

## LE « MOMENT HEUREUX » DE LA PSYCHIATRIE ITALIENNE

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 à Gorizia en 1961, 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 politique. Franco Basaglia, qui en est le vrai instigateur, nous parle du *vide* qui se creuse au lendemain de la mort de l'asile, le définissant comme un « moment heureux où l'on pourrait commencer à aborder les problèmes d'une façon différente »<sup>1</sup>. Aujourd'hui, il est fondamental de se demander ce qui reste de ce *vide* ou s'il a été rempli de nouveau. Autrement dit, nous essaierons de nous interroger sur la spécificité de la psychiatrie italienne – une santé mentale sans asiles – en tentant de saisir comment elle a fonctionné jusqu'à aujourd'hui, si elle a résisté à l'homogénéisation globale de la psychiatrie et si elle n'est pas somme toute devenue comparable à toutes les autres psychiatries.

La loi 180 a été insérée, quelques mois après sa promulgation, dans la loi 833 de 1978 (à laquelle nous nous référerons), une loi 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 le 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 de se fonder

---

1. Basaglia 2004, p. 173.

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 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, et 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, non plus 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<sup>2</sup>.

---

2. Colucci et Di Vittorio 2005.

Mais procédons par ordre : le contrôle et le traitement des maladies mentales sont normalement volontaires. 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 du médecin et du lieu de soin »<sup>3</sup>. 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 »<sup>4</sup>.

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 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)<sup>5</sup>. En revanche, en Italie, à partir de la loi 833 de 1978, a prévalu le principe selon lequel il ne faut tenir compte que de la seule exigence concernant les

3. Extrait de l'article 33 de la loi 833 / 78.

4. Extrait de l'article 34 de la loi 833 / 78.

5. Castel 1976.

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*<sup>6</sup> ; 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 de 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 malades ? La tâche que la loi 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

6. American Psychiatric Association 1994.

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<sup>7</sup>. 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 1990) 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 efficace au cas particulier »<sup>8</sup>. 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 pour quoi la désinstitutionnalisation ne peut pas se réduire complètement à un processus

---

7. Giannichedda 1988.

8. Basaglia et Giannichedda 1981-1982, p. 462.

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 ségréguatives et du retour inévitable à court terme des vieilles solutions asilaires<sup>9</sup>.

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<sup>10</sup>, on a misé uniquement sur une gestion médicale de la crise psychiatrique, en promouvant l'installation de services psychiatriques de diagnostic et soin (SPDC en italien) à l'intérieur des hôpitaux généraux et la construction de centres de santé mentale (CSM), de structures résidentielles et de supports sociaux post-cure sur le territoire<sup>11</sup>. On s'est surtout référé aux modèles de contention pharmacologique ou physique<sup>12</sup> 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 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 de vie des patients<sup>13</sup>. Quand nous parlons de CSM nous nous référons à des structures ouvertes, situées au cœur d'un quartier ou d'une communauté, d'accès facile. Dans certaines villes italiennes, de tels centres sont ouverts vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours sur sept, et peuvent offrir une écoute et des consultations de spécialistes mais aussi une assistance sociale. Ils disposent d'un petit nombre de lits qui facilitent 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 coo-

9. Rotelli, De Leonardis et Mauri, p. 597-634.

10. Nombreuses seront, au cours des années 1990, les attaques à la loi. À l'opposé, c'est-à-dire dans le sens de la défense et de l'application de la loi de 1978, va le projet de loi de 1987, dont la première signataire est la sénatrice Franca Ongaro-Basaglia, avec le groupe de la gauche indépendante : c'est sur la base de ce projet qu'a été rédigé le premier projet objectif pour la santé mentale (1994-1996). Ces dernières années, avec l'approbation des projets objectifs successifs et avec les restrictions économiques imposées aux régions qui n'ont pas appliqué la loi, la fermeture des hôpitaux psychiatriques a définitivement été accomplie.

11. Mezzina, Vidoni, Miceli *et al.* 2005.

12. Il n'y a que seize services psychiatriques (SPDC) 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.

13. 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 SPDC le pivot du dispositif de prise en charge et de soin des patients.

pératives sociales du territoire, et d'un bon programme d'activités d'insertion sociale et au travail.

La spécificité de la psychiatrie italienne est liée, comme nous l'avons dit, à un choix éthico-politique précis ; c'est ce même choix – la fermeture des asiles – qui a très justement catalysé toutes les énergies intellectuelles de la psychiatrie italienne mais qui a fait parfois baisser la garde contre une pénétration graduelle de techniques « invalidantes » dans la formation des intervenants. Pour cela, la psychiatrie italienne doit à nouveau se poser une question concernant une *clinique du sujet*. Cette tâche est déjà inscrite dans les discours qui se sont développés en Italie à partir des expériences de désinstitutionalisation qui, bien que très différentes les unes des autres, avaient montré un objectif commun : tenter de renverser le dogme de fond de la psychiatrie – bien avant encore la Raison classique – c'est-à-dire l'*invalidation du sujet fou et de son discours*. Le langage tout à fait inadapté élaboré par la psychiatrie s'appuie sur le fait que sa clinique est structurellement une *clinique du déficit*. Cela signifie que la folie est réduite à un fait de nature, à une maladie mentale entendue comme appauvrissement cognitif et affectif, déchéance, dégénération, événement incompréhensible, incurable, inguérissable, enfin imprévisible et donc dangereux. Il dérive de cette clinique un concept de tutelle de la société contre le fou, qui historiquement coïncide avec l'internement institutionnel et avec la défense explicite de la société au détriment du protégé.

Les expériences italiennes ont montré que la remise en question de ce discours commence par les pratiques ou, mieux, par la transformation concrète de la réalité institutionnelle : la fermeture de l'asile non seulement comme action de bonification des lieux de l'intervention psychiatrique, mais aussi et surtout comme preuve du manque de fondement de sa logique scientifique. C'est ce qui contraint la psychiatrie à revoir sa clinique du déficit et à rejeter ses hypothèses d'irréversibilité. Toutefois, juste au moment où la psychiatrie cherche à élaborer une nouvelle modalité d'intervention fondée sur des modèles de réhabilitation psycho-sociale et donc, sur des programmes de reprise du déficit, elle se retrouve piégée dans la même logique et ne fait rien d'autre que proposer des stratégies d'adaptation à la normalité, ignorant souvent la spécificité subjective. Invalidation assistée du patient<sup>14</sup> « avec des effets de déresponsabilisation, de mise en tutelle et de maintien en minorité »<sup>15</sup> : elle correspond à la logique de l'état d'assistance publique qui garantit – en théorie – un droit général à la santé mais qui n'atteint pas le problème de fond de l'invalidation de l'assisté, perpétuée par le biais d'une science qui déprécie le sujet et son discours, même quand elle s'applique à le réhabiliter. Si l'internement en asile a été une expropriation du corps misérable du fou pour protéger la société et au détriment de tout droit, l'aide à la folie sur le territoire risque de devenir une invalidation assistée quand elle ne vise pas à combattre la limitation de l'autonomie, du gouvernement de soi, de la responsabilité de l'individu par rapport à lui-même, à sa vie et sa santé.

14. Basaglia, *Tutela di diritti e saperi disciplinari*.

15. Foucault 1977, p. 275.

Il est utile, alors, de se demander combien nos nouvelles pratiques thérapeutiques se sont éloignées de cette clinique, de ses tentatives de transformation et de ce que nous considérons aujourd'hui comme thérapeutique pour le sujet. Il s'agit de prendre acte du fait que les mécanismes d'exclusion, auxquels la personne folle est sujette depuis toujours, ne peuvent pas être renversés uniquement en relançant un projet spéculaire et inverse d'inclusion sociale sans attaquer le modèle médical de l'invalidation. Si promouvoir l'insertion sociale correspond à une simple satisfaction des besoins de l'usager, on méconnaît alors la particularité de sa demande et on réduit son statut de sujet à celui d'un simple bénéficiaire de biens et de services. Ces discours sont renforcés par les logiques d'organisation de la santé selon des critères d'entreprise et de management du budget sanitaire, qui laisse intact le modèle d'invalidation, parce que le *manque* de l'individu devient un déficit à combler par une réponse valable pour tous, détenue par le technicien. C'est alors que fonctionne un modèle de savoir traditionnel, fait de paternalisme thérapeutique et de sentiments de dévouement envers le soignant, qui reproduit continuellement la *maîtrise* du technicien sur le sujet : un savoir qui vient d'en haut, plus comme un enseignement que comme une thérapie, du soignant au soigné, et qui ne tient compte ni du « projet » ni du « naufrage » de chaque histoire<sup>16</sup>.

Là, la psychiatrie italienne révèle sa distance par rapport à la psychanalyse et à sa clinique. Une distance qui, toutefois, reste incompréhensible à la lueur de la proximité éthique entre Basaglia et Lacan<sup>17</sup>, dans la tentative courageuse de la part des deux de suspendre une clinique psychiatrique fondée sur le déficit, de mettre en question une définition obsolète de normalité, et vice versa une notion de maladie en tant que déficit de normalité. Pour Basaglia et pour Lacan, la folie n'est pas synonyme non plus de déficit, de perte, d'appauvrissement, d'invalidation. Le sujet de la folie n'est pas un sujet déficitaire, c'est un sujet éthique, qui fait un choix insondable<sup>18</sup>. La folie a du sens, la folie est compréhensible. Grâce à la phénoménologie, Basaglia découvre que si l'on reste confiné dans une vision positiviste de la maladie mentale, la rencontre avec le malade est impossible. Rupture avec la science universitaire et recherche d'un savoir capable de produire du sens, geste phénoménologique d'*epochè*, de suspension du discours scientifique organiciste, refus de la psychiatrie en tant que clinique du déficit.

L'expérience italienne indique que la redécouverte du sujet éthique de la folie ne passe pas uniquement à travers le refus d'une clinique du déficit, mais également à travers une position éthique de la part du thérapeute, qui est capable d'accueillir la folie au moment où il renonce à être séduit par un discours de maître sur elle. Sous cet éclairage, la fermeture de l'asile acquiert la valeur d'un témoignage incontournable, qui oblige à une confrontation : c'est l'événement qui fait que l'édifice de la psychiatrie

16. Lacan 1958 ; « Proposition du 9 octobre 1967 à propos du psychanalyste de l'École », in J. Lacan *et al.* 1968-1973, « Scilicet 1-4 » et Lacan 1991.

17. Sur les similitudes éthiques entre Basaglia et Lacan, cf. Colucci 1999, p. 58-67.

18. Lacan 1946.



s'écroule, qui montre l'inconstance de ses prétentions scientifiques et dévoile le sens répressif de ses institutions. C'est à partir de ce moment-là que change la façon de rencontrer la folie et que change le savoir sur la folie. On comprend alors pourquoi face aux horreurs de l'asile, Basaglia affirme qu'il faut avant tout opposer un refus à la jouissance mortifère que la psychiatrie asilaire porte en elle. Qu'est-ce qu'un hôpital psychiatrique, en effet, si ce n'est une jouissance de mort, jouissance de clés et de barres de fer, de liens et de secousses électriques, de brimades et de subordinations, de malades-esclaves et de médecins-maîtres ? Jouissance de mort qui habite l'hôpital psychiatrique et qui touche toutes les relations qui évoluent à l'intérieur : non seulement à travers la violence mais souvent aussi à travers son contraire, lorsque le malade se retrouve dans « un état de suggestion encore plus aliénant parce qu'il est mélangé à des sentiments de dévouement et de reconnaissance qui le lient au médecin dans un rapport encore plus étroit, plus inébranlable, plus profondément mortifiant et destructeur que toute autre contention physique : un rapport de suggestion absolue et de dévouement au "bon" qui se dévoue à lui, qui se penche – de toute sa hauteur – pour l'écouter et il ne dit jamais non »<sup>19</sup>. Le discours du maître est encore plus tyrannique quand il revêt l'habit propre de la compréhension et de la bonhomie. C'est ici que le malade s'éteint comme sujet, au moment même où il accepte de s'identifier à l'idéal proposé par l'institution : malade docile et plein de bonne volonté aux côtés du médecin autoritaire et magnanime. Peut-on refuser cette identification ? Peut-on rompre le miroir qui capture dans l'imaginaire d'une subordination aliénante ? C'est justement le travail thérapeutique de Basaglia.

Chez Basaglia, la rupture épistémologique, représentée par l'ouverture à la psychiatrie phénoménologique et existentielle, s'est radicalisée et a donné lieu à une rupture pratico-institutionnelle. L'*époque* a changé d'aspect, le refus de la science psychiatrique traditionnelle n'est pas seulement philosophique et cognitif, mais éthique et politique. Toutefois, il faut être conscient du fait que la politique n'est pas une réponse à la folie, la politique n'a été, à une certaine époque historique, que la façon la plus radicale pour laisser ouverte sa demande. Ce fut un moment où la production du savoir s'est déplacée du psychiatre, détenteur d'un discours de maître, à l'interné, dont le discours n'avait jusqu'alors jamais été écouté.

Si aujourd'hui ce passage est encore difficile, c'est peut-être parce que la critique aux relations de pouvoir ne constitue plus les prémisses d'un discours autour de la psychiatrie : le pouvoir psychiatrique n'admet plus d'être critiqué et les relations de pouvoir – qui ne déterminent pas seulement le fonctionnement de l'institution mais la relation entre les individus, les formes et le temps même de l'intervention médicale – ne sont plus situées au centre du champ problématique ni remises en question préalablement et fondamentalement<sup>20</sup>. Voilà pourquoi, au lendemain de la loi de 1978, Basaglia ne consent pas à abandonner son attitude critique pour céder à un bon modèle

---

19. Basaglia (1981-1982), p. 256.

20. Foucault 2003.

technique, même s'il provenait d'authentiques luttes de libération. Il insiste pour ne pas sous-évaluer « la fonction normalisatrice implicite chez tout travailleur en psychiatrie »<sup>21</sup> : autrement dit, la promotion des valeurs de citoyenneté à travers l'insertion sociale doit toujours être capable d'écouter les voix de ceux qui y résistent, ceux qui n'acceptent pas d'être réduits à un seul et unique modèle de santé et de normes, ceux qui ne veulent pas que la thérapie en tant que réhabilitation soit seulement une restauration de prestations et de compétences perdues.

Mario COLUCCI<sup>22</sup>

---

21. Basaglia 2004, p. 172.

22. Psychiatre, dipartimento di salute mentale di Trieste, Italie ; mario.colucci@tin.it.

## Références bibliographiques

- American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington, The American Psychiatric Association.
- BASAGLIA F. et GIANNICCHEDDA M.G. (1981-1982), « Legge e psichiatria. Per un'analisi delle normative in campo psichiatrico », in F. Basaglia, *Scritti*, Turin, Einaudi, t. II.
- BASAGLIA F. (1981-1982), « La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione », in F. Basaglia, *Scritti*, Turin, Einaudi, t. I.
- BASAGLIA F. (2004), « Préface au livre *Le jardin des mûriers. Dix ans d'antipsychiatrie italienne* » [1979], *Sud/Nord. Folies et cultures*, n° 20 : *Pouvoirs*.
- CASTEL R. (1976), *L'Ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Minuit.
- COLUCCI M. (1999), « L'etica di Franco Basaglia », *Astrolabio*, n° 25 : *La Psicoanalisi*, p. 58-67.
- COLUCCI M. et DI VITTORIO P. (2005), *Franco Basaglia. Portrait d'un psychiatre intempestif*, Toulouse, Érès.
- FOUCAULT M. (1977), « L'asile illimité », *Dits et écrits*, Paris, Gallimard, t. 3, p. 275.
- FOUCAULT M. (2003), *Le Pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France, 1973-1974*, Paris, Gallimard – Seuil.
- GIANNICCHEDDA M. G. (1988), « Sul trattamento sanitario coatto », *Democrazia e diritto*, n° 4-5.
- LACAN J. (1966), « Propos sur la causalité psychique », *Écrits* [1958], Paris, Seuil, p. 151-193.
- LACAN J. (1966), « La direction de la cure et les principes de son pouvoir », *Écrits* [1958], Paris, Seuil, p. 585-645.
- LACAN J., *et al.* (1968-1973), « Proposition du 9 octobre 1967 sur la psychanalyste de l'École », in *Autres Écrits*, Paris, Seuil, 2001.
- LACAN J. (1991), *Le Séminaire. Livre XVII. L'envers de la psychanalyse, 1969-1970*, Paris, Seuil.
- MEZZINA R., VIDONI D., MICELI M. *et al.* (2005), *Crisi psichiatrica e sistemi sanitari*, Trieste, Asterios Editore.
- ROTELLI F., DE LEONARDIS O. et MAURI D., « Deistituzionalizzazione, un'altra via (La riforma psichiatrica italiana nel contesto dell'Europa Occidentale e dei "paesi avanzati") », in A. Debernardi, R. Mezzina et B. Norcio (dir.), *Salute mentale. Pragmatica e complessità*, Trieste, Centro studi e ricerche per la salute mentale, t. II, p. 597-634.

