’après ce qu’ils disent, quand je suis arrivé j’étais dans un état de mort clinique. Va savoir jusqu’où était monté le sucre, enfin ça ils me l’ont dit après et je suis resté à l’hôpital plus de deux semaines. Pendant ce temps ma femme m’avait envoyé ma fille avec un billet où elle me disait que je devais lui concéder le divorce. C’était une chose ridicule, pratiquement une lâcheté juste dans cette période... mais j’ai dit: “D’accord, je suis d’accord, de toute façon...” Mais les docteurs lui ont dit que ce n’était pas le moment. ensuite, après être sorti de l’hôpital, ils m’ont envoyé en convalescence. En Suisse il y a de véritables hôtels pour la convalescence.

D. Mais pardon, à l’hôpital quel était ton diagnostic?

R. Eux, ils ont dit que le sucre était monté d’une façon vertigineuse, que pratiquement j’avais été dans le coma.

D. Tu veux dire un coma d’intoxication d’alcool, pas à cause du coup sur la tête?

R. A cause de l’alcool, oui à cause de l’alcool; j’avais une sonde de 40 centimètres dans le bras. Ensuite ils m’ont envoyée en convalescence à la montagne, à 80 kilomètres environ de chez moi. Ma femme et mes enfants m’ont accompagnés, et j’y suis resté un mois, et je me suis remis.

D. Mais comment ça allait?

R. ça allait parfaitement, je devais contrôler seulement mes urines avec des petites feuilles de papier. A l’hôpital on m’a dit que si j’étais arrivé cinq minutes plus tard c’était fini, j’étais mort. Enfin là, à la montagne, j’étais contrôlé par le médecin de là, je devais seulement suivre un régime. Ce n’était pas mal. J’ai fait quelques amitiés, il y avait aussi deux italiens, mais c’était vraiment un véritable hôtel pour ceux qui avaient besoin de se remettre, de se reposer.

D. Mais avec ta femme, après sa demande de divorce...

R. Attends, ensuite je suis retourné à la maison et elle insistait pour divorcer. Mais je ne voulais pas de ce divorce! A cette époque j’étais au chômage! Eh oui! J’étais au chômage, oui! Je prenais 80%, mais c’était quand même beaucoup, environ 2 000 francs suisses. Donc je n’avais pas de problèmes économiques. alors quand je suis rentré chez moi, les bagarres ont recommencées et elle, elle voulait absolument le divorce... enfin elle était si agitée, elle pleurait... je lui ai dit: “Ecoutes je te le donne ce divorce!”.
Pratiquement on a eu un divorce si bête, complètement idiot, je ne sais même pas comment le définir! Non? “Alors, on décide, on divorce - je lui ai dit - d’accord, mais on doit faire moitié moitié”. Je pensais que G. (le fils

plus âgé) serait venu avec moi, mais à la fin... le prendre avec moi pour quoi faire? Primo il ne serait pas venu, et ensuite comment je pouvais le déraciner de là-bas, l'école et tout le reste...

Et c'est à ce moment là que je me suis rendu compte, en allant à la banque, que - va savoir depuis quand- ma femme envoyait notre argent à sa mère, qui n'en a pas besoin, elle est dentiste! Elle envoyait cet argent en Allemagne chez sa mère qui le bloquait, on ne pouvait pas le toucher avant dix ans. On a eu une grosse dispute et je me suis décidé... c'était inutile d'insister, on ne peut pas garder une personne liée par la force.

Alors je lui ai dit que si elle voulait le divorce, elle devait s'en occuper et que je ne lui aurais pas donné un centime. Mais je faisais traîner l'affaire à n'en plus finir! Elle, elle a même amené un gendarme à la maison, comme pour me menacer, parce qu'elle racontait qu'elle avait peur de vivre avec moi; moi au début je l'ai écouté gentiment mais ensuite, grand et gros comme il était, je l'ai expédié dehors. A la fin, l'ai du allé chez un avocat et je lui ai dit clairement que je n'aurais pas donné un centime et que toute façon je n'avais plus rien à perdre. Enfin je lui ai fait comprendre, et à ma femme aussi, qu'ils fassent gaffe, que je ne rigolais pas.

Et puis, je te l'ai dit, comment on pouvait la tenir liée si elle ne voulait pas? Comme ça nous y sommes allés et j'ai du mentir aussi, sinon on ne divorçait pas, car les raisons n'étaient pas suffisantes, parce que les disputes que l'on faisait étaient ordinaires, celles qu'on fait dans toutes les familles, rien de plus. Enfin j'ai du raconter que j'étais... jouer le rôle du violent, voilà! A cette époque c'était impossible de vivre à la maison! Mais de toute façon j'avais décidé que je serais retourné en Italie. Je n'ai jamais compris quelle était la vraie raison pour avoir le divorce à tous prix, peut-être cette histoire d'Italie. Mais si c'était une autre femme elle m'aurait dit: "D'accord, va en Italie pour six mois et vois toi-même", Je me serais brûlé les ailes, j'aurais voulu retourner et peut-être tout ce serait terminé ici. Mais d'après ce que je comprend maintenant il devait y avoir quelque chose d'autre. Donc le 12 octobre le divorce finit et je vins à Trieste. Je suis resté au chômage deux mois et ensuite j'ai trouvé un poste de garde assermenté.

D. Et ta santé? conséquences du coma?

R. Mais rien. Je faisais attention à ce que je mangeais, mais ça allait bien. Tout est arrivé parce que j'avais tellement bu, tu comprends? J'ai bu toutes sortes de choses parce que cela ne m'intéressait plus, parce que quand j'avais lu cette lettre je m'étais vu dans un cul-de-sac, chienne de vie. C'était complètement ridicule. Je n'arrive pas encore aujourd'hui à comprendre. Alors j'ai commencé à travailler en tant que garde assermenté et je faisais 280/300 heures par mois. Un mois je m'en souviens, 317 heures. Ensuite ma femme j a repensé, elle n'en pouvait plus, elle a eu une crise parce que dix huit ans ensemble c'est une vie, ce n'est pas un jour! Au début je ne voulais pas, mais ensuite j'y ai repensé et j'avais l'impression que ce qu'on avait fait n'avait aucun sens.

Elle m'envoyait de longues lettres où elle me disait qu'elle ne pouvait plus vivre sans moi, que les enfants doivent avoir un père de famille et à la fine elle est venue quinze jours à Trieste. Elle est venue mais je lui ai dit que je ne retournerai pas en Suisse. Elle avait dit qu'il n'y avait pas de problèmes et qu'elle aurait tout vendu, qu'il n'y avait pas de problèmes d'argent et qu'on aurait pu acheter une maison à Trieste, et en effet nous l'avions même cherchée. Ensuite elle a du repartir, les enfants étaient seuls. Mais quinze jours après elle m'envoie une lettre où elle me dit qu'elle ne veut plus rien savoir, qu'elle ne veut pas venir en Italie, qu'elle ne m'aime pas... Tu t'imagines comment je l'ai pris!

Ensuite ma ère tombe malade. Une nuit, à deux heures, j'étais de service dans une banque, ils viennent me dire que maman est morte... c'était le 20 avril.

Je continuais à travailler. Je n'avais aucune idée, envie de sortir, ça me cassait les pieds de me mettre en contact avec quelqu'un, un café de temps en temps avec un ami, mais surtout je travaillais, toujours. Quand il y avait quelque chose à faire j'étais toujours prêt, l'idiot de la compagnie pratiquement, parce que c'était toujours moi. Quatre jours après la mort de ma mère il m'est arrivé quelque chose de bizarre. Je faisais mon tour de garde vers deux heures du matin. Je devais aller dans quelques immeubles, magasins, et je passais dans une rue qu'on appelait "Chigago Street" parce qu'elle n'est pas bien fréquentée, surtout la nuit elle est triste... alors je finis ma tournée et j'informe la base que je suis en train de rentrer. Ils savent qu'en un quart d'heure je rentre. En route je rencontre un gars et une fille qui me disent avoir vu un type "suspect". Sur le moment je voulais laisser tomber, mais ensuite j'ai pensé que quelque chose pouvait arriver, comme ça je suis allé voir avec eux et il n'y avait rien.

Donc je repars et au bord de la mer je pense aller sur le quai parce qu'au mois d'avril les seiches viennent tout près du bord et je voulais, avec une lampe, les voir. Tout à coup j'éclaire un jeune, blue-jeans effilochés, blouson type militaire, une tête de plus que moi, longue barbe. Je vais pour lui demander qui il est et il tire son couteau! Sans rien dire. J'ai réagi automatiquement et je l'ai frappé au visage avec la crosse de mon pistolet, il trébuche sur une corde et il tombe dans l'eau. Je remet mon pistolet dans sa gaine et je le sors de l'eau. Et ça, cela a été mon erreur, je l'aide à remonter et je lui dis que je l'amène à la police. Dès qu'il a entendu le mot "police" il me bouscule violemment et je me cogne la tête sur une barque. Pour un instant j'ai senti le sol se dérober sous mes pieds, j'ai vu tout noir, mais pour un instant seulement. Lui s'il l'avait voulu juste à ce moment là, il aurait pu m'achever... mais cela devait être un professionnel. Je reprend me forces et je lui cours après. Et à un certain moment je me suis agenouillé et j'ai visé... et au même moment je me suis dit: "Si je me trompe, je le tue... et ce n'est peut-être qu'un maraudeur de quatre sous". Si je n'avais pas tiré avant, quand il a tiré son couteau devant moi... "je tire maintenant quand il a le dos tourné? Non. Non". Alors j'ai essayé de le rattraper. Rien. a la fin je suis allé à la base, en retard, mais je n'ai rien dit. Un peu parce que j'avais honte de l'avoir laissé échapper de cette manière et puis je ne me sentais pas bien. Je me suis allongé. Le lendemain et pendant trois jours de suite ça n'allait pas et je vomissais, mais après, tout c'est terminé et je n'y pensais plus. Un mois après environ, j'ai commencé à recevoir des coups de téléphone anonymes, menaçants, et comme je

ne comprenais pas pourquoi, j'ai raconté ce qui m'était arrivé en pensant que peut-être ce type voulait se venger... ah oui, parce que je ne t'ai pas dit que quand j'avais essayé de le rattraper j'avais vu des taches de sang par terre, petites, mais donc je l'avais blessé.

J'ai reçu les coups de fil pendant plus l'un mois et nous avons aussi un peu les nerfs tendus car il y avait eu un attentat dans un des immeubles où un faisait la garde, enfin on était toujours sur le qui-vive.

Ensuite j'ai trouvé un autre employeur, toujours comme garde assermenté, mais je travaillais moins et je gagnais plus!

Durant cette période j'ai rencontré A., enfin après des mois et des mois c'était la première femme que j'avais le courage d'approcher, pratiquement je me défendais contre quelque chose mais je ne savais même pas contre quoi. Avec A. il y avait une certaine harmonie. Elle m'aidait, elle venait chez moi, m'accompagnait au travail... mais un jour, en descendant les escaliers je tombe pour la première fois. C'était en octobre 1977. Je me relève, continue à descendre et je tombe une deuxième fois. Elle me soutient. "Fais attention où tu mets tes pieds" me dit-elle. "Oui, oui". dis-je.

Eh bien, j'ai pensé que cela pouvait être les chaussures qui avaient des talons trop hauts. Je me sentais comme ivre, ivre sans avoir bu.

Octobre est passé, je me souviens encore de novembre et ensuite... et ensuite je ne sais pas. Ensuite c'était décembre, non? C'était décembre et je me suis retrouvé au neurologique (Hôpital Général, Division Neurologique, NdA) et à partir de là le chemin de croix à commencé.

D. Qui est-ce qui t'avait hospitalisé?

R. Elle, A. A. avait appelé le docteur. ça n'allait pas, ma soeur était venue aussi. Ils m'amènèrent au neurologique, ils m'ont fait un tas d'analyses, un tas d'exams, des litres et des litres de phléboclyse, jusqu'au moment où, un jour... tiens, j'aurais avalé des centaines de cachets, électroencéphalogrammes, et ils ne trouvaient rien, ils ne savaient pas ce que j'avais et ensuite il m'ont fait signer un papier et ils m'ont fait la ponction lombaire, je ne me souviens plus quel mois c'était. Ensuite ils m'ont envoyé au "Sanatorio Neurologico" et là ils me...

D. Non, non. Attends une seconde parce que comme ça c'est un peu confus. Tu es tombé plusieurs fois dans les escaliers, ils ont appelé un médecin et qu'est-ce que le médecin t'a dit? Comment ça allait?

R. Je ne le sais même pas moi ce que j'avais. Rien. Non, je n'avais rien.

D. Eh bien? Comment ça, rien?

R. Rien, j'avais simplement des vertiges. Je tombais à la renverse et comme à l'hôpital il y en avait un qui tombait toujours en avant, je lui ai dit qu'on pouvait voyager en couple!

D. Minute, mais le premier médecin qui t'a visité, qu'est ce qu'il t'avait dit?

R. Non, à l'hôpital...

D. Te veux dire que la première visite dont tu souviens est à l'hôpital?

R. Mais je ne le sais pas moi, je me suis retrouvé à l'hôpital.

D. Tu veux dire qu'en tombant tu l'étais évanoui?

R. Je suis tombé dans les pommes, peut-être. D'une façon ou d'une autre je suis allé finir là-dedans!

D. Bref tu t'es réveillé à l'hôpital?

R. La situation n'allait pas mieux, au contraire ça allait de pire en pire. Je ne sais pas ce que les médecins disaient sur ce que j'avais... de toute façon ils me donnaient des médicaments. Des tas.

D. Combien de temps as-tu été hospitalisé?

R. Des mois.

D. Combien?

R. Beaucoup, je ne le sais pas exactement.

D. Mais un, deux ou six mois?

R. Je pense qu'entre dehors et dedans le tout aura duré une bonne année. Jusqu'au moment où ils m'ont fait signer un papier où je consentais... mais je n'allais vraiment pas bien, j'ai vu que les signatures de cette époque étaient toutes tremblantes. Je ne savais pas ce que j'avais, je pleurais sans raison, j'étais déprimé, j'étais, comment je pourrais de dire, fatigué; je pensais que c'était tout un ensemble, comment on dit? les nerfs

complètement brisés, parce que moi, même avec le rapport avec A., un bon rapport, je pensais toujours aux enfants, à la famille. Tu dois penser qu'après dix huit ans de vie commune, avec une famille, je me trouvais déraciné et amené dans un autre monde, seul entre quatre murs, tu comprends? Pratiquement la solitude, c'est-à-dire que j'étais avec des gens mais j'étais une âme seule, non? C'est ce qui est arrivé, c'est ça qui m'a détruit, plus qu'autre chose. Rien d'autre. Et tous les cachets qu'ils me donnaient. s'ils m'avaient envoyé à la montagne...

D. Mais tu n'avais aucun contrôle sur ce qui se passait? Et ta famille?

R. Mais non, moi non. Eux oui, ils s'inquiétaient mais ils ne pouvaient rien faire. Je tremblais de plus en plus. A deux heures de l'après-midi, après manger, j'étais calme, ils me donnaient la thérapie et je commençais à trembler, à transpirer. Et ils insistaient. Mon derrière était devenu comme du bois à cause de piqûres, les aiguilles n'entraient plus, mes bras étaient torturés, plein de sang à cause des *phléboclyses* (*perfusions*), des litres de phléboclyses. Mais je n'améliorais pas, j'empirais. De pire en pire, de pire en pire, de pire en pire.

Ensuite, ils m'ont expédié au "Sanatorio Neurologico", et ensuite encore autre part, je ne m'en souviens plus. Et ensuite A. m'a amené à Padoue, dans une clinique de luxe. J'y suis resté 24 heures. Parce que je me suis vu dans cette clinique avec les barreaux à la fenêtre et je me suis dit: "Zut, mais je suis en prison!". Je n'étais pas libre, comme les bêtes, et là je me déprimais encore plus.

D. Tu te souviens un peu de ce que les médecins t'ont dit?

R. Mais les médecins ne disaient rien, enfin moi je n'ai jamais su ce que j'avais. Peut-être étaient-ils intéressés seulement par l'argent! J'ai su seulement, il n'y a pas longtemps en demandant au Centre de via Gambini, ce que cela voulait dire "démence sénile précoce". Eh bien, après Padoue, je suis resté pour une dizaine de jours dans une autre clinique privée, le "Sanatorio Triestino".

Mais ils n'étaient pas spécialisés dans ce que j'avais, un truc de nerfs. Là, ils se relayaient pour ne jamais me laisser seul.

D. Qu'est-ce que tu veux dire par "un truc de nerfs"?

R. Parce que, d'après ce que j'ai compris, mes nerfs étaient complètement brisés. Je n'avais aucun mal. Je n'avais rien. Un collapsus de nerfs avec tout ce qui m'était arrivé lors de années précédentes... l'émigration aussi au début était dure tu sais... avec les italiens. Ensuite toutes les heures que je faisais pour économiser, le désaccord familial, et d'un autre côté, j'aimais bien ma femme, j'étais très attaché à mes enfants. C'est tout l'ensemble qui m'a provoqué cette chose. Ensuite tu ne dois pas oublier que je travaillais d'un minimum de 10 heures à un maximum de 15 heures, quelques fois 16 heures, par jour. Avec un repas seulement, je dormais très peu.

D. Pourquoi travaillais-tu autant?

R. Pas tellement pour l'argent, mais parce que je pensais qu'un homme, sans travailler devient... rien.

D. Mais alors tu ne restais jamais chez toi?

R. Chez moi? Pour quoi faire? Je suis en train de parler de quand j'étais ici, à Trieste, j'étais seul. En Suisse je restais à la maison, et comment! C'était ici que je travaillais d'une façon exagérée. Ici je ne faisais même pas les fêtes. J'ai travaillé à Pâques, à Noël. La nuit de Noël j'étais enfermé dans une banque. Toujours seul. Seul avec toi-même.

D. Mais, excuses-moi, si tu parles de collapsus nerveux cela veut dire que tu penses que les vertiges étaient associés à ce collapsus?

R. Oui. Qu'est-ce que cela pouvait être d'autre? D'après moi oui. Mais tout simplement ils me soignaient avec les drogues. Ils me donnaient des médicaments pour les maladies mentales et pratiquement ils me tuaient. D'ailleurs j'ai fini deux ou trois fois à la troisième division de médecine. J'étais mourant.

D. Comment ça mourant?

R. Par empoisonnement du sang.

D. Tu en es sûr?

R. Comment ça j'en suis sûr? Tu rigoles? D'urgence en plus, parce que j'étais sur le point de crever.

D. Je te demande encore si tu étais conscient de ce qui était en train de t'arriver et qu'est-ce que tu en pensais?

R. La seule chose que je savais c'est que je n'allais pas bien, mais je raisonnais très bien. Je vivais dans l'espoir que ces médicaments me fassent du bien, qu'ils me servent, me remontent. J'ai même cru qu'il existait un service où j'aurais pu être bien. J'étais drogué, drogué pas les médicaments. Ils m'ont fait la ponction lombaire... je suis tombé dans le coma... j'ai fait un horrible, horrible rêve. J'ai eu un cauchemar terrible. Je me

suis levé et j'allais me cogner de partout, c'est ce qu'on m'a raconté. Je me souviens très bien de ce rêve parce qu' ensuite je l'ai raconté.

Chaque docteur faisait sa thérapie! J'étais comme un cobaye, et on vraiment qu'un cobaye.

D. Mais écoutes, ce coma avec la ponction lombaire, comment tu en es sorti?

R. Ah, je ne le sais pas! C'était une éternité. Cela n'en finissait jamais.

D. Mais tu étais conscient?

R. J'étais conscient oui! Parce que c'était comme un rêve. Je sentais quelque chose dans tout mon corps dont je ne pouvais me libérer. J'étais... je ne sais même pas... une chose affreuse, je ne le souhaite à personne, je ne la souhaite...

Ensuite, je me suis échappé de là, en peignoir et chaussons... C'est la fois où j'ai terrassé le gardien, Je suis allé chez des amis, eux ils m'ont compris. J'ai pris une douche, ils m'ont donné des habits et je suis allé chez moi. Ils ont téléphoné à ma belle-sœur parce qu'ils avaient peur qu'il m'arrive quelque chose... c'était au mois de juillet, il faisait très chaud. Bien sur je suis arrivé chez moi et je n'avais pas les clés. Mon beau-frère voulait me ramener à l'hôpital. Je voulais rester chez moi pour en finir, car j'étais trop tourmenté, je n'y arrivais plus.

Ensuite je me suis décidé et je suis retourné à l'hôpital avec lui. Je suis resté là, à la troisième Division, deux ou trois semaines. Là ils m'ont lié les mains parce qu'ils disaient que j'étais méchant, je ne sais pas quoi, je ne voulais pas les laisser faire. Je ne me souviens pas des thérapies mais je me souviens des bracelets. Des amis qui m'ont rendu visite ont vu que j'étais lié, j'ai encore les cicatrices.

Au point où l'en étais je crois que personne ne voulait plus rien savoir de moi, en fin de compte après tous ces va-et-vient d'hospitalisation, ils s'en foutaient, dans le vrai sens du terme. Alors un soir, j'étais à moitié endormi, ils m'ont amené en ambulance au "Lungodegenti". Et de là aussi je me suis échappé.

Tu n'y a jamais été toi là-dedans? *Mamma mia!* Vas-y, vas-y une fois. Mais vas-y pendant la journée, pas le soir parce que tu prends peur! C'est une énorme salle, deux files de lits, une odeur de moisi et de gangrène. Ils sont tous vieux, 70/80 ans. Ils les amènent là pour mourir. Ils les amènent là, et là ils meurent, mais ils ne te font rien. Ils m'ont fait une piqûre pour dormir, je demandais toujours le piqûres, je ne pouvais... je ne pouvais pas vivre sans, car je n'arrivais plus à dormir. Le matin de bonne heure je me réveille et je commence à voir des ombres, mon Dieu... certaines sans jambes... "mais mon Dieu... où suis-je? Je suis mort alors?". J'ai pensé que j'étais mort. Je voyais des fantômes, cette puanteur. Ensuite je me suis rendu compte où l'étais et j'ai décidé de partir...

D. Tu n'avais vu aucun médecin, tu t'en souviens? Même avant d'être transféré aux "lungodegenti"?

R. Personne, aucun médecin, aucune explication.

D. Combien de temps y es-tu resté?

R. Combien de temps? Cette nuit là et ensuite j'ai filé! Tu rigoles! Je raisonnais tu sais? Je n'étais pas bête! J'ai dit: "à ce point-là non!"

Alors avec l'excuse du téléphone j'ai réussi à aller dans le jardin. Pour contrôler où l'étais, parce que je ne savais pas où j'étais! C'était un endroit complètement nouveau pour moi. Je t'ai dit qu'ils m'ont amené en ambulance. J'ai vu la route après le jardin. J'ai attendu un peu, toujours en chaussons et peignoir. Je suis arrivé sur la route, mais là dans le parc, même en peignoir personne ne faisait attention. Ensuite j'ai vu la grille principale et j'étais décidé à terrasser le gardien aussi, je pensais que je devais me faire bloquer par personne. J'ai eu de la chance et je suis arrivé, à pied, chez ma sœur et je lui ai raconté, je lui ai parlé de cet endroit étrange... elle a compris. Elle est allée à l'hôpital, elle a pris mes affaires, elle s'est disputée et elle est rentrée à la maison. Je suis resté là, chez elle, il y avait une de ses amies infirmières parce que je m'étais procuré du Talofen, et elle venait pour me le faire. J'avais une vieille ordonnance. Mais j'étais si saturé, qu'une piqûre par jour ne me suffisait pas... mais cette infirmière ne pouvait pas prendre la responsabilité d'en faire plus d'une par jour. Elle avait peur que je meure! Je n'en avais jamais assez. A la fine j'ai réussi à convaincre ma nièce de me procurer des seringues et je me les faisais tout seul, même sur la poitrine et les cuisses parce que sur le derrière les aiguilles se pliaient!

Je voulais seulement dormir, rien d'autre que dormir.

Ensuite je me suis repris tout doucement, c'est une façon de dire. Le médecin-chef du Centre est venu à la maison et m'a dit d'aller au Centre. Tu sais, vous vous faites attention que personne ne s'échappe. Mais enfin, ma sœur m'a dit qu'un dimanche ils m'ont vu me promener tout près du Centre, habillé mais sans chaussures. Tu peux t'imaginer? J'étais complètement abruti par les médicaments aussi je ne savais pas comment je m'habillais. Je ne savais pas. Je ne m'en souviens pas moi, c'est ma sœur qui me l'a dit. Et puis sincèrement j'ai des tas de trous de mémoire, des choses dont je ne me souviens plus. Et puis un jour je me suis mis en tête que je voulais aller en Suisse, parce qu'un jour j'ai eu une crise de pleurs chez ma sœur et je lui ai dit que je voulais voir mes enfants. J'avais une grande nostalgie, je voulais les voir à tous prix. On était environ au mois d'octobre 1978. Alors ma sœur e a parlé au médecin-chef du Centre et il a dit: "Oui, tu y iras, attends encore un peu...", parce que j'avais la fois où ils m'avaient lié... une ténosite, je boitais, je marchais mal, ils devaient me soigner et alors le médecin-chef m'a dit: "Attends que cela passe, nous mettons une voiture à ta disposition", et il y avait un infirmier qui m'a dit qu'il m'aurait accompagné en voiture. Parce qu'ils avaient peur de me laisser partir tout seul, que quelque chose m'arrive; le médecin-chef était lui-même intimement

convaincu, comme les autres, que j'avais cette fameuse démence sénile précoce, ce diagnostic. J'insistais. C'était la fin de novembre, je me suis acheté un billet et je suis parti. J'ai mis à la poubelle tous les médicaments et à partir du moment où j'ai arrêté de les prendre je me suis aperçu que je tremblais de moins en moins et que je mangeais plus, je transpirais moins, jusqu'à ce que le tremblement petit à petit ait disparu. Alors j'ai compris que c'étaient les médicaments qui m'avaient provoqué ces effets et encore maintenant si j'ai mal à la tête je ne prend aucun cachet parce que je me dis: "comme il est arrivé il doit s'en aller" et c'est comme ça. Pratiquement ce que j'ai eu c'est seulement des faux diagnostics, rien d'autre. parce que s'ils m'avaient envoyé à la montagne deux mois... en mangeant, en me soignant un peu les nerfs, ça aurait été, ça serait fini.

Au lieu de ça, qu'est-ce-qu'ils ont fait? Ils m'ont fait des cures de sommeil et tout le monde faisait la thérapie qu'il voulait, à chaque nouveau médecin la thérapie changeait.

D. Ecoutes, mais pendant toute cette période l'hospitalisation - plus d'un an - il n'y a jamais personne qui t'a demandé qui tu étais, ton histoire?

R. Oui, un docteur me l'a demandée et il l'a même écrite, et ensuite je l'ai lui et d'après moi il y avait un tas de mensonges qu'il a dû inventer.

D. Par exemple?

R. Mais par exemple que je souffrais d'impuissance, je ne sais pas si je lui ai dit, mais en vérité c'est que des fois je ne voulais pas... j'étais trop triste... et puis j'ai quelques fiches médicales, tu peux les voir...

D. Alors on peut donner des extraits des fiches médicales sans mentionner les service et les médecins...

R. D'accord.

Extraits de fiches médicales

03.01.1978

Diagnostic de l'accueil:

Syndrome dépressif.

Avis du médecin: "La description faite de ses troubles est théâtrale. Il raconte des détails de sa vie pour attirer l'attention. Evidente et marquée une hypertrophie du Moi, tendant à cacher ses insuccès et frustrations. Examens neurologique et objectif semblent négatifs. On le laisse sortir en conseillant une psychothérapie ambulatoire.

12.01.1978

Diagnostic à la sortie de l'hôpital:

Crise d'anxiété d'une personnalité anormale.

Somatisation de l'appareil digestif.

Tachycardie paroxystique.

Sensations de vertiges, paresthésie.

15.01.1978

Diagnostic à l'accueil:

Hallucinations et confusion.

29.01.1978

Diagnostic à la sortie:

Confirmation du diagnostic précédent sur une probable base organique.

Il est envoyé dans... un autre service.

03.02.1978

Diagnostic à l'accueil:

Syndrome psychorganique évolutive.

Situation et examens dans l'hospitalisation:

Aggravation asthénie, aboulie, anorexie.

Ralentissement psychomoteur. Céphalées et nausées.

Pneumo-encéphalographie: atrophie cérébrale supposée.

22.02.1978

Diagnostic à la sortie:

Supposée épi-sintomatique.

Syndrome dépressif-anxieux avec des aspects de somatisation et atypiques.

07.03.1978

Diagnostic à l'accueil:

Syndrome dépressif-anxieux avec des aspects de somatisation et atypiques.

Epi-sintomatique.

19.03.1978

Diagnostic à la sortie:

Signe de souffrance encéphalique diffuse avec modifications électroencéphalographiques en atrophie cérébrale (démontrée à la Tomographie Computérisée et à la pneumoencéphalographie).

Epi-sintomatique?

Syndrome dépressif avec aspects atypiques avec une personnalité anormale.

22.03.1978

Diagnostic à l'accueil:

Grave état de confusion mentale et cris dépressive.

Avis du médecin durant l'hospitalisation:

Tomographie computérisée et pneumoencéphalographie auraient sans équivoque (souligné par moi-même, N.d.A) mis en évidence une atrophie cérébrale diffuse de cause à pour l'instant inconnue.

29.03.1978

Diagnostic à la sortie:

Atrophie cérébrale.

Démence sénile précoce.

En examinant les fiches médicales il est très difficile de pouvoir dire quels sont les médicaments, parmi ceux qui sont normalement pris, qui n'ont pas été administrés au patient.

D. On s'était arrêté au moment où tu étais venu pour la première fois au Centre de Santé Mentale, si je ne me trompe pas vers la fin de septembre 1978; de toute façon les médecins du Centre te connaissaient déjà parce qu'on les avait appelés à l'hôpital pour avoir leur avis. Je voulais te demander quel genre d'attitude a eu le Centre à ton égard?

R. Ils me faisaient de petites phléboclyses, mais si j'ai bien compris c'était seulement des vitamines et il y avait le médecin-chef qui s'occupait de moi de temps en temps. Je me souviens qu'un jour il y avait une fête (théâtre de rue, organisé par le Centre, N.d.A) et le médecin-chef m'a dit: "Allez D. viens avec moi, on va voir la fête. On y va tous les deux, ensemble". "Non, non". J'ai dit, mais ensuite je suis descendu. Je ne restais jamais tranquille, je n'avais jamais un moment de répit. J'étais incapable de rester tranquille, assis, comme maintenant pour parler avec toi. Je restais deux minutes et je repartais. Ou je restais allongé ou toujours en mouvement. Mais je peux te dire qu'à l'hôpital j'ai été torturé. Torturé de toutes les manières.

D. Non, minute, parlons de comment tu allais au Centre. Tu t'en souviens?

R. Eh bien, je ne sais pas... je me souviens la fois où tu voulais que nous allions acheter des grosses chaussettes et je t'ai dit que je ne voulais pas et tu disais que s'avais raison, que je ne tremblais sûrement pas à cause du froid, mais que c'était déjà l'hiver et que je ne pouvais pas me promener si peu habillé... et puis moi je ne sais pas ce que vous disiez sur moi... pendant vos réunions.

D. Eh bien, on était pas mal embarrassé parce que tu étais arrivé au Centre avec ce diagnostic. On parlait beaucoup de toi parce qu'à cette époque tu étais peut-être le cas le plus délicat. Le médecin-chef nous avait expliqué qu'il y avait un diagnostic... sans espoir.

Que toi, à 40 ans c'était comme si tu en avais 70, que c'était seulement une question de temps.

R. C'est-à-dire?

D. Eh oui... combien de temps tu... tu aurais vécu.

R. Rien d'autre?

D. Une question de temps. Cependant on voyait une personne... c'est-à-dire un diagnostic qui dit qu'il n'y a plus rien à faire, mais une personne concrète et on voyait le tremblement, l'inquiétude, la difficulté de concentration, la tristesse, la solitude... Un jour on a compris... décidé... que si on avait pensé sans arrêt au diagnostic... et on a décidé de repartir à zéro... de s'occuper de toi comme si le diagnostic n'existait pas. Alors il y a eu une progressive réduction des drogues, on a parlé avec toi et commencé à découvrir ton histoire, les vitamines...

R. Oui, tu ne donnes pas les vitamines à une personne pour laquelle tu penses qu'il n'y a plus rien à faire

D. Oui, mais tu étais aussi physiquement dans un mauvais état. On devait te redonner... de l'énergie.. physiquement aussi. De toute façon, à ce moment là, on était arrivé à seulement deux ampoules de Valium par jour...

R. Oui, je me souviens, mais ensuite quand j'ai dit que je voulais partir... vous avez eu peur que je meure en route?

D. Hum, maintenant c'est facile à dire! Au contraire ton idée de partir nous avait semblé bonne, c'est un signe de vie. Enfin on a un peu fait traîner les choses en longueur jusqu'au moment où on avait l'impression que tu aurais pu partir...

R. ... et tu te souviens quand j'ai téléphoné de Suisse, que tout marchait bien?

D. Bien sûr! Nous étions vraiment contents.

R. Ce n'a pas été un miracle. Aux miracles les sciences ne doivent pas y croire, non? Quelqu'un s'est trompé. Ils se sont trompés à l'hôpital.

D. Je voudrais te reposer une question. Un tas de gens a examiné ta maladie, mais personne ne t'a demandé si tu avais des raisons de ton "mal-être"?

R. Non, personne ne me l'a demandé.

D. Voilà, tu ne crois pas que c'est une question importante?

R. Bien sûr que c'est une question importante. Je pense que cela devrait être une des premières choses à faire. Demander.

D. Tu penses que tu aurais été capable de le dire?

R. Je pense que je l'aurais été. Je pense que oui. Pourquoi pas? J'aurais exposé mes problèmes véritables, comme je te les ai racontés. J'étais désespéré. Au dedans de moi-même je souffrais. Tu vois, pour moi autant A. que ma sœur, mes frères et quelques rares amis, parce qu'il y avait vingt ans que je n'étais plus à Trieste, eux ils se sont aperçus de la solitude que j'avais dedans, tu comprends? Ils n'ont pas réussi, ils n'ont pas été capables de me sortir de ce conflit que j'avais dedans.

D. Mais toi, tu ne leur en avais jamais parlé?

R. Comment je pouvais faire? Avec qui? Je n'avais confiance en personne.

D. Mais avant que ça aille mal?

R. Je n'en ai parlé avec personne. Au contraire, je te dirais que certaines fois quand j'étais avec A. je l'appelais R. Quand ça allait mal, mal, mal, en moi-même je l'appelais du nom de ma femme.

D. Mais pourquoi tu ne parlais avec personne?

R. Je ne sais pas, souvent je marchais au milieu de milliers de personnes mais j'étais seul, seul.

D. Qu'est-ce-que cette histoire t'a enseigné? Excuse-moi pour la question...

R. J'ai appris à vivre et à regarder avec un peu plus de respect les autres, ceux qui ne sont pas bien. Chercher de comprendre mon prochain. C'est tout. Chercher de comprendre et si tu peux aider, ne pas dire: "J'ai le ventre plein et je m'en fiche de ceux qui l'ont vide". Sans compter que celui qui à la ventre plein ne croit jamais que quelqu'un d'autre l'a vide! Mais si j'avais vraiment ce genre de mal... je serais comme un gamin, comme un fou. Je crois que ce qui m'a sauvé c'est l'entêtement, l'idée de mes enfants. Je crois que je dois me remercier moi-même, mes fils, la force qui m'a permis de comprendre que quelque chose ne marchait pas, que quelque chose n'allait pas.

J'avais la terreur de cet hôpital, de ces hommes en blanc qui venaient me chercher et me faire faire la navette. Je ne comprenais pas ce qu'ils me faisaient. Je ne réussissais pas à comprendre pourquoi ils le faisaient! Quand ils me liaient, pourquoi ils me liaient? C'était ça le problème. que sous prétexte de vouloir me guérir, eux ils faisaient peut-être des expériences. Je vivais dans un espoir ridicule avec ces médicaments! Le plus drôle c'est qu'avec tout ce que j'ai eu je n'ai pensé d'avoir une tumeur. J'ai pensé à tout, mais pas à une tumeur.

Je me disais que je m'en sortirais.

Un jour à la maison j'ai pris tous le médicaments et je les ai écrasés par terre avec les pieds.

"Je n'en veux pas, ça suffit".

Crois-moi, c'est dur tu sais!

Une fois je voulais prendre un bain mais je savais qu'il y avait ces attaques de tremblements. Mes jambes se bloquaient, je n'arrivais plus à les bouger. Donc pour prendre un bain je savais que je devais me dépêcher car j'avais les attaques, c'était terrible si en route je sentais le premiers signes, je devais courir chez ma sœur et m'allonger pendant une heure avant que cela aille mieux. Donc je sors du bain, j'avais presque fini de m'essuyer et... je ne sais pas combien de temps je suis resté là, jusqu'au moment où la police et les pompiers sont arrivés.

D. Comment ont-ils fait pour savoir que cela n'allait pas?

R. C'est moi qui les ai appelés, écoutes comment! Après être resté par terre, je ne sais pas combien de temps, en tombant et retombant, en me traînant... je voulais arriver jusqu'au lit et à la porte de la chambre je me suis écroulé sur un guéridon où il y avait la radio, la télévision et le tourne-disques. En attendant il commençait à faire noir. Tout le long du dos j'avais une forte douleur, indescriptible. Bref, je suis arrivé jusqu'à la cuisine et avec une chaussure j'ai commencé à taper par terre. Tout ça sans réussir à marcher, en me traînant, parce que chaque fois que j'essayais de me lever, je tombais.

Alors j'ai commencé à frapper, frapper, frapper avec cette chaussure. Rien. Rien. Alors j'ai réussi à m'asseoir sur un fauteuil. tout d'un coup j'ai ouvert les yeux. Il y avait la lumière allumée et deux agents de police me regardaient, il y avait les pompiers. Ils avaient réussi à ouvrir la porte. Ceux de l'étage d'en dessous les avaient appelés.

Ensuite ils m'ont amené en ambulance... il m'est arrivé des choses qui ne tiennent pas debout, ce n'est pas possible qu'un être humain puisse en supporter autant. C'est un contresens. Regardes, ce qu'ils m'ont fait tu ne peux même pas l'imaginer, parce que tu ne sais pas même si tu lis les fiches médicales, tu vois seulement des numéros et des paroles étranges... c'est ça, c'est tout.

enfin je voulais te raconter la chose la plus bizarre qui m'est arrivé, il y avait une sœur et me dit: "D. pourquoi tu ne vas pas à cette petite église, ici dans l'hôpital, tu passes par le jardin, mais fais attention au soleil qui peut te faire mal". J'ai quand même décidé d'y aller et je marchais d'un côté du jardin, sous les arbres, et à un certain moment alors que j'étais presque arrivé, un tremblement m'envahis la tête, sous les arbres, et à un certain moment alors que j'étais presque arrivé, un tremblement m'envahis la tête... mon Dieu, je ne savais de quel côté me tourner, je venais juste de prendre me médicaments, je ne me souviens plus ce qu'ils m'avaient donné, une autre sorte, une nouvelle piqûre aussi, j'ai réussi à rentrer, j'étais trempé de sueur, j'étais comme fou, je pensais: "J'en ai assez, c'est la fine, qu'est-ce-qu'il m'arrive?" Ils m'ont mis au lit et j'y

suis resté une semaine et ils ont compris que c'était le nouveau médicament. Je me souviens très bien que la sœur m'avait recommandé de prendre les médicaments avant d'aller à l'église, "Que souvent ils font des miracles!" elle m'avait dit.

Quelle attaque cette fois-là, écoutes j'ai eu une peur incroyable, tu ne peux pas t'imaginer!

Electrocardiogrammes, électroencéphalogrammes, aiguilles dans la tête et ça n'en finissait jamais. Une fois, même à Udine. Là ils m'ont fait la tomographie; ils m'ont mis la tête dans une sorte de boîte en verre ou en plastique, je pense qu'ils m'ont photographié la tête, le cerveau... je pense, je ne suis pas sûr.

Mais je me souviens de tout quand ils m'ont fait la ponction lombaire, pour quelqu'un qui avait la démence sénile précoce j'ai une de ces mémoires! Je peux te raconter tous les détails! Donc, il y avait une grande salle carrée et il y avait une sorte de fosse et une machine, tu sais pourquoi je m'en souviens? Parce qu'elle ressemblait beaucoup à une table tournante qu'on utilise pour souder, mais à la place du tube et du morceau de fer, ils mettaient un homme. Regardes, j'étais lié et je ne pouvais même pas bouger le petit doigt, la tête entre les jambes et tout ça sur un drôle l'appareil qui bougeait et eux en le tournant ils pouvaient te mettre comme ils le voulaient.

Ensuite, deux piqûres latérales, sur les hanches, je ne sais pas ce que c'était et... ensuite cette aiguille entre les côtes et la deuxième qu'elle est rentrée je n'ai plus résisté, je suis tombé dans les pommes, dans le coma, ils m'ont mis sur un brancard. La première fois après que l'aiguille soit entrée dans le dos, ça n'a pas été très douloureux, une chose très forte... mais la deuxième je suis tombé dans le coma, quand j'ai ouvert à nouveau les yeux je ne sais pas combien de jours étaient passés. Je m'en souviens très bien de ça. Pas peur, mais quelque chose de pire. Une peur qui est par exemple: tu es encore en vie et tu crois que tu vas mourir, mais tu es encore vivant... ça c'était vraiment pire, différent, vraiment pire. Un cauchemar qu'encore maintenant...

D. Attends, tu n'es pas obligé d'en parler.

R. Non, de toute façon les paroles ne pourront jamais expliquer... l'allais dans une sorte de galerie, j'étais dans un endroit sombre et froid, plein de croix. Je pensais que l'étais déjà mort, tu comprends? Ce poste était horrible, je ne pouvais absolument rien faire, comme une sorte de brouillard... croix de fer... Et ce cauchemar a duré plus d'une semaine, même quand l'étais éveillé, enfin d'après ce qu'ils m'ont raconté, j'étais lié et je m'agitais, je me levais et je me remettais au lit et je ne parlais de rien d'autre que de cet endroit et de Mister Briggs.

Plus tard j'ai lu une fiche médicale: "On ne comprend absolument pas ce qu'il dit, délirant - une chose comme ça - il parle sans arrêt avec un inexistant Mister Briggs". Mais tu sais que c'est peut-être ce Mister Briggs qui m'a sauvé! Tu sais qui c'était ce Mister Briggs?

D. Non, jamais entendu parler!

R. C'était le personnage d'un film que j'avais vu en Suisse. Un personnage - comment on dit? - imaginaire! En bref, il y avait un grand-père et son petit-fils dans ce film et ce Mister Briggs, avec une veste à carreaux, un type doux, il apparaissait à l'improviste, descendant d'un arbre, devant le grand-père et lui disait que bientôt il viendrait pour prendre l'enfant. Lui en fait il était la mort! Alors le grand-père se désespérait, mais ensuite comme il n'y avait plus beaucoup de temps il essayait de rester avec son petit-fils. Puis Mister Briggs vint prendre l'enfant mais le grand-père n'est pas désespéré car il a compris que Mister Briggs n'était pas méchant.

Tu as compris? Alors quand tu penses qu'il était dans mon cauchemar. Tu t'imagines sept jours comme ça!

Et ceux-là toujours avec les médicaments! Et ils ne comprenaient pas. Ensuite ma soeur m'a raconté qu'ils étaient toujours auprès de moi. Mais j'étais mort... et eux sur la fiche médicale ils écrivent que je parlais d'un inexistant Mister Briggs, comme pour insinuer que j'étais fou...

D. Ecoutes, reprenons de moins loin, quand ça allait déjà mieux, c'est-à-dire en Suisse.

R. Quand je suis parti pour la Suisse, je suis parti avec des provisions! mais de médicaments! somnifères et autre contre le tremblement et des vitamines, mais j'ai tout à la maison parce que je n'en ai même pas pris un! alors...

D. ... mais ta femme et tes enfants ne savaient pas ce qui t'était arrivé?

R. Ils savaient que je n'étais pas bien, mais ils ne savaient pas ce que j'avais eu. Il y avait deux ans que je ne les voyait pas. Eh bien, alors j'y suis allé et je logeais chez un ami, allemand, on avait travaillé des années ensemble, il était adventiste. La première fois que j'ai vu ma femme et mes enfants c'était justement chez cet ami qui les avait invités à dîner, elle était un peu agressive... mais en fine de compte, ensuite on se voyait tous les jours, on mangeait quelques fois ensemble, chez elle. Puis le jour est arrivé où j'avais épuisé tout mon argent et je devais donc retourner en Italie. Puis le jour de mon départ est arrivé et, alors que l'on s'était déjà dit au revoir, elle est venue à la sortie de l'usine où j'étais allé pour dire au revoir à M. Et donc qui je trouve là? Elle, avec la voiture. Et elle me dit que je ne dois pas oublier que j'ai deux enfants et elle me dit: "Toi, ne compte pas t'en aller avec tant de facilité!" "Et qui m'en empêche?" dis-je.

Au même moment M. arrive et dit en souriant: "Voilà mes deux colombes!" et elle dit: "Voilà mes deux hommes". En fait ça c'est terminé que nous sommes allés tous les trois au restaurant et l'atmosphère était détendue.

Et en route, alors que nous étions tous les trois bras dessus bras dessous, elle dit: "Tu sais ce qu'on va faire maintenant? On va chez ton ami, tu prends tes affaires et tu viens à la maison. Tu n'as pas besoin d'habiter

chez des étrangères, tu as une maison". Alors je l'ai avertie de ne pas rigoler, de bien y penser. Mais elle a insisté. "Je ne t'embêterai pas" elle m'a dit. Le gars aussi m'a donné un coup de coude comme pour me dire "acceptes" et ça était comme ça. Je suis allé à la maison et j'avais une chambre pour moi tout seul. Le deuxième jour, tard dans la soirée, elle vient dans ma chambre et elle me dit: "Tu sais je n'ai pas sommeil, tu me fais un peu de place?" Le lit était pour une seule personne. "Tu sais je dois te parler". Et comme ça nous avons parlé et autre chose aussi, tu as compris quoi! Et comme ça les journées commençaient à aller un peu mieux, du moins c'est l'impression que j'avais; ma fille se rapprochait de moi, on allait se promener, faire les commissions, on sortait le soir.

Mais ensuite, un jour ma femme tombe malade, elle a une crise de dépression, et on pensait que c'était moi la cause de la crise. Mais son médecin qui la soignait depuis longtemps me dit que les causes venaient de beaucoup plus loin dans le temps, parce que ma femme, quand elle avait trois ans environ, en 1943, on s'était défait d'elle, parce que ma belle-mère travaillant, elle avait six enfants et alors elle l'avait donnée à une famille de paysans qui habitaient dans un village et elle y était restée presque un an. Après un an elle est retournée la chercher, mais elle, elle restait dans le bras de l'homme qui lui avait servi de père. Et ça ce sont des souvenirs qui restent parce qu'ils disent que le développement de la sexualité est... comment on dit?... troublé, parce qu'on l'enlève des bras du père, cela reste dans ta psyché et que des crises de dépression se manifestent même après 20, 30 ans. J'étais contre le fait qu'elle aille dans une clinique parce que je pensais que rester à la maison, entourée d'un peu d'amour, cela aurait été mieux, mais un jour son docteur m'a demandé de la convaincre... je ne pensais pas que cela aurait pu lui faire du bien, mais je l'ai laissée décider d'elle-même et elle a décidé d'y aller. L'ambulance est arrivée, deux hommes, ils disaient être deux infirmiers, tu aurais dû les voir, avec ces longs manteaux on aurait dit la Gestapo. Il manquait six jours avant Noël et j'ai dû organiser toute la vie de la maison, mais c'était quand même beau car ainsi j'ai repris un rapport direct avec mes enfants, pour leur apprendre aussi à se débrouiller un peu tout seuls et à ne pas être servi en tout et par tous.

D. Ecoutes, mais tu avais été en Suisse avec un brut bien précis?

R. Non, la seule raison était que j'avais une grande envie de voir mes enfants, c'est tout. Je ne pensais pas le moins du monde à vivre avec elle, après la dernière vacherie qu'elle m'avait faite comment aurais-je pu imaginer une chose pareille!

Elle était à la Clinique, un lieu fermé comme une prison, et je suis allé lui rendre visite à la veille de Noël et je lui ai proposé de rentrer à la maison parce que là son état n'avait pas changé et je pensais que cela lui aurait fait du bien de passer Noël avec nous. Elle était d'accord, les médecins pas, je pense que ce n'était qu'une question d'argent. Enfin j'ai dû menacer d'appeler la police, parce que notre divorce était valable en Suisse mais non en Italie et de ce fait je prenais sur moi la responsabilité de sa sortie de la Clinique. Et ainsi nous avons passé Noël ensemble, une fête comme les autres années quand nous vivions en bonne harmonie, pareil. On s'est fait des cadeaux, rien n'était changé, comme dans toutes les familles, un arbre jusqu'au plafond!

Ensuite nous sommes partis, elle et moi, en excursion pour quelques jours et au retour elle a commencé à dire que je ne devais pas partir mais la situation n'était pas facile car au Consulat ils n'avaient dit que je pouvais retourner en Suisse quand je voulais, en tant que père de famille, mais que j'avais perdu mes droits et à la Police des Etrangers aussi on m'avait dit que j'avais perdu mes droits et que si je retournais en Suisse je pouvais faire seulement les travaux le plus humbles et les plus mal payés. Mais, mais il y avait une solution! Le chef de cette police nous dit: "Il suffit que vous vous remariez, et vous Monsieur D. vous reprenez ainsi vos droits et vous pouvez reprendre votre travail après un an". Alors elle dit: "Très bien, on se marie tout de suite". Nous sommes allés au Bureau de la Municipalité de W. et tu peux t'imaginer la confusion: pour pouvoir se remarier en Suisse on devait d'abord divorcer en Italie, et comme tu le sais c'est pas des plus facile de divorcer et ça coûte aussi! Et comme ça deux mois étaient déjà passés et je suis retournais en Italie...

D. Minute, mais tu es rentré convaincu que tu aurais de nouveau réuni ta famille?

R. Bien sûr, j'en étais certain. Je suis rentré pour savoir comment on pouvait le faire ce divorce en Italie pour ensuite me remarier. On se téléphonait tous les jours, et peu de temps après elle a commencé à hésiter encore une fois. Mais je dois te dire encore une chose: l'année où j'étais parti elle s'était mis dans une secte, ce sont des évangéliques qui sont sortis de l'église mère, une branche à part, si tu le voyais, ils sont comme des déficients, ils jouent de la guitare, avec les yeux fermés, les mains en l'air, ils boivent du thé, mangent des gâteaux, ils font des fêtes dans l'église même. Et pendant ces deux mois elle m'avait amené plusieurs fois avec elle, et cela m'avait semblé un vrai asile!

Eh bien, comme ça ensuite elle m'a écrit qu'elle ne voulait plus rien savoir, au téléphone aussi, rien à faire.

D. Mais quelles en sont les raisons?

R. Je ne sais pas. Aucune raison. Alors j'ai vu clair dans son jeu et j'ai compris qu'il y avait quelque chose là-dessous et maintenant je sais même qui... mais maintenant elle ne fréquente plus cette personne... ensuite à Pâques j'y suis retourné.

D. Pourquoi y es-tu elle?

R. Mais pour voir les enfants. Et elle, elle aurait eu une autre possibilité de se rapprocher. Notre fils n'habitait plus avec elle et je suis allé habiter chez lui. Elle me faisait voir notre fille. On s'est vu deux fois seulement et à chaque fois elle n'a fait que demander de l'argent, rien d'autre que de l'argent. De son côté elle ne pensait à rien d'autre.

D. Mais qu'est-ce que tu faisais pendant ce temps-là en Italie? Pourquoi continuais-tu à aller au Centre, tu n'allais toujours pas mieux?

R. Eh bien, pas bien oui, mais pas comme avant, mais par dessus tout autre problème, je n'avais pas de travail, l'insomnie, les mêmes que j'ai encore maintenant, tu les connais non? De toute façon quand je suis allé en Suisse nos rapports ont été très froids. Déjà à la première rencontre elle m'a demandé de l'argent et je lui ai dit de foutre le camp car elle me dégoûtait, c'est tout, voilà. Je lui ai dit: "Tu ne me veux pas en tant que personne, tu veux seulement mon argent, tu es mauvaise". C'est tout.

Je pense que dure comme elle est elle aura une vie encore plus dure que la mienne. Maintenant, tu parles...

D. Ecoutes, mais ces propos de... de redevenir ce que tu étais auparavant, le droit au travail...

R. Je veux être ce que j'étais avant, tu comprends?
Ne dépendre de personne.

D. Mais alors qu'est-ce qui est arrivé, tout allait bien après ce voyage en Suisse, et as-tu pensé à te remettre à travailler?

R. Oui je commençais à aller bien, de mieux en mieux, mais avant toute chose je devais me mettre en règle parce que pendant la maladie ma sœur avait déjà demandé la retraite comme si je ne pouvais plus continuer à travailler, mais déjà à Noël quand j'avais décidé de repartir en Suisse pour travailler, j'avais téléphoné à ma sœur pour qu'elle bloque les démarches de mise en retraite. Je suis jeune, enfin à 44 ans on ne va pas à la retraite! Maintenant il faut voir s'ils peuvent me réintégrer de nouveau complètement, comme j'étais avant.

D. Qu'est-ce qui est arrivé au juste? Comment et quand t'es-tu aperçu que tu ne pouvais pas, qu'on ne te laissait pas reprendre le travail?

R. C'est simple, parce que quand je suis allé chercher un emploi, je suis allé voir le préfet pour voir si j'avais quelques possibilités mais il m'a dit que vu le diagnostic indiqué je n'aurais pas pu refaire le garde assermenté - qui a les mêmes fonctions qu'un normal agent de police - et ils ne pouvaient plus me rendre le port d'armes et il m'a dit que même si un agent de police avait eu un diagnostic comme le mien, ils l'auraient suspendu.

On était déjà en avril 1979. Je me suis fait faire un certificat par le Centre et je l'ai apporté au Préfet, mais il m'a dit que ce n'était pas suffisant, qu'il voyait bien que j'étais sain mais qu'il ne pouvait pas prendre sur lui la responsabilité de redonner une arme à quelqu'un qui avait eu un diagnostic comme le mien.

Enfin il ne m'a pas dit que j'étais fous, que j'étais dérangé, mais enfin il me l'a fait comprendre... enfin si le pistolet m'échappait et qu'un coup partait, si ça arrivait justement à moi, ils auraient dû s'enfermer eux-mêmes en prison! Il n'avait pas tous les torts. Comme ça il m'a dit que si ceux de l'hôpital s'étaient trompés de diagnostic ils devaient d'admettre et me donner un certificat où ils disaient que je pouvais porter une arme sans danger pour moi et pour les autres. Attester que j'étais vraiment sain! A 100%!

Et c'est ainsi que la chasse aux certificats a commencé! Mais je dois dire que ceux de l'hôpital ils en sont resté baba quand ils m'ont revu en circulation, tout guilleret; même qu'un jour j'ai rencontré dans la rue un médecin qui m'avait soigné, du Service Neurologique je crois. Il m'avait fait un tas de civilités et il m'avait même dit d'aller lui rendre visite à l'hôpital! pour une visite de contrôle! Tu peux t'imaginer! Ceux-là ils pensaient encore à me mettre la main dessus. Et moi en souriant je lui ai dit que j'y irais et que je serais content de discuter avec lui mais qu'ils ne comptent pas me faire des examens!

D. Bon, continues avec ordre cette histoire de certificats.

R. Oui, les certificats du Centre, même celui du médecin-chef, pour la police n'étaient pas suffisants parce que le Centre était entré en dernier dans mon histoire. C'étaient les certificats du Service Neurologique et de la Clinique Psychiatrique qui m'étaient nécessaires. Eh bien, je te raconte seulement que cette histoire a commencé au mois d'avril 1979 et maintenant on est en juin 1981, et c'est seulement maintenant, après de nombreux rendez-vous, explications, travail raffiné sur chaque parole, que finalement j'ai réussi à avoir un des deux certificats. Je suis allé avec le médecin-chef du Centre à la Clinique Psychiatrique parce que le Directeur voulait me voir et quand il m'a vu... "C'est impossible qu'il ait eu cette maladie, c'est ridicule" - a-t-il dit et il m'a donné un certificat très... vraiment bien.

Ensuite la Préfet a dit au médecin-chef du Centre que les certificats devaient démentir le faux diagnostic, mais que lui aussi devait dire que je pouvais porter une arme sans danger pour moi et pour les autres et le médecin - chef lui a dit que oui! Et eux ils sont rentrés un peu... surpris, peut-être parce qu'ils ne s'attendaient pas à ce que le médecin puisse garantir jusqu'à ce point là... enfin je devrais vraiment être idiot pour nettoyer mon pistolet alors qu'il est chargé, qu'il m'échappe, parte un coup, tue celui qui passe... et puis on verra bien comment ça se terminera.

Et puis tu sais ce que je te dis, il y a deux solutions: ou je suis invalide, malade et alors zut, j'ai droit à la retraite; ou je suis sain et j'ai le droit de travailler et si cette chose là ne se résout pas je vais au Tribunal parce ce n'est pas possible.

D. Je voudrais que tu expliques mieux qu'est-ce-que cela veut dire pour toi "être comme avant", cette décision de vouloir être reconnu "comme avant".

R. Pour reprendre ma... ma personnalité, mon mien nom d'un chien, comme toi tu l'as! N'être plus considéré comme un malade, un handicapé, quelque chose comme ça. Tu comprends? Je suis quelqu'un, un homme quelconque de la rue, don Dieu... voilà ce que je veux être. Je veux arriver à ça. Tu as compris? Ce pistolet pour moi c'est un symbole, c'est une chose de principe...

... peut-être que quand je l'ai obtenu je le laisse tomber, mais de même que moi je te fais confiance à 100% toi aussi tu peux me faire confiance... mais comment je fais à te faire confiance si je sais que toi là-dedans, dans la tête, ça ne fonctionne pas?

D. D'accord, mais tu ne l'a pas écrit sur la figure que...

R. ... c'est écrit partout et toi tu le sens que tu l'as cette marque... voilà ce que c'est.

ANNEXE I *

**DOCUMENT DE DISCUSSION INTERNE DE L'EQUIPE DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE TRIESTE
SUR LA COOPERATIVE « TRAVAILLEURS UNIS »
JUN 1973**

CONSIDERATIONS SUR LE TRAVAIL DES HOSPITALISES A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE PROVINCIAL DE TRIESTE

L'organisation des Services de l'Hôpital Psychiatrique Provincial de Trieste a aujourd'hui en commun avec toutes les autres institutions asilaires existantes le fait de s'appuyer sur l'appropriation du travail des patients.

Tous les travaux les plus humiliants et les plus lourds de l'Hôpital, du nettoyage des toilettes à celui des assiettes, du ramassage des ordures à la prestation de services variés en laverie et en cuisine, de la confection de matelas au travail de jardinage et d'homme à tout faire, etc., sont assurés totalement ou en partie par les patients. Il est suffisamment réaliste d'affirmer que si tous les patients qui travaillent à l'hôpital se refusaient à prêter leur travail, l'actuelle organisation de l'Hôpital ne tiendrait pas sur pied une seule journée.

La condition de domination absolue de l'institution asilaire sur le travail des patients coïncide probablement avec la naissance même des asiles. Contribuait à l'affirmer la tentative des patients de fuir,

au moins en partie, par le moyen du travail, le cercle de la ségrégation, de la promiscuité, de la violence physique et de la chosification progressive.

Il en naissait pourtant comme conséquence que le patient travailleur était non seulement le plus robuste physiquement, mais aussi le plus intégré, le plus obséquieux aux règles et aux rituels de l'institution.

Dans les premières décennies de ce siècle, la science psychiatrique officielle cachait et mystifiait cette forme pesante d'exploitation, en lui attribuant une **fonction thérapeutique**. L'utilisation de la force de travail de l'interné devenait pour la « science » une possibilité pour l'interné de recouvrer la santé.

Naissait ainsi l'ergothérapie = ergoprofitothérapie.

Même sur ce terrain spécifique, la psychiatrie montrait sa totale subalternité aux classes dominantes

L'institution asilaire entrera plus tard en contradiction avec la psychiatrie et avec elle-même, en rétribuant de façon dérisoire le travail des internés, mais reconnaissant ainsi la « non - thérapeuticité » de ce travail.

Comme forme de rémunération les patients travailleurs de l'Hôpital Psychiatrique Provincial de Trieste prenaient jusqu'à il y a un an, 150 liras (l'équivalent de 75 centimes, N.d.A.) et deux paquets de cigarettes; aujourd'hui ils prennent 500 liras (l'équivalent de 2,50 P, N.d.A.) et deux paquets de cigarettes.

En ce qui concerne la qualité du travail des patients, devient immédiatement évidente la condition de dépendance coloniale selon laquelle celle-ci était fournie. Dans les pavillons, sous la dépendance de

quelques infirmiers, dans les services généraux, sous la dépendance de diverses équipes de travail rémunérées par l'Administration Provinciale, un fou, même exploité, reste toujours fou, et donc incapable de fournir de façon autonome un service.

Le travail d'ouverture progressive de l'hôpital et de démantèlement de sa culture de « gardiennage » et de ségrégation, a contribué à rendre encore plus lacérante la contradiction de l'appropriation du travail des patients.

La plupart des internés de l'HP profitent aujourd'hui d'une grande liberté de mouvement, aussi le travail des patients n'a plus, comme dans le passé, la fonction d'assurer une possibilité partielle de rompre le cercle de la vie institutionnelle, tandis qu'il risque au contraire d'institutionnaliser progressivement et totalement le patient lui-même.

Afin d'essayer de renverser cette situation on a créé à l'HP, depuis presque un an, une Coopérative de patients-travailleurs, qui pourtant a jusqu'ici organisé seulement les patients qui travaillent aux services généraux, excluant ceux qui travaillent dans les pavillons.

La Coopérative a eu durant cette année une existence morcelée, dû aux retards de sa reconnaissance juridique et de la difficulté d'imposer sa propre force contractuelle à l'Administration Provinciale, qui du moins dans une première phase, ne peut pas ne pas être la première source de travail pour la Coopérative.

C'est seulement lors des derniers mois que se sont créées les conditions pour faire sur ce terrain un saut de qualité, tant au niveau opérationnel qu'au niveau de la discussion. Les réunions pour discuter des problèmes du travail entre l'équipe soignante et les patients, se sont faites plus fréquentes. Les patients ont souvent manifesté leur droit à une reconnaissance salariale adaptée au travail effectué. Les menaces de grève sont passées du niveau de l'abstraction verbale à celui de la pratique: les premières abstentions au travail dans les pavillons se sont manifestées.

L'Administration, précédemment sur des positions de net refus, commence aujourd'hui à considérer la possibilité de confier à la Coopérative les travaux de nettoyage de tous les pavillons de l'hôpital.

Toute fois, l'évaluation et les attitudes sur les possibilités d'émancipation qui peuvent émerger pour les patients dans l'organisation en coopérative ne sont pas homogènes, surtout au niveau de l'équipe soignante.

Les hypothèses en discussions sont les deux suivantes:

Première hypothèse

Cette hypothèse part du présupposé que les travaux attribués aux patients sont les plus humiliants et les plus disqualifiants. Ce fait ne se vérifie pas par hasard mais est une conséquence du processus d'expropriation auquel le malade mental a été soumis et donc de la division du travail existant dans l'hôpital. Encourager l'opération de la coopérative signifierait cautionner le processus de dépossession de la capacité de travail à laquelle les patients ont été soumis dans l'institution et à leur condamnation à un r81e social définitivement subalterne.

Partant de telles considérations, ces hypothèses pointent, en perspective, sur le refus du travail des patients dans l'hôpital et sur une politique généralisée de subventions. De cette façon, la gestion du travail et de l'organisation du travail serait déchargée totalement à l'intérieur du pouvoir politique de l'Administration.

C'est une hypothèse légitime à laquelle on doit réfléchir, mais qui ne tient pas suffisamment compte, à notre avis, de quelques problèmes, c'est-à-dire s

- 1) une politique des subventions est toujours une politique aléatoire (à moins que l'on ne veuille parler de salaire minimum garanti, et dans ce cas on entrerait à l'intérieur d'une thématique très discutée ces dernières années dans le mouvement de classe);
- 2) on n'aide pas de cette façon l'interné à affronter et à rompre sa condition de sujet de l'institution et des forces politiques dominantes;
- 3) la société capitaliste s'impose un cadre précis et fonctionnel à elle-même; une politique des subventions ne met pas en question un tel cadre, au contraire elle l'accepte, subissant tous les processus d'exclusion, de refus, et de marginalisation d'une force de travail retenue non productive et compétitive à l'intérieur du marché et qui - jusqu'à ce qu'elle reste extérieure comme armée de main-d'oeuvre supplétive à bon marché - est fonctionnelle au processus d'accumulation capitaliste;

4) dans la situation actuelle de l'HP de Trieste, le refus du travail de la part des internés ferait

surgir probablement des tensions dans les pavillons entre les patients et les infirmiers, entre les infirmiers et les médecins. Aujourd'hui de deux choses l'une: certains travaux ou ce sont les patients qui les effectuent, ou alors c'est le personnel. Existe-t-il en ce moment les conditions politiques qui puissent permettre à cette contradiction d'être gérée unitairement par les patients, les infirmiers et les médecins, et unitairement renversée à l'intérieur du pouvoir politique de l'Administration? Dans le sens que ce soit à l'Administration d'en payer le coût et non au contraire aux patients et aux infirmiers?

Deuxième hypothèse

Cette hypothèse pointe sur l'organisation des patients travailleurs dans la coopérative et sur le dépassement de toutes les limites politiques qui ont caractérisé pendant toute cette phase, la vie de la coopérative.

Le prémisses préliminaire duquel partir est que la logique institutionnelle a rendu le patient-travailleur ou l'ancien patient « non libre » de pouvoir vendre ou négocier sa propre force de travail; le patient, dans le processus de destruction auquel il a été soumis, a tout perdu, même la possession de sa maladie, pour obtenir seulement une étiquette qui légitime les rapports de totale subordination aux règles, aux modèles, aux fonctionnaires de l'institution asilaire.

Aujourd'hui dans l'Hôpital - quoique les rapports de pouvoir n'aient pas été entamés substantiellement ou suffisamment - le patient, à travers l'instrument de la coopérative, peut réacquérir la possibilité d'exprimer sur le marché sa force de travail, même si elle est détériorée ou disqualifiée.

A ce niveau se posent tout de suite quelques interrogations:

- 1) quel est le saut qualitatif, pratique, pour détruire le travail forcé sans tomber dans le travail protégé?
- 2) quels sont les instruments pour sortir de la mystification de la valeur thérapeutique du travail à l'intérieur de l'institution, sans tomber dans une nouvelle idéologie cette fois non violente, mais tolérante?

En synthèse: ces patients travailleurs, qui dans la logique capitaliste « en ce moment » n'ont pas de place sur le marché du travail, comment se reconstruisent-ils leur dignité, leur « contractualité », leur potentialité de lutte sociale?

Notre tâche de "techniciens" est de donner une contribution pour créer les conditions objectives qui donnent une réponse à ces interrogations.

Dans la situation de l'HP de Trieste ceci signifie fondamentalement une chose: la construction politique de l'instrument Coopérative de la part du travailleur patient.

L'objectif devrait être la construction d'un instrument (la coopérative) ambigu et ambivalent, qui soit - pour les conditions ambivalentes dans lesquelles il agit -organisation en entreprise du travail adjugé et siège de croissance syndicale et d'acquisition politique de la condition d'exploité du patient-travailleur.

Cet objectif présuppose, nécessairement, une série de passages et d'articulations:

- 1) obtention d'un contrat de travail avec une couverture mutualiste et de sécurité sociale en règle. Cet objectif comporte la rupture d'une première mystification de l'institution: le patient ne travaille pas pour acquérir ou pour réacquérir la capacité physique

qui le mette en condition d'avoir « demain » un contrat de travail au dehors de l'asile, mais il aura dès aujourd'hui ce contrat dans l'Hôpital;

2) égalisation des paramètres salariaux internes à l'Hôpital avec ceux extérieurs à égalité de rôle;

3) Rupture des mécanismes de contrôle de la part de l'institution sur l'organisation du travail et sur les modalités de prestation de la main-d'oeuvre, dans un processus d'autonomie réelle des patients par rapport aux structures asilaires et aux délégués de l'institution, pour battre la logique exclusion-contrôle qui souvent les contraint à la permanence à l'asile au-delà de la maladie;

4) recherche, dans une phase immédiatement successive, de travaux à l'extérieur, pour dépasser la logique du sous-marché asilaire et de la micro-société institutionnelle.

Travailler ensemble avec les patients pour la conquête de ces premiers objectifs signifie travailler pour le dépassement de leur condition de colonisés, de « nègres de l'exploitation ».

Mais comment s'articule cette ligne d'intervention avec le travail plus général de rupture de l'institution asilaire?

Certainement - au moment où nous affrontons les modes et les temps de ce projet - nous opérons un saut et de nouvelles et plus grandes contradictions s'interfèrent alors, tant à l'intérieur de l'institution qu'à l'extérieur.

La réalité de l'HP de Trieste est aujourd'hui une réalité de démantèlement. 60% des patients ont la figure juridique de "volontaires". Plus de deux cents personnes vivent à l'Hôpital en tant que hôtes, c'est-à-dire personne qui, au-delà de leurs conditions de santé pourraient vivre dehors, mais en sont mises dans l'impossibilité parce que l'extérieur les exclue, ne les appuie pas suffisamment, ne leur offre pas la possibilité matérielle suffisante de vie.

Aujourd'hui la coopérative des patients ne peut pas organiser plus de 150 à 200 personnes, tandis qu'à

l'HP de Trieste vivent encore environ 800 patients.

Le danger qui doit être évité à tout prix est que le choix de la coopérative se résolve dans un processus de consolidation de la réalité institutionnelle, et d'ultérieure stratification, des divisions déjà existantes entre les patients, avec une ultérieure marginalisation des autres 600 patients qui dans cette première phase ne peuvent pas être intégrés dans la coopérative.

Il est nécessaire au contraire de travailler afin que ce choix devienne un pas ultérieur d'ébrèchement de la réalité institutionnelle, ouvre des « trouées » alternatives, soit une possibilité, parmi d'autres, de stimulation, de récupération, de ré-appropriation pour tous, s'entrecroisant organiquement avec tout le reste du travail.

La recherche d'un rapport dialectique entre patients et techniciens qui travaillent dans l'institution avec les forces politiques, avec les confédérations syndicales, avec les syndicats des infirmiers, est nécessaire et fondamentale pour tenter d'approfondir et de gérer unitairement les nouvelles contradictions qu'il est déjà possible d'hypothiser.

En premier lieu parce que le personnel d'assistance n'accepte pas la nouvelle condition du patient-travailleur dans une logique corporative de cristallisation de la division du travail, avec un nouvel élément à remettre dans l'éventail des qualifications.

En second lieu, afin que soit possible, subjectivement et objectivement, d'opérer une brèche dans une loi fondamentale de l'accumulation capitaliste, introduisant dans le marché du travail de Trieste (mais le discours est naturellement généralisable) une quantité de force de travail non seulement disqualifiée, mais déjà expulsée.

Dans une situation de stagnation économique et de chômage, ceci peut être un terrain de contradiction possible entre les patients-travailleurs et les travailleurs de l'extérieur, les chômeurs « sains » et ceux à la recherche d'un premier emploi. Mais c'est aussi un terrain réel pour pouvoir vérifier dans la pratique la possibilité d'une alliance organique entre les techniciens qui travaillent dans l'institution et les organisations des classes ouvrières, pour la destruction de la logique de violence, de l'exclusion et de la marginalisation de la réalité asilaire.

B.D.O. Juin 1973

* Document produit par l'équipe travaillant aux pavillons B, D et O. (N.d.A.)