

Rapport introductif

Congrès de l'Association Mondiale pour la Réhabilitation Psychosociale

(W.A.P.R.)

Paris

8 mai 2000

Mai 1978 loi 180 : l'état italien stipule la fin des asiles psychiatriques.

Aujourd'hui, malgré les retards dans l'application de la loi et les obstacles posés par les administrations locales, malgré le pouvoir médical et les manipulations politiques, on peut affirmer que les murs des hôpitaux psychiatriques italiens ont été finalement abattus.

**Nombre des patients dans les hôpitaux psychiatriques
ITALIE**

Année (le 31/12)	Présences
1977	58.000
1978	48.000
1979	42.000
1996	11.783
1997	6.658
1998	2.364
1999	221

Grâce à ces données que en finissent avec l'asile psychiatrique, nous pourrions déjà conclure ce rapport. Ces données me semblent importantes pour un congrès sur la réhabilitation. Elles nous expliquent justement la réhabilitation progressive de la psychiatrie. Nous avons, en effet, toujours

soutenu que la réhabilitation en psychiatrie exige en première instance la réhabilitation de la psychiatrie.

La condamnation culturelle de l'asile psychiatrique a toujours été faite par tous. La 'petite différence' italienne est que cette condamnation a été 'prise au sérieux' dans la réalité. Le choix est aujourd'hui encore là et il s'agit de la première caractéristique de la désinstitutionnalisation.

Vingt ans est une longue période pour vérifier une loi. Durant cette période, on a dit et écrit que la loi italienne était le fruit de '68 et qu'elle aurait été rapidement modifiée. Elle existe toujours et une loi, la 724 de 1994, l'a confirmée et développée.

On a dit que c'était une loi d'extrême gauche. Le gouvernement de Monsieur Berlusconi, en son temps, a émis un décret pour en développer les effets.

On a dit qu'elle aurait appauvri jusqu'à l'invraisemblable l'assistance psychiatrique italienne et que, à la longue, l'unique résultat aurait été celui de faire épargner de l'argent à l'Etat. Il y a deux mois, l'Etat italien et ses Régions se sont mis d'accord pour assigner d'une manière stable aux services psychiatriques au moins 5% des fonds annuels du système sanitaire italien. Le budget assigné à la psychiatrie publique de l'année 2000 équivaut à 6000 milliards de liras, c'est-à-dire à 3000 millions de dollars ou 20.000 millions de francs français.

On a dit que la loi était seulement soutenue par une minorité jacobine de psychiatres, en septembre prochain la *Società Italiana di Psichiatria* (Société Italienne de Psychiatrie), qui compte 6700 psychiatres, organise un congrès en l'honneur de Franco Basaglia et soutient actuellement l'ensemble de la loi et le Plan national approuvé cette année par le Gouvernement pour déterminer un développement ultérieur des services du territoire.

Cependant, le problème tel que nous le posons depuis de nombreuses années c'est que la désinstitutionnalisation *ne se réduit* pas à la fin de l'asile psychiatrique, mais concerne la modification du paradigme culturel, théorique et scientifique de la psychiatrie (que nécessite comme condition indispensable mais pas suffisante la fin des *hôpitaux*).

Briser le paradigme clinique a été l'objet véritable du projet de désinstitutionnalisation. Briser ce paradigme impliquait aussi la rupture de la relation mécanique de cause à effet dans l'analyse de la constitution de la folie.

Négation de l'institution voulait dire et veut dire démonter cette causalité linéaire – bien plus que démanteler l'hôpital – et reconstruire une concaténation de possibilités-probabilités : comme nous l'enseigne toute science moderne face à des objets complexes. Le projet de désinstitutionnalisation a coïncidé avec la reconstruction de la complexité de l'objet que les vieilles institutions avaient simplifié (ce n'est pas par hasard qu'elles ont dû utiliser la violence pour y réussir).

En pratique la désinstitutionnalisation, dans la réforme italienne, indique un parcours de déconstruction à partir de l'intérieur de l'institution psychiatrique ; parcours qui libère des énergies très complexes.

Un exemple élémentaire est celui de la coopération sociale en Italie qui, à partir de la transformation du statut des patients, qui travaillaient à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique, en travailleurs associés - reconnus comme tels - s'est développé graduellement en tant qu'instrument de réinsertion des différents groupes vulnérables.

Les coopératives sociales en ITALIE

Année	n. coopératives
1985	650
1990	1.800
1993	2.180
1994	2.312
1995	2.834
1996	3.661
2000	4.250

Année 2000

- **2815 coopératives sociales d'assistance**
- **1445 coopératives sociales d'insertion au travail**
(30% d'associés provenant des groupes
vulnérables)
pour un total de 127.000 membres
et une chiffre d'affaire de 1 milliard 549 millions
d'Euro

Pendant ces vingt années, comme tout le monde sait, le processus d'implémentation de la loi en Italie a eu des phases de ralentissement et d'accélération. De manière pas uniforme, dans tout le territoire national, les services alternatifs ont été petit à petit créés. Ce processus est encore en voie de développement. L'engagement pour construire de nouveaux services a été très important et réel dans certaines régions du pays, comme nous pouvons le constater dans la table suivante.

**ORGANISATION DES DEPARTEMENTS DE SANTE MENTALE
EN ITALIE (1999)**

CENTRES DE SANTE MENTALE
699

CENTRES DE JOUR / HOPITAL DE JOUR
738

SERVICES DANS LES HOPITAUX GENERAUX	
STRUCTURES	LITS
320	4.084

STRUCTURES DE LA REHABILITATION	
REHABILITATION	LITS
515	11.255

CABINETS DE CONSULTATION
1.132

Mais au delà de ces données, ce qui est important c'est que l'implémentation de la loi psychiatrique, spécifiquement grâce au fait d'avoir été fondée par un processus de désinstitutionnalisation, est un processus social (et non pas l'exécution linéaire et univoque d'un projet). Un processus social fait par beaucoup d'acteurs, d'objectifs, de conflits, de contradictions. Autrement : la psychiatrie de la désinstitutionnalisation a élargi le champ des incertitudes scientifiques institutionnelles, elle a activé des problèmes, des contradictions, des anomalies et cela aussi à l'intérieur d'autres compétences institutionnelles.

Puisque le processus de désinstitutionnalisation a rompu le paradigme problème – solution, il a ainsi éliminé la possibilité même de la solution.

S'occuper de la souffrance et des besoins des gens en Italie a ouvert les portes à un conflit qui n'est pas le conflit entre paradigme médical et paradigme psychologique ou social, mais entre une approche 'linéaire, individualiste et ahistorique ' et une approche de développement humain.

Nous pouvons peut-être résumer en dix points les caractéristiques pratiques du chemin de la désinstitutionnalisation que nous avons continué jusque maintenant de suivre et que nous considérons approprié:

1. La suprématie de la pratique. Dans la dialectique continue entre (vieux et nouveaux) modèles et besoins des patients, la critique des idéologies qui se reformulent continuellement, nous obligent à privilégier une théorie qui nous dit que la pratique qui concerne ces besoins est le seul véritable instrument de connaissance.
2. La dialectique gestion - négation.

Nous n'avons pas abandonné l'asile psychiatrique, nous l'avons géré et transformé, transformé et géré au point de le rendre inutile et superflu.

Aujourd'hui, nous gérons des services que nous avons voulu forts pour gérer avec force la contractualisation entre la ville et nous, nous permettant de nier l'autoréférence des services mêmes.

3. Exercice concret du soupçon par rapport à l'institutionnalisation. Nous allons dans les hôpitaux généraux pour contaminer la médecine et pour ramener dans les services sanitaires généraux la gestion psychiatrique et non pas parce que nous pensons que là nous devons accueillir la folie.

4. Respect profond pour les différences.

Même si elles sont massacrées et donc souvent incongrues, les différences indiquent tous les jours où l'on peut imaginer le futur et quels sont les limites de notre présent.

5. Acceptation du risque.

Le rapport interpersonnel (tout comme celui avec l'institution) en tant qu'il incorpore le thème des libertés et de ses empêchements aussi bien dans les individus que dans les contextes, implique toujours le risque sur nous-même sans lequel l'émancipation est impossible.

6. L'acceptation du conflit.

Les normes et les institutions ne se changent pas par décret si les pratiques, se rapportant à celles-ci, n'en révèlent l'anachronisme.

7. Le couple exclusion - inclusion comme nœud centrale par rapport à chaque processus et à chaque projet.

8. L'articulation constante entre la question spécifique (le malade, sa maladie, la psychiatrie) et les questions plus générales (l'assistance, la médecine, la santé, les politiques sociales et, pourquoi pas, les politiques tout-court).

9. Le concept de responsabilité. Le nouveau protagonisme des usagers et de leurs familles est une valeur d'extrême importance mais, puisqu'à la fin le pouvoir reste toujours celui des institutions, il faut poursuivre leur démocratisation.

10. Le grand problème de la médecine. “On risque une nouvelle séparation entre le social et le sanitaire qui repropose l’annulation de la complexité des variables (de nature différente) présentes dans ce qu’on tend à considérer et à traiter seulement comme maladie d’un seul individu. Si on ne réussit pas à avoir aussi une incidence sur cette variabilité, si le social ne pénètre pas au cœur des disciplines, en particulier dans la médecine, le psychiatre se renferme et se défend dans la technique pure, le psychologue tend à mimer le modèle médical et l’assistance sociale se dirige vers une psychologisation du problème, en reproposant de toute façon les spécialismes séparés où chacun est maître de son propre secteur.

La tutelle de la santé comme droit de la personne par contre a toujours été pour nous une chose qui va au delà des spécialismes fondés sur la séparation des besoins et sur la partialité des interventions, conséquence de celle-ci, dans la recomposition de toute la gamme des éléments qui composent la vie, saine et malade, en une intégration continue et constante de réponses et d’offertes d’opportunités.” Franca Basaglia.

Aujourd’hui, la lutte contre l’exclusion sociale des groupes vulnérables, commencée avec la destruction des murs des hôpitaux psychiatriques, continue en prenant en considération cette “ nation transversale avec le ‘n’ minuscule’, la nation des exclus, qui dans nos pays riches et ‘développés’ est réduite au silence et risque, quand elle ne l’est pas déjà, d’être enfermée, internée par de nouveaux murs ”.

Mais si l’approche est celle du développement humain, la question des droits de citoyenneté (et la responsabilité des professionnels du secteur socio-sanitaire de favoriser l’accès à ceux-ci) ne peut pas se résoudre dans la création de ‘boîtes’ séparées - et rigides – pour chaque groupe récemment défini vulnérable.

“La lutte contre l’exclusion sociale, que nous avons découverte dans notre expérience de l’asile devient également un critère capable de produire de grands progrès dans le domaine de la Santé Publique, des services pour les femmes ou pour l’enfant, des services pour les vieux” (L.Carrino)¹

Encore une fois, l’action de transformation institutionnelle devra se développer par la synergie d’intervention entre les différents secteurs .

Produire des liens, des échanges, des brèches, des réseaux, empêcher qu’en marge, l’on travaille, des deux côtés, pour emmurer vifs les uns et les autres.

La situation de la psychiatrie italienne est encore aujourd’hui ambiguë. Les procédures de véritable inclusion sont encore faibles. Le soutien économique, affectif, social, public est encore largement insuffisant. Les politiques intersectorielles sont réellement réalisables seulement dans certaines zones du Pays, les régressions biologistiques et psychologues sont immanentes au processus.

Et toutefois, nous pensons que l’Europe peut accueillir au moins ceci au début des années 2000: la décision d’en finir avec les institutions totalitaires en psychiatrie. C’est encore peu mais ce sera déjà beaucoup.

La démocratie est une condition qui révèle chaque jour ses limites et ses difficultés qui nous angoissent. Mais au moins, la fin des institutions totalitaires peut et doit être exigée et obtenue.

Nos villes (peut-être encore plus nos pays) ont besoin d’ateliers pour la tolérance, d’endroits qui soutiennent les différences, d’endroits de la culture urbaine. Voilà ce que sont les services et à quoi servent les services de la désinstitutionnalisation.

¹ L. Carrino, cit.

Ils doivent devenir un grand atelier de tolérance, de reproduction et d'émancipation sociale. Ils doivent être des éléments constitutifs de la ville.

Depuis un grand nombre d'années, nous avons construit des centres de santé mentale communautaires 24 heures sur 24 dans chaque aire urbaine de 50 000 habitants. C'est surtout avec ce type de service (et avec les autres structures légères, mille fois décrites dans la littérature) que nous construisons la désinstitutionnalisation de la ville. Et nous empêchons que renaissent des cliniques et des hôpitaux psychiatriques. Ce sont les machines de la désinstitutionnalisation. Ce sont les tranchées de la restitution continue et interminable de la folie à la ville. Petit à petit, la ville incorpore la folie, elle la fait sienne. Elle ne la refuse plus, elle se reformule sur elle. Elle l'accueille.

C'est la fin d'un siècle qui a vu la psychiatrie servante de l'exclusion dans les villes.

Aujourd'hui, sous la pression des immigrés et des mutations anthropologiques produites par la globalisation, de vieilles exclusions tombent en fonction de nouvelles urgences. Devant la violence de nos villes et devant l'aliénation des extracommunautaires, les fous perdent leur caractère dangereux imaginaire; au fond, " ils sont des nôtres, ils sont blancs, occidentaux et ils sont seulement un peu bizarres ”.

Mais les psychiatres doivent décider définitivement s'ils sont toujours et de toute façon du côté de l'inclusion, s'ils sont capables de supporter les conflits ou de réinventer des formes "scientifiques" de légitimation de l'exclusion.

Nous avons choisi, il y a plusieurs années, de faire partie de la patience infinie des négociations, qui construisent l'essence même de la démocratie. Quels que soient les citoyens en jeu, justement parce qu'il s'agit toujours et de toute façon de citoyens. Chaque jour, de nouveaux groupes sociaux ou ethniques, de " nouveaux fous " se mettent en travers de l'histoire et sont

dominés par l'histoire, mais c'est justement sur cette limite que cette pauvre chose qui porte le nom de démocratie (mais qui est l'unique bien que nous avons) croît ou meurt un peu. Alors ce n'était pas sans raison qu'une partie de la psychiatrie italienne ait voulu prendre l'adjectif "démocratique". Ce n'était pas une chose qui allait de soi. Pas en Europe. Pas dans une Europe qui a construit jusqu'hier Leros. Pas dans l'Europe de Karazic, pas dans l'Europe des actuelles dizaines de milliers d'internés dans les hôpitaux psychiatriques de la République Fédérale Allemande, pas dans l'Europe où, durant le siècle dernier, ont été tués lors des guerres, mais hors des zones de combats, 200 mille internés dans les hôpitaux psychiatriques.

Il serait temps que, d'ici, de Paris, pour ce nouveau siècle, trop longtemps après la Révolution Française, nous puissions finalement saluer la naissance d'une psychiatrie des citoyens et des citoyennes.

*** Directeur Général de la Agence pour les Services de Santé - Caserta (Italia)**