

Dr Massimo Marsili,  
Psychiatre au Département de la santé mentale de Trieste, en Italie

***Explorer le passé, diversifier le présent et se projeter vers l'avenir  
La situation italienne après la révolution copernicienne de Franco Basaglia.***

En tentant de déchiffrer les transformations survenues et de caractériser les tendances futures, dans le secteur de la santé mentale communautaire, on ne peut pas adopter une perspective limitée ou une clef de lecture spécifique et partielle, mais au contraire, il faut embrasser une vision d'ensemble qui prenne en compte toutes les variables du champ, en adoptant le plus possible une approche globale.

Dans cette perspective, l'expérience italienne est l'unique au monde, qui, malgré les obstacles et les imperfections, démontre par ses pratiques que le modèle traditionnel de soins psychiatriques, fondé sur l'hôpital psychiatrique, peut être radicalement révolutionné.

Au-delà des jugements de valeur qui mettent l'accent sur les défauts ou sur les mérites, aujourd'hui à trente ans de l'approbation de la loi de la réforme en Italie, personne n'a la nostalgie de l'hôpital psychiatrique.

Au-delà des particularités, en substance, la réforme reflète un changement radical de perspective quant au rapport entre les citoyens et les institutions psychiatriques.

En 1967, Franco Basaglia, promoteur des premières expériences de transformations institutionnelles (Gorizia, 1961, Trieste, 1971) et instigateur de la loi de la réforme (1978) publia «Qu'est-ce que la psychiatrie?», un livre qui déjà dans son titre provocateur, exprimait une critique radicale des institutions totales, mettant au centre de la réflexion la nature intrinsèquement ambiguë de la psychiatrie.

Basaglia avait l'intuition que pour donner une réponse à la question il fallait entrer en contact avec le malade dans un contexte différent de l'hôpital psychiatrique car les mécanismes institutionnels rendent impossible un rapport authentique, conditionnant profondément l'expression même de la souffrance psychique.

Comme tout grand utopiste et réformateur, Basaglia en réalité, anticipait la possibilité d'un changement de paradigme scientifique. Il entrevoyait la possibilité que la souffrance psychique, même dans ses formes les plus extrêmes, pouvait être soignée sans avoir recours à l'exclusion; que les paroles des aliénés pouvaient être compréhensibles si elles étaient contextualisées dans un cadre relationnel, familial et social; que le trouble mental ne devait pas signifier automatiquement la perte de la capacité et de la possibilité d'exercer les droits de citoyen.

En opposition à une psychiatrie académique, juste capable de débats théoriques entre les différentes écoles de pensée et d'innombrables, mais combien inutiles, approfondissements psychopathologiques et nosographiques, Franco Basaglia mettait toute l'emphase sur la valeur de la pratique.

A la lumière de ces principes, l'hôpital psychiatrique de Trieste se transforme radicalement des années 1971 à 1981. Les personnes hospitalisées passent de 1200 à un peu

plus de 400 en 1977; simultanément s'ouvre dans la cité sept centres de santé mentale avec comme objectif de déplacer le centre des services psychiatriques de l'hôpital au territoire, de réinsérer dans son contexte social la personne sortie de l'hôpital et de répondre aux nouveaux besoins émergent de santé mentale. En 1980, l'hôpital psychiatrique ferme définitivement ses portes et le réseau territorial de services de santé mentale est en mesure de répondre aux besoins de toute la ville.

Aujourd'hui, à plus que trente ans d'intervalle, la révolution copernicienne de Franco Basaglia, nous permet d'observer la problématique des troubles mentaux avec une perspective complètement différente de celle d'autrefois.

Plus de trente après le début de l'expérience triestine de psychiatrie sans asile, il est possible de faire un bilan et d'exprimer une opinion en regard de ce qui est possible et sensé de faire aujourd'hui.

Nous pouvons le faire, sans toutefois penser que la recette triestine doit être universelle, mais en croyant fermement que les principes de Basaglia à la base du modèle demeurent valides et applicables partout avec intelligence et flexibilité.

## **Que pouvons-nous dire aujourd'hui?**

### ***1. Si l'on peut, on doit.***

En premier lieu, il importe d'affirmer clairement et explicitement que si l'on peut (se dispenser de l'hôpital psychiatrique), on doit le faire.

Aujourd'hui les expériences se sont multipliées, partout où l'on a fait la tentative de déplacer le noyau des services psychiatriques de l'hôpital psychiatrique à la communauté, entendue comme lieu de vie des personnes, on s'est aperçu qu'un bon nombre de certitudes sur lesquelles se basaient la psychiatrie, étaient en réalité profondément conditionnées par de véritables artefacts institutionnels.

La phénoménologie même du trouble s'est modifiée tout comme les attentes négatives en regard de l'évolution des maladies.

Partout où ces expériences se sont déroulées, l'on se rend compte qu'il est possible d'offrir à la population d'un territoire donné, les services psychiatriques dont elle a besoin, sans avoir recours à de grandes structures d'hospitalisation.

Partout où cela s'est réalisé l'on se rend compte que non seulement c'est possible mais aussi que ce n'est nullement plus dispendieux que le modèle traditionnel.

De plus, aujourd'hui il est évident qu'avec les mêmes budgets, le modèle communautaire offre des avantages inégalables sur le plan psychosocial.

L'offre de services décentralisée sur le territoire et fondée sur des principes communautaires de santé mentale, dispose d'abord et avant d'un service ouvert toute la semaine; il est le point de référence pour les citoyens qui en ont besoin. Il s'agit donc d'un service présent dans la communauté comme ressource locale. Les usagers du service (les patients) n'ont pas à subir de séparation de leur contexte de vie suite aux premières manifestations de leurs troubles mentaux, ils apprennent à faire confiance aux personnes qui,

dans un moment difficile de leur vie, ont pris en charge leurs souffrances. Les familles peuvent trouver des alliés dans le personnel du service et n'ont pas à être obligées de se séparer de leurs proches (chose qui contrairement à ce que l'on croit, n'est pas du tout désiré.) Enfin le maintien dans la communauté des personnes avec des troubles mentaux permet de dissiper l'aura de mystère associé à l'entrée d'une personne dans un hôpital psychiatrique: un lieu inconnu et sombre dans l'imaginaire de chacun.

Le halo de mystères est démystifié parallèlement aux préjugés associés traditionnellement à la folie: la dangerosité, la chronicité, l'incurabilité et l'incompréhension.

Si tout cela est possible (et ne coûte pas une fortune), le réaliser devient un impératif moral.

## ***2. L'approche clinique est, en soi, insuffisante.***

La mise sur pied d'un système services territoriaux ne constitue pas en soi la solution à tous les problèmes. Les Centres de santé mentale (CSM) peuvent demeurer un contenant vide ou reproduire la logique asilaire, s'ils ne sont pas comblés de manière sensée.

Chose certaine, un service est d'autant plus efficace et à même de répondre aux besoins de santé mentale d'une population quand il réussit à tenir compte de sa complexité.

En auquel cas, la complexité n'est pas appréhendée comme gravité ou complication, mais co-présence, au même moment et pour la même personne, de niveaux différents de lecture du trouble mental, diversement entrecroisés. Les aspects biologiques, psychopathologiques, sociaux familiaux, économiques et professionnels sont toujours présents simultanément et s'influencent réciproquement. Face à une telle complexité, la psychiatrie d'habitude coupe court, en privilégiant une seule perspective, la clinique et la psychopathologie.

Il est manifeste aujourd'hui que l'approche purement clinique est réductrice et insuffisante car elle met de côté une quantité de variables qui ont une influence déterminante sur la santé mentale.

Ces considérations ont diverses conséquences, autant pour les personnes avec des troubles mentaux que pour l'organisation des services.

En premier lieu, le sujet avec son trouble, ne peut être jamais isolé de son contexte de vie. Toute tentative d'en isoler une partie, la privilégiant comme unique clef de lecture de la maladie est arbitraire et trompeur.

Le service territorial de santé mentale, en premier lieu, doit être capable de lire la demande (qui au moment où elle se présente, est toujours de type spécialisé avec signes et symptômes psychiatriques) et ultérieurement doit chercher à la décrypter, en recontextualisant tous ses éléments.

Lorsqu'un service affronte les problèmes psychiques d'une personne, il doit être en mesure d'en évaluer la complexité sous son profil biologique, psychologique et social, de

façon à ce que chacune de ces composantes soit prise à sa juste considération. L'approche globale permet de donner à chacune des variables sa juste valeur et d'exploiter à l'intérieur d'un objectif général de santé, toutes les ressources techniques aujourd'hui existantes. Dans ce cadre général, chaque technique spécialisée peut être conçue en tant qu'instrument utile pour rejoindre l'objectif général, en ne confondant jamais les moyens avec les fins. Ainsi chaque technique et chaque connaissance spécialisée deviennent des ressources dans une optique éclectique dans laquelle peuvent cohabiter médicaments et thérapie familiale, réhabilitation psychiatrique et service social.

La nécessité de travailler dans l'optique de la complexité implique aussi des choix sur le plan de l'organisation des services de santé mentale. La constitution d'une équipe multidisciplinaire composée de plusieurs types de professionnels est indispensable si l'on veut éviter de considérer le trouble mental de façon unilatérale. En auquel cas, différents professionnels issus du même service représentent une grande richesse.

### **3. Responsabilité territoriale**

Si on déplace le cœur de l'action de la psychiatrie vers la santé mentale des citoyens, il est évident que un service de santé mentale doit assumer une responsabilité formelle quand à un bassin déterminé d'usagers. Même si cela peut sembler banal, cette forme révolutionne le rapport traditionnel du personnel sanitaire en regard des usagers. La responsabilité du service, et de tout le personnel sanitaire, s'étend ainsi à toute la population du territoire desservi (bassin d'usagers) et n'est plus limitée aux personnes hospitalisées ou en traitement.

De cette façon, le service de santé mentale va bien au-delà de son rôle traditionnel de soignant (pour les personnes hospitalisées) pour assumer le rôle de protecteur de la santé de tout un territoire.

Ce changement ébranle la traditionnelle centralité du lit d'hôpital. Celui-ci cesse d'être considéré comme l'unité de mesure universelle, unique point référentiel pour l'allocation de ressources et mesure du poids ou du pouvoir d'une institution.

Encore aujourd'hui ce passage ne semble pas encore saisi dans sa toute sa plénitude. Ceci est tellement vrai que presque toujours dans la planification sanitaire (et cela arrive partout dans le monde), les ressources sont mesurées en fonction des lits hospitaliers. Le maintien d'une telle unité de mesure dans la santé territoriale, et en particulier dans le domaine de la santé mentale, implique un paradoxe incontournable. En effet lorsque le travail territorial est efficace et produit effectivement une réduction de l'apparition des troubles aigus (à traiter par le dispositif hospitalier), il en résulte d'autant plus la nécessité de réduire le nombre de lits hospitaliers. Tout cela en théorie devrait emmener à une reconversion des ressources investies, déplaçant progressivement l'axe du milieu hospitalier au service territorial; toutefois, la plupart du temps cela a comme effet principal la contraction des dépenses (comme si moins de lits signifiait moins de ressources nécessaires) et en bout de piste, constitue seulement une économie pour l'administration sanitaire.

Cette logique est renversée du moment que le paramètre de référence, quant à la responsabilité et à la mesure des ressources nécessaires, devient le territoire dans son ensemble et le nombre d'habitants qui y demeure, avec leurs caractéristiques

sociologiques spécifiques en terme de pauvreté et de richesse, d'âge, d'environnement urbain ou rural, de langue et de culture.

Ce changement a aussi comme conséquence la transformation graduelle de la culture médicale qui traditionnellement tend plus à limiter sa propre responsabilité à la personne traitée et ce seulement dans la période où ce traitement est actif.

Ce faisant, l'on tend à diminuer la vision «privatisée» avec laquelle traditionnellement le psychiatre ou le psychologue interprète son propre rôle, assumant graduellement une approche en équipe, complexe et multidisciplinaire, où les compétences professionnelles peuvent s'intégrer et se compléter l'un l'autre dans la pratique quotidienne.

#### ***4- Continuité thérapeutique***

Le service de santé mentale, au-delà de la responsabilité territoriale, doit garantir à la communauté dans laquelle elle est insérée, et pour qui elle œuvre, la continuité des soins auprès des personnes ayant des problèmes majeurs de santé mentale et à leurs familles.

En ce sens, la continuité thérapeutique doit être un objectif stratégique pour le service de santé mentale.

Ce dernier doit avoir la capacité de devenir un point de référence toujours accessible à accueillir le citoyen qui en a besoin, et en même temps, doit être en mesure d'élaborer un parcours de soins et de santé à la hauteur des exigences du sujet malade et de ses proches.

Avant toutes choses, ceci nécessite une organisation des services basés sur une offre 24/7, dont le moteur principal est le Centre de Santé Mentale communautaire, pourvu de huit lits d'accueil.

Ce modèle, même s'il se révèle complexe dans sa réalisation, est le seul qui garantisse une intervention globale et cohérente, sans devoir avoir recours à d'autres structures sanitaires qui risquent de dupliquer inutilement le circuit de soins. La prise en charge du patient de la part du service provient donc d'un ensemble unifié clairement et explicitement responsable de l'aide à apporter à la personne.

En deuxième lieu la continuité réfère à la durée du parcours thérapeutique. Celui-ci, élaboré en fonction des exigences spécifiques de chaque usager, ne peut être prédéfini quant à sa durée. Dans tous les cas, il ne prévoit pas une sortie forcée du programme sur la base d'une durée pré-déterminée arbitrairement et sur des critères abstraits de type épidémiologique, administratif ou psychopathologique. Ceci ne signifie pas que le patient ne peut plus sortir du service, mais que cette sortie est négociée et que le point de vue de l'usager est mis sur le même niveau que celui de l'intervenant. En outre, l'usager, comme le citoyen, apprend que la porte est toujours ouverte, tant dans la direction de l'entrée que de la sortie.

Finalement, dans le traitement des personnes ayant des problèmes majeurs de santé mentale, la continuité thérapeutique signifie une attention particulière et continue dans le temps qui ne se limite pas à l'accueil du patient au moment où celui-ci arrive dans le ser-

vice. A l'égard de cet usager, la continuité thérapeutique exige le maintien d'un rapport actif et non d'attente. Les intervenants ne sont pas passivement accessibles, mais impliquent activement les personnes dans les programmes et les activités de type thérapeutique-réhabilitatif individuels et de groupes, vont à domicile, se déplacent vers le patient et vers sa famille.

Selon cette définition la continuité thérapeutique implique, tout comme la responsabilité territoriale, un véritable et manifeste changement de la culture du personnel sanitaire et en premier lieu du psychiatre. Ainsi la vision traditionnelle (et les services organisés sur cette vision) se fonde sur l'attente de l'arrivée du patient devant le médecin. L'expérience nous enseigne que dans le cas des patients avec des problèmes majeurs de santé mentale, la plupart du temps, si on se limite à attendre sa prise en charge par la structure sanitaire, l'on intervient alors quand tout est déjà joué et que la gravité des symptômes et des comportements signifient que la personne est en état de crise (et à ce moment-là, la compliance est très réduite).

Le modèle proposé, au contraire, par la construction d'un rapport de confiance, permet de maintenir un contact étroit avec les patients plus difficiles et de monitorer continuellement leur équilibre psychologique.

### **5. Habilitier/ré-habilitier**

Les outils thérapeutiques utilisés dans un service de santé mentale ne peuvent être limités à des entretiens ou à la médication. En trente ans d'expériences, l'on a appris que les médicaments de même que les différentes formes de psychothérapie ont une efficacité s'ils sont intégrés, comme outils, à l'intérieur d'une vision complexe, plus vaste, dans laquelle les aspects psychosociaux et hors clinique cessent d'être un complément accessoire.

Dans ce contexte, les parcours d'habilitation/ré-habilitation acquièrent une grande importance pour les usagers, que ce soit des parcours d'entraide, d'apprentissage, de formation ou d'insertion socio-professionnelle.

Ces parcours de promotion des habiletés sont les outils les plus efficaces pour entraver le processus de marginalisation, d'isolement social et de perte des habiletés sociales apparus suite aux troubles mentaux. Toutefois ils ont un sens et une valeur si leur propre finalité n'est pas à l'intérieur du circuit psychiatrique et assistentiel, c'est-à-dire si l'habileté (ré)acquise n'est pas une fin soi, un pur exercice théorique sans application concrète.

Afin que cela puisse être possible, le service de santé mentale doit être en mesure de sortir d'un environnement purement sanitaire et d'entrer en rapport avec différentes agences extérieures, tant de type formatif que de travail. Il doit être capable, encore un fois, de dépasser les limites étroites du monde «psy» et savoir construire un rapport de partenariat avec les multiples ressources communautaires, de formation, de travail, d'intervention culturelle, etc. présentes sur le territoire.

Le service de santé mentale doit être capable d'équilibrer harmonieusement les parcours de soins internes du service, les parcours de réhabilitation et de renforcement des habiletés à l'externe, sans perdre la capacité d'être le point de référence stratégique pour l'élaboration, la vérification et l'éventuelle modification du projet de réhabilitation.

## **6. L'usager, comme acteur principal**

A une époque, la personne atteinte de troubles mentaux était un individu dont la parole était systématiquement invalidée. Celui-ci, objet de soins ou interné, tout de suite ou plus tard, perdait (dans certains cas de manière formelle) tout pouvoir ou droit. Dans les dix, quinze dernières années les choses ont beaucoup changé.

Aujourd'hui, finalement, l'interlocuteur, un temps muet ou réduit à se taire, a commencé à faire entendre sa propre voix. Même si cela est difficile, le patient (ou l'usager) est redevenu citoyen et commence à se considérer comme un sujet et à être considéré comme un sujet.

Ce nouveau rôle oblige, justement, le psychiatre à revoir plusieurs de ses schèmes culturels et professionnels bien ancrés; en particulier, l'autoréférentialité, plus ou moins paternaliste, lié aux habitudes de celui qui du même souffle interprète les besoins, les demandes et donne les réponses, sans attribuer trop de valeur aux paroles qu'il entend.

Aujourd'hui, les services de santé mentale doivent faire un grand effort afin que les citoyens utilisateurs puissent faire entendre leur voix et pour construire des parcours de santé qui empêchent la dérive sociale des personnes usagères.

Dans ce parcours difficile, l'usager, et ses proches et amis, sont toujours de plus en plus souvent des partenaires, non un poids ou pire des adversaires.

Pour être à la hauteur des attentes, la psychiatrie doit être en mesure d'offrir aujourd'hui des opportunités réelles (et non fictives) d'expression aux personnes usagères, en faisant un pas en arrière et en laissant libre expression aux instances des personnes, avant d'en interpréter la valeur ou le sens en des termes de santé ou de pathologie.

En sus, la « psychiatrie » peut et doit favoriser des formes d'entraide mutuel et d'appropriation du pouvoir pour les personnes usagères, étant attentif cependant à ne pas tomber dans le paradoxe des « prescriptions ».

En définitive, aujourd'hui la psychiatrie se trouve devant un carrefour. Face à un sujet fragile et vulnérable, elle peut/doit choisir entre la voie plus simple et usuelle qui est celle du paternalisme bienfaisant, qui à la fin laisse les sujets dans le même état de fragilité et de vulnérabilité qu'auparavant, et la voie certainement plus difficile et risquée de celui qui cherche des conditions afin que la fragilité et la vulnérabilité se réduisent. Mais la dernière voie est la seule qui peut redonner la parole au citoyen usager en lui reconnaissant dignité de sujet, titulaire de droits et de devoirs civiques, même quand il est profondément atteint d'un trouble mental.

### **Conclusion**

Ce bref texte, avec une grande humilité, se limite à des énoncés, six concepts clés, à partir desquels l'on pourrait ouvrir une réflexion et, peut-être un dialogue. Derrière l'apparente simplicité et évidence de ces termes se cache beaucoup de travail et un débat tourmenté et controversé toujours ouvert à ce jour.

La fermeture des hôpitaux psychiatriques, le dépassement de l'approche clinique, la déclaration d'une nouvelle responsabilité à l'égard de la citoyenneté, l'attention à la continuité et à la cohérence des services offerts, le développement des parcours de réhabilitation et d'insertion sociale et finalement la promotion des parcours d'émancipation pour les personnes atteintes de troubles mentaux sont pour nous aujourd'hui des questions fondamentales qui ne peuvent être exclues de tout débat sur l'avenir de la psychiatrie. Nous n'avons pas de certitude, mais des problèmes ouverts envers lesquels nous cherchons à nous confronter quotidiennement, sans voir la présomption d'avoir trouvé une réponse à toutes les interrogations.