

Une négociation sans fin :
de la responsabilité politique des intervenants psychiatriques en Italie

de
*Mario Colucci**

Pour décrire la situation psychiatrique actuelle en Italie, il faut partir de la loi 180 de 1978. Elle a été le résultat d'une longue période de luttes anti-institutionnelles qui a commencé en 1961 à Gorizia grâce à Franco Basaglia et à son équipe, qui a impliqué diverses expériences italiennes – la première entre toutes étant celle de Trieste – et qui a vu la fermeture des hôpitaux psychiatriques. Cette loi a aussi marqué le début d'un nouveau courant de pensée et d'engagement et elle a déterminé une nouvelle responsabilité politique des intervenants en psychiatrie.

La loi 180 a été insérée, quelques mois après sa promulgation, dans la loi 833 de 1978 (à laquelle nous nous référerons), plus générale, qui institue en Italie le Service de santé national. Après plus de dix ans de luttes politiques sur le thème du droit à la santé, l'Italie se dote donc elle aussi d'un système paritaire pour tous les citoyens de la République. La psychiatrie n'en est pas exclue dans le sens où l'on établit qu'elle doit être réglementée par une loi sanitaire – et non pas par une loi spéciale. C'est ainsi que l'on reconnaît le droit à un traitement sanitaire pour les personnes atteintes de troubles psychiques qui, avant la loi 180, ne disposaient d'aucune option publique de soin excepté l'asile. Il s'agissait d'une institution à laquelle on pouvait aussi accéder volontairement mais qui n'en était pas moins conçue comme un lieu de garde pour interner ceux qui étaient définis comme « dangereux pour eux-mêmes et pour les autres et source de scandale public » (comme disait la loi précédente de 1904, très semblable à la loi française de 1838) plutôt que comme un espace thérapeutique.

Les articles 33, 34, 35 et 64 de la nouvelle loi 833 concernent justement les « normes pour les contrôles et les traitements sanitaires volontaires et obligatoires » et non pas la notion de dangerosité, qui disparaît complètement du texte législatif. Cela entraîne la suppression du « paradigme de l'internement » sur lequel continue à se fonder l'état d'exception de presque toutes les législations nationales en matière de psychiatrie. C'est en effet un état d'exception qui fait de la médecine mentale une médecine spéciale avec ses lieux de pratiques spéciaux, les asiles, qui sont des lieux d'extraterritorialité juridique où de fait une suspension du droit de citoyenneté est en vigueur. Pinel est un « citoyen » face à Couthon en visite à Bicêtre mais les internés que Pinel voudrait libérer ne sont que des « animaux ». Il fera de ces animaux des « aliénés », il leur enlèvera

* Psychiatre, psychanalyste, Département de Santé Mentale de Trieste en Italie (e.mail : mario.colucci@tin.it).

leurs chaînes mais ne les libérera pas. Il les confinera dans un isolement appelé « thérapeutique » mais qui échappera à toutes les normes sur la limite de la liberté personnelle, valables pour les autres citoyens.

Il faut admettre qu'à partir du moment où la loi commence à s'intéresser au traitement sanitaire plutôt qu'à la dangerosité, comme dans le cas italien, un cadre complètement nouveau s'ouvre dans le champ de la psychiatrie, à laquelle était historiquement et inévitablement délégué le contrôle social de la folie, au-delà de toutes les finesses épistémologiques de sa clinique. Un cadre où la médecine est toute seule et n'a aucune obligation envers la justice mais uniquement envers la condition de santé de la personne. Les décisions concernant les traitements sanitaires relèvent d'un devoir éthique de soin et d'un devoir politique de tutelle de la santé du citoyen, non plus d'un devoir légal de défense de la société. L'hospitalisation d'office, qui était décidée par le préfet et exécutée par les forces de police, n'existe plus de même que l'hospitalisation sur demande d'un tiers, qu'il soit parent ou tuteur. Aucune instance de l'ordre public ne peut imposer au médecin de soigner une personne. Une occasion extraordinaire pour couper à la racine tous ces rapports construits sur la force, que le thérapeute subit et qui risquent de ne rien avoir de thérapeutique. Cela ne veut pas dire que le traitement sanitaire obligatoire - c'est-à-dire imposé contre la volonté de la personne - n'existe pas. Mais il ne peut être décidé que par le médecin - qui doit assumer toute la responsabilité de sa décision - et uniquement pour des raisons de santé de l'individu, jamais pour des raisons de dangerosité qui menaceraient le contexte social. Les maladies mentales relèvent du médical, dans le sens où les personnes atteintes d'un trouble mental ont pleinement droit à la citoyenneté et pleinement droit à un traitement sanitaire et non à une coercition de leur comportement. C'est vrai que la maladie mentale peut, dans des circonstances données, amener à des conduites agressives et violentes, conduites que, d'ailleurs, on retrouve avec une même, sinon plus grande, probabilité, dans la vie de tous les jours, même chez des personnes qui ne sont affectées par aucun trouble psychique. Mais ce n'est pas vrai que la dangerosité est implicitement et invariablement liée à la maladie mentale. Un tel préjugé anachronique et invalidant ne peut valoir dans une législation concernant le traitement sanitaire de personnes affectées par un trouble psychique, car on transformerait une absurdité scientifique en un principe normatif. C'est pour cela que le mot « dangerosité » disparaît complètement du texte de loi.¹

Mais procédons par ordre : le contrôle et le traitement des maladies mentales est normalement volontaire. Ce n'est que dans des situations particulières que la personne peut être soumise à une procédure obligatoire, et ce, de toute façon " dans le respect de la dignité de la personne et des droits civiques et politiques, y compris, autant que possible, le droit au libre choix

¹ Cf. M. Colucci, P. Di Vittorio, *Franco Basaglia. Portrait d'un psychiatre intempêtif*, Érès, Toulouse, 2005.

du médecin et du lieu de soin ”². Ce traitement sanitaire obligatoire (TSO) ne peut être appliqué qu’à partir du moment où trois conditions sont réunies, c’est-à-dire « seulement s’il existe des altérations psychiques telles qu’elles nécessitent des interventions thérapeutiques urgentes, si ces interventions ne sont pas acceptées par le malade, et si ne sont pas réunies les conditions et circonstances permettant de prendre les mesures sanitaires extrahospitalières opportunes et adéquates ».³

Trois conditions sont donc nécessaires : 1) la présence d’un *trouble psychique* pour lequel une intervention thérapeutique est nécessaire ; 2) l’absence de *consentement* aux soins de la part du malade ; 3) l’impossibilité de soigner la personne en dehors de l’*espace sanitaire* (qui, quoi qu’il en soit, ne pourra plus être l’hôpital psychiatrique, que cette même loi a aboli). En pratique, le traitement sanitaire obligatoire peut être proposé par un médecin (généraliste ou spécialiste), par le biais d’une demande écrite et motivée, il doit ensuite être validé par un autre médecin (toujours un psychiatre du service public) et enfin il doit être contresigné par le maire de la ville en tant qu’autorité sanitaire municipale la plus élevée, qui ordonne ainsi la procédure. La magistrature n’entre pas dans ce dispositif si ce n’est à travers le juge tutélaire, qui a la tâche de veiller à ce que d’éventuels abus dans l’application de la loi soient évités, afin que les droits constitutionnels de la personne, dès lors qu’elle est soumise à un traitement obligatoire, ne soient pas violés. Le juge tutélaire agit donc uniquement et éventuellement pour défendre la personne hospitalisée. Le traitement, disposé de cette manière, a une durée d’une semaine, au terme de laquelle il peut être renouvelé en répétant toute la procédure : ceci afin d’éviter que, mécaniquement, on puisse poursuivre un traitement sanitaire sans qu’il soit soumis à vérification, ce qui pourrait ouvrir nouvellement la voie à de longues hospitalisations.

En définitive, la loi italienne sur la psychiatrie est une remise en question des principes sécuritaires qui ont inspiré d’autres législations. Nous nous devons d’en tenir compte, surtout en ces temps où le besoin sécuritaire semble passer avant tout autre. Il ne faut pas oublier, en effet, que le paradigme de l’internement a fonctionné pendant des siècles sur l’illusion de pouvoir répondre à deux exigences à la fois, par le biais de l’internement dans les asiles : une exigence pour ce qui est des soins (« isolement thérapeutique ») et une exigence pour ce qui est de l’ordre public (mise sous tutelle de l’individu dangereux)⁴. En revanche, en Italie, à partir de la loi 833 de 1978, a prévalu le

² Extrait de l’article 33 de la loi 833/78.

³ Extrait de l’article 34 de la loi 833/78. Nous ne partageons pas l’avis de Philippe Bernardet (cf. *Rhizome* 23, juillet 2006) qui doute de la rupture du couple dangerosité/incapacité dans la loi 180, lorsqu’il désigne comme situation de danger celle qui détermine un Traitement Sanitaire Obligatoire (T.S.O.) en Italie. Les trois conditions prévues par l’article 2 de la loi 180 (ou article 34 de la loi 833) sont en effet des mesures thérapeutiques qui n’ont rien à voir avec un devoir de défense sociale, mais qui se fondent sur la responsabilité politique des intervenants dans le but d’offrir des possibilités de soin.

⁴ Cf. R. Castel, *L’ordre psychiatrique. L’âge d’or de l’aliénisme*, Minit, Paris, 1976.

principe selon lequel il ne faut tenir compte que de la seule exigence concernant les soins – non plus fondé sur l’isolement, mais sur l’insertion thérapeutique dans la communauté – et jamais sur celle concernant l’ordre public.

Mais revenons aux trois conditions nécessaires pour que soit appliqué un traitement sanitaire obligatoire car c’est à travers elles que l’on peut saisir l’esprit de la loi et dans le même temps, les résistances que la psychiatrie traditionnelle a opposées à son application :

1) *la présence d’un trouble psychique* : ce qui signifie s’interroger sur le modèle clinique que l’on entend adopter pour reconnaître la maladie sur laquelle une intervention thérapeutique est nécessaire. Mais de quel modèle s’agit-il ? On peut objecter en effet que cette loi radicalise un processus de médicalisation déjà en place dans la psychiatrie moderne. Par médicalisation il faut entendre avant tout le processus de diffusion des savoirs médicaux dans les parcours de formation et les pratiques des intervenants en santé mentale. Cela risque d’avoir pour effet un recours restrictif à une grille d’interprétation médicale du symptôme : clinique dominée par le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*⁵ ; contact thérapeutique avec le patient limité à une récolte d’indices quantitatifs de fonctionnement visant à la rédaction d’échelles d’évaluation ; soins focalisés sur le choix de solutions pharmacologiques dont l’offre croît de façon exponentielle. L’attention que la psychiatrie réserve au thème de la « réhabilitation » risque d’être également ambiguë de même que la prolifération qui en découle de formations techniques fondées sur des modèles comportementalistes et cognitivistes comme outils visant à une rapide appropriation de techniques de réparation et de contrôle pour un bon fonctionnement du malade. Les comportements de la personne se trouvent séparés en habilité/inhabilité sociale que l’on se doit d’affronter à travers des *problem solving* et des techniques de rééducation en vue de prestations sociales plus compétentes, selon un modèle de maladie pour lequel on parle de vulnérabilité de l’individu en tant qu’il est incapable d’affronter des situations stressantes de vie. Autrement dit, on reprend la notion de maladie en tant que réaction à des difficultés environnementales de la part d’un système déjà défectueux et une idée d’insertion sociale en tant qu’adaptation normalisante à la réalité.

2) *l’absence de consentement au soin de la part du malade* : ou plutôt le contraire, c’est-à-dire le devoir du médecin de prendre en charge la liberté de la personne et à prendre toutes les initiatives opportunes visant à obtenir son consentement dans le cas d’un traitement sanitaire obligatoire. En d’autres termes, la loi de 1978 s’interroge sur ce point central et délicat que représente le *rapport entre maladie mentale et liberté*. Et ce, dans les deux sens : dans quelle mesure sommes-nous vraiment libres quand nous sommes en proie à la maladie ? Et, à l’opposé : quelle liberté la société peut-elle nous concéder lorsque nous sommes malade ? La tâche que la loi

⁵ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, The American Psychiatric Association, Washington, D. C.

indique au médecin est de se placer au cœur de ce dilemme éthique : en effet, elle lui impose de prendre en charge la liberté du malade, au sens de chercher à obtenir avec patience et ténacité son consentement aux soins et, quand cela n'est pas possible, de prendre en charge son refus en faisant un choix responsable qui garantisse les droits de la personne, et en premier lieu, celui d'être soigné. En définitive, on ne peut pas se cacher derrière ce refus pour soutenir, de façon générique et instrumentale, qu'il faut garantir le respect du libre choix de l'individu, masquant ainsi une attitude de déresponsabilisation et l'abandon du malade dans une condition de solitude et de misère morale et matérielle. Le médecin doit tout mettre en œuvre pour que l'on reconnaisse à la personne souffrante pleine voix au chapitre à l'intérieur d'un dispositif thérapeutique qui reste en équilibre précaire entre la tentation de contrôle pour raisons sanitaires et le danger opposé, de dérive sociale par refus du soin. C'est précisément dans cette *négociation sans fin* que réside l'esprit novateur de la loi, qui interroge le technicien quant à sa propre « responsabilité politique » de médiateur entre la souffrance de l'individu et la dimension sociale et institutionnelle dans laquelle cette souffrance s'exprime.

Si cette responsabilité et ce précieux travail de négociation – qui devrait s'adresser à une tranche de population suivie par le service territorial – sont absents, il y a un risque d'abandon et de marginalisation qui passe à travers cette équivoque malicieuse consistant à dire que le seul rapport thérapeutique possible est celui qui est librement choisi.⁶ La loi de 1978 s'est souvent trouvée au centre de critiques ambiguës qui s'expliquent aussi par une certaine tentative de masquer un manque de responsabilités de la part des intervenants. Il est arrivé que l'on ait reproché à la loi d'avoir fermé les asiles, de ne pas avoir organisé de nouveaux services et d'avoir laissé les fous libres dans les rues. C'est pour cela qu'il faut être clair : tant que la loi n'a pas été appliquée, que les asiles n'ont pas été tous fermés (à la moitié des années 90) et que les ressources n'ont pas été intégralement dévolues à la construction d'un réseau de services territoriaux, des situations d'abandon de personnes malades se sont vérifiées. Au contraire, là où la loi a été correctement appliquée, des situations de soin très avancées se sont mises en place, surtout pour ce qui est de la prise en charge des troubles mentaux sévères.

3) Le troisième point concerne les *espaces de soin* et la *réponse du service psychiatrique* : il n'y a pas seulement la personne avec sa souffrance, il y a aussi le service psychiatrique avec sa réponse, laquelle sera l'hospitalisation lorsqu'on n'aura pas su ou pu en organiser une différente : « Du comportement dangereux en tant que tel, on passe à la nécessité du traitement hospitalier en tant qu'extrême ratio d'un système de services qui n'a pas organisé sur le territoire une réponse

⁶ Cf. M. G. Giannichedda, *Sul trattamento sanitario coatto*, dans la revue "Democrazia e diritto", 1988, n. 4-5.

efficace au cas particulier ». ⁷ En d'autres termes, il est du devoir du technicien, en l'absence désormais de tout équipement asilaire, d'agir dans un sens largement et strictement politique, afin que soit garantie la structuration sur le territoire d'une réponse sanitaire adaptée aux besoins de la personne, et que soit mise en œuvre une mesure thérapeutique efficace qui évite le recours à un traitement obligatoire en régime d'hospitalisation. Voilà pourquoi la désinstitutionnalisation ne peut pas se réduire complètement à un processus de déshospitalisation, qui déplace sur le territoire la question psychiatrique sans s'occuper de la construction d'un réseau alternatif de services d'assistance, ouvrant ainsi au risque de l'abandon, du transvasement dans d'autres institutions ségrégatives et du retour inévitable à court terme des vieilles solutions asilaires. ⁸

Autrement dit, la demande concernant les lieux de soin interroge le technicien non seulement par rapport à sa compétence et à la qualité de l'aide à la personne, mais aussi par rapport à la qualité et au degré thérapeutique des lieux où l'intervention psychiatrique se déroule. Sur ce point, en Italie, on a souvent eu une application défectueuse de la loi : une fois les asiles fermés, très tardivement dans certains cas, on a misé uniquement sur une gestion médicale de la crise psychiatrique, en promouvant l'installation de *Services Psychiatriques de Diagnostic et Soins* (S.P.D.C. en italien) à l'intérieur des hôpitaux généraux et la construction de *Centres de Santé Mentale* (C.S.M.), de structures résidentielles et de supports sociaux post-cure sur le territoire. ⁹ On s'est surtout référé aux modèles de contention pharmacologique ou physique ¹⁰ de la crise psychiatrique et on a reconstruit des lieux à « haute température » institutionnelle, où la concentration de cas aigus, déracinés de leur milieu de vie détermine conflictualité, violence et nouvelle stigmatisation en terme de dangerosité du patient désigné. Souvent, donc, trahissant totalement l'esprit de la loi qui déplace sur le territoire la prise en charge et le projet thérapeutique pour le patient, on a travaillé davantage à une limitation et une dissimulation de l'urgence psychiatrique et de ses manifestations symptomatiques plutôt qu'à une attention au sujet et à une promotion du lien social. Dans certaines régions, on a concentré les ressources administratives et budgétaires justement sur les Services Psychiatriques en hôpital général les soustrayant aux centres de santé mentale qui auraient pu garantir une continuité thérapeutique et d'assistance dans le milieu

⁷ F. Basaglia, M.G. Giannichedda, *Legge e psichiatria. Per un'analisi delle normative in campo psichiatrico*, dans F. Basaglia, *Scritti*, 2 vol., Einaudi, Turin, 1981-82, tome 2, p. 462.

⁸ Cf. F. Rotelli, O. De Leonardis, D. Mauri, "Deistituzionalizzazione, un'altra via (La riforma psichiatrica italiana nel contesto dell'Europa Occidentale e dei "paesi avanzati")", dans *Salute mentale. Pragmatica e complessità, op. cit.*, tome 2, p. 597-634.

⁹ Cf. R. Mezzina, D. Vidoni, M. Miceli, C. Crusiz, A. Accetta, G. Interlandi, *Crisi psichiatrica e sistemi sanitari*, Asterios Editore, Trieste, 2005.

¹⁰ Il n'y a que 16 Services Psychiatriques (S.P.D.C.) sur plus d'une centaine où l'on n'attache pas les malades au lit et où les portes du service restent ouvertes. Dans la grande majorité, en revanche, la contention et les portes fermées sont pratique courante.

de vie des patients.¹¹ Quand nous parlons de Centres de Santé Mentale nous nous référons à des structures ouvertes, situées au cœur d'un quartier ou d'une communauté, d'accès facile. Dans certaines villes italiennes, ils sont ouverts 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, et peuvent offrir une écoute et des consultations de spécialistes mais aussi une assistance sociale. Ils disposent d'un petit nombre de lits qui facilite les hospitalisations de jour et de nuit dans les situations de crise, d'un projet d'intégration en collaboration avec les autres structures socio-sanitaires, avec les coopératives sociales du territoire, et d'un bon programme d'activités d'insertion sociale et au travail.

En définitive, la spécificité de la psychiatrie italienne est liée, comme nous l'avons dit, à un choix éthico-politique précis et à une transformation concrète de la réalité institutionnelle : la fermeture de l'asile est non seulement considérée comme action de bonification des lieux de l'intervention psychiatrique, mais aussi et surtout comme une preuve du manque de fondement de sa logique scientifique. C'est ce qui contraint la psychiatrie à revoir sa *clinique du déficit*, c'est-à-dire l'invalidation du sujet fou et de son discours, la réduction de la folie à un fait de nature, à un appauvrissement cognitif et affectif, à une déchéance, une dégénération, un événement incompréhensible, incurable, inguérissable, imprévisible enfin et donc dangereux. La redécouverte du sujet éthique de la folie passe à travers une prise de position de la part du thérapeute face à la communauté : c'est le refus de cette clinique et du concept de tutelle de la société contre le fou qui permet de construire en Italie une nouvelle responsabilité politique des intervenants en faveur de la promotion des valeurs de citoyenneté de l'individu.

¹¹ C'est ainsi que s'explique le choix de certaines villes italiennes, à Trieste notamment, de faire du Centre de Santé Mentale, plutôt que du Services Psychiatriques de Diagnostic et Soins, le pivot du dispositif de prise en charge et de soins des patients.