

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2022

2022 TOU3 1523

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ PSYCHIATRIE

Présentée et soutenue publiquement

par

Clémence BOUCLY

le 05 Avril 2022

**Organisation des soins psychiatriques à Trieste : une étude
observationnelle.**

Directeur de thèse : Dr Tudi GOZE

JURY

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS

Président

Monsieur le Professeur Antoine YRONDI

Assesseur

Monsieur le Docteur Tudi GOZE

Assesseur

Madame le Docteur Stéphanie LAFONT-RAPNOUIL

Assesseur

Madame le Docteur Elena MONTICELLI

Suppléante



TABLEAU du PERSONNEL HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
des Facultés de Médecine de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2021

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. TKACZUK Jean
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur ARBUS Louis	Professeur LANG Thierry
Professeur ARLET Philippe	Professeur LAURENT Guy
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur LAZORTHES Yves
Professeur BOCCALON Henri	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur BOUTAULT Franck	Professeur MANELFE Claude
Professeur BONEU Bernard	Professeur MARCHOU Bruno
Professeur CARATERO Claude	Professeur MASSIP Patrice
Professeur CHAMONTIN Bernard	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CHAP Hugues	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur CONTE Jean	Professeur MURAT
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur RISCHMANN Pascal
Professeur DABERNAT Henri	Professeur RIVIERE Daniel
Professeur DELISLE Marie-Bernadette	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur GRAND Alain	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur SERRE Guy
Professeur JOFFRE Francis	Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

Doyen : Didier CARRIE

P.U. - P.H.

2^{ème} classe

M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E.)	Hématologie, transfusion
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entéro
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'urgence
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAVALD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie Cellulaire et Cytologie
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SIZUN Jacques	Pédiatrie
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie, Addictologie
M. HERIN Fabrice	Médecine et Santé au Travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

Professeurs des Universités de Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeurs Associés Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. CHICOULAA Bruno
M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Bactériologie - Virologie; Hygiène Hospitalière

Mme MALAVALD Sandra

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : Elie SERRANO

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

2^{ème} classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURJA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAÏL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAÏDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoît	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CORRE Jill	Hématologie, Transfusion
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH-BILFELD Marie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme MARTINEZ Alejandra	Cancérologie, Radiothérapie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne, Gériatrie
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. SAVALL Frédéric	Médecine Légale et Droit de la Santé
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'Adultes ; Addictologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

Professeur des Universités de Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme BELLIERE-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER-SIMMERMAN Emilie	Nutrition
M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
Mme MOREAU Jessika	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie ; Transfusion
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL-LEGRAND Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme BREHIN Camille	Pédiatrie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospit.
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. REVET Alexis	Pédopsychiatrie, Addictologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et Cytologie Pathologiques
Mme VALLET-GAREL Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie

Maîtres de Conférences Universitaires de Médecine Générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M. BISMUTH Michel
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr FREYENS Anne
Dr PIPONNIER David
Dr PUECH Marielle

Dr BIREBENT Jordan
Dr. BOUSSIER Nathalie
Dr LATROUS Leila

Serment d'Hippocrate

“Au moment d’être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité.

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j’y manque.”

Remerciements

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS,

Président du Jury,

Professeur des Universités,

Praticien Hospitalier,

Psychiatre.

Vous me faites l'honneur de présider ce jury.

Vos connaissances et votre humanité ont marqué notre formation de psychiatre. Je vous suis reconnaissante pour votre disponibilité tout au long de notre parcours.

Veillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de toute ma gratitude.

Monsieur le Professeur Antoine YRONDI,

Professeur des Universités,

Praticien Hospitalier,

Psychiatre.

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Nous avons pu apprécier votre rigueur scientifique et votre passion pour la recherche au cours de notre formation.

Veillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Tudi GOZE,

Praticien Hospitalier,

Psychiatre.

Tu m'as fait l'honneur de diriger cette thèse.

Je te remercie de la confiance que tu m'as témoignée pour mener à bien ce travail, ainsi que de ton aide dans l'élaboration du projet d'InterCHU. J'ai pu apprécier ton exigence et ta passion pour la recherche en sciences humaines.

Sois assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

Madame le Docteur Stéphanie LAFONT-RAPNOUIL,

Praticien Hospitalier,

Psychiatre.

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

C'est un privilège de pouvoir bénéficier de votre expertise en matière d'organisation des systèmes de soins. Travailler avec vous aux urgences psychiatriques a apporté beaucoup à mon parcours et je vous en remercie.

Soyez assurée de mon profond respect.

Madame le Docteur Elena MONTICELLI,

Praticien Hospitalier,

Psychiatre.

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans ce jury et d'y apporter votre expérience de la réforme du système psychiatrique italien dont vous avez vécu une partie sur le terrain. Je suis heureuse d'être la première interne dont vous jugerez le travail en France.

Soyez assurée de mon profond respect.

Ce travail de thèse n'aurait pas été possible sans le soutien de la **Prof.ssa Elisabetta PASCOLO FABRICI** et du **Dr Mario COLUCCI** qui ont accepté de m'accueillir au Centro di Salute Mentale 4 di Via Gambini.

A **Nicola**. Non ti ringrazierò mai abbastanza per la gioiosa serenità che hai portato nella mia vita, anche se pensi que la frutta non sia un dessert.

A **mon père** qui m'a transmis son goût pour les voyages et les langues étrangères.

A toute l'équipe de **Via Gambini**, à **Elisa**, à **Giulia**, à **Julia** et à **Rocio**, aux **donne** et à l'équipe de **Via Genova**. A **Giovanna**, à **Marta**, à **Françoise** et à **Francis**, vous m'avez tant appris. A ma chère **Analia**.

A **Armando** et à **Federico**. A nos **compagni di corso** della Scuola di filosofia di Trieste. Siete stati una luce di speranza nel buio del manicomio.

A **Bertille**, ma petite binôme chérie qui a illuminé mes études de médecine, à nos expéditions, à Alfred, au red luggage, au tirage, au club de golf qui s'envole et à nos inoubliables périodes de révisions.

A **Maryam**, aux déclinaisons de latin, aux craquages au Furet, à la conf' de rhumato et aux voies cordonales postérieures. A **Yoanna** et à l'époque où nous tentions de changer le monde. A **Benoît** mon président préféré. A **Greg** mon fillot d'amour et à **Damien** mon parrain chéri.

A **Manon**, mon amie de toujours. A **Audrey** dont l'expérience me rappelle sans cesse l'importance de se remettre en question.

A **Manou**, merci pour les relectures et tes précieux conseils. Te rencontrer a littéralement changé ma vie.

A **Aude**, à **Julie** et à **Mathilde**, à **Shadi**, mes belles rencontres toulousaines.

A la team **Sommeil** du CHU et au club de lecture de la salle de relecture. A la joyeuse bande de l'**Ouest / Psychogé** au CH du Gers. A toutes **les équipes** au sein desquelles j'ai travaillé au cours de l'internat.

A l'équipe de **neurologie du Policlinico Tor Vergata**, au petit **groupe de Via Ceneda**, à **Emira** et en particulier à **Fabio** et à **Irene**. Avete fatto della mia prima esperienza italiana un grande successo che mi ha spinto a scoprire ancora di più la vostra cultura. Au fond, cette aventure a commencé un peu avec vous !

A **Luciana Mocchiola**, à **Giovanni Luna**, à **Raffaella Zanni** et à **Elodie Cornez**, mes professeurs d'italien à l'Université Lille 3.

« Ogni gesto che dalla gente comune e sobria viene considerato pazzo coinvolge il mistero di una inaudita sofferenza che non è stata colta dagli uomini. »

Alda Merini

L'altra verità. Diario di una diversa [66]

Table des matières

1	Introduction	1
2	Historique.....	4
2.1	Mouvements désaliénistes en Europe.....	4
2.1.1	Jusqu'à la première moitié du XX ^{ème} siècle.....	4
2.1.2	L'après-guerre et les années 1960	6
2.2	Gorizia.....	8
2.3	Parme	11
2.4	Autres expériences italiennes de psychiatrie alternative.....	12
2.5	Trieste.....	13
2.6	La loi 180/1978.....	17
2.6.1	Contexte du vote	17
2.6.2	Contenu de la loi	18
2.7	Après le vote de la loi.....	19
2.7.1	A Trieste.....	19
2.7.2	Au niveau national.....	20
3	Fonctionnement actuel des services de santé mentale à Trieste – Retour d'expérience ...	22
3.1	Présentation générale du Département de Santé Mentale	22
3.2	Centre de Santé Mentale	23
3.3	Urgences psychiatriques – SPDC	25
3.4	Service de réhabilitation – SARR	26
3.5	Le technicien de réhabilitation psychiatrique	28
3.6	L'histoire de F.....	29
4	Discussion.....	31
4.1	Limites de l'étude	31
4.2	Approche critique de l'organisation du système italien de soins psychiatriques.....	31
4.3	Comparaison avec le modèle FACT.....	33
4.4	Quelles perspectives pour la Haute-Garonne ?.....	35
4.5	Fermer l'asile ne suffit pas pour supprimer les pratiques asilaires	39
5	Conclusion	43
6	Bibliographie	45

Liste des Abréviations

BIS : *Budget Individuale di Salute* (Budget individuel de santé)

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CC OMS : Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale

CEE : Communauté Economique Européenne

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLU : *Cooperativa Lavoratori Uniti* (Coopérative des travailleurs unis)

CMP : Centre Médico-Psychologique

CPT : Communauté Psychiatrique de Territoire

CSM : *Centro di Salute Mentale* (Centre de santé mentale)

DSM : *Dipartimento di Salute Mentale* (Département de santé mentale)

ETP : Equivalent Temps Plein

FACT : *Flexible Assertive Community Treatment*

FAP : *Fondo per l'Autonomia Possibile* (Fonds pour l'autonomie possible)

HDJ : Hôpital De Jour

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OPG : *Ospedale Psichiatrico Giudiziario* (Hôpital psychiatrique judiciaire)

PTRP : *Piano Terapeutico Riabilitativo Personalizzato* (Plan thérapeutique personnalisé de réhabilitation)

REMS : *Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza* (Résidence pour l'exécution des mesures de sécurité)

SARR : *Servizio Abilitazione, Residenzialità e REMS* (Service de réhabilitation)

SDRE : Soins à la Demande du Représentant de l'Etat

SPDC : *Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura* (urgences psychiatriques)

TSO : *Trattamento Sanitario Obbligatorio* (Mesure de soins sans consentement)

UHSA : Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée

1 Introduction

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une personne sur quatre présentera un trouble psychique au cours de sa vie [71]. Les maladies psychiatriques sont responsables de 20% des années de vie vécues avec une incapacité [81]. En France, les maladies psychiatriques et les traitements chroniques par psychotropes sont le premier poste de dépenses de l'Assurance Maladie, soit 15% des dépenses du régime général en 2015 [51,71] ; ils causent 35% à 45% de l'absentéisme au travail [32,98]. Après le diabète et les cancers, les affections psychiatriques étaient le troisième motif d'Affection Longue Durée en 2017 [52].

Les pouvoirs publics se rendent de plus en plus compte de l'importance à accorder à la psychiatrie, tant sur le plan sociétal qu'économique. Les systèmes de soins psychiatriques se sont développés de manière différente entre les pays européens [32]. Nous entendons proposer ici une étude observationnelle du système psychiatrique triestin que nous mettrons en perspective du système psychiatrique de la Haute-Garonne.

Depuis plusieurs années, la psychiatrie publique française traverse une période de crise, avec la diminution des budgets qui lui sont alloués, la fermeture de lits d'hospitalisation, ou encore les difficultés de recrutement de psychiatres et infirmiers par les services psychiatriques. La Feuille de route santé mentale et psychiatrie, publiée par le Ministère des Solidarités et de la Santé en 2018, déplore une insuffisance de prévention et de prises en charge précoces, des ruptures de soins et une stigmatisation des troubles psychiatriques trop importantes [71].

A partir du milieu du XX^{ème} siècle, la plupart des systèmes psychiatriques européens se sont transformés au profit d'une prise en charge mieux intégrée dans la communauté [32]. En France, le secteur psychiatrique fut évoqué pour la première fois en 1960 [70] mais il ne fut encadré par la loi qu'en 1985 [64,65]. Le système psychiatrique français, malgré la création du secteur, repose encore en grande partie sur les hôpitaux psychiatriques [109]. En 2018, on comptait en France 52598 lits d'hospitalisation à temps plein, dont 31971 dans les établissements publics, 18682 places en hospitalisation de jour et 1087 en hospitalisation de nuit [104]. En ce qui concerne la prise en charge ambulatoire des adultes, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques rapportait l'existence de 1780 Centres Médico-Psychologiques (CMP), 1253 unités de consultation des services et 1126 Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) [104].

Les avis divergent sur les solutions à mettre en œuvre afin de répondre à la demande croissante de soins psychiatriques. D'un côté, les soignants dénoncent régulièrement la diminution des budgets alloués à la psychiatrie et les fermetures de lits opérées depuis plusieurs décennies. Mais l'augmentation des lits est-elle la seule solution ? De l'autre, les pouvoirs publics prônent une organisation différente des parcours de soins en psychiatrie et de la formation des soignants [71].

La transformation des systèmes de soins psychiatriques depuis les années 1960 s'est faite de manière très différente d'un pays européen à l'autre [32]. L'Italie, notamment, est connue pour sa loi 180, ou « loi Basaglia » qui acta de manière radicale la réforme des soins psychiatriques en 1978. Il s'agissait d'étendre à tout le territoire le modèle mis en place à Trieste par le psychiatre Franco Basaglia et ses collaborateurs, balayant ainsi les principes sécuritaires qui avaient dicté la loi précédente de 1904. Il n'est désormais plus permis de construire de nouveaux hôpitaux psychiatriques, ni d'hospitaliser de nouveaux patients dans les hôpitaux psychiatriques déjà existants [58]. Plus encore, il est interdit d'utiliser à des fins d'hospitalisation psychiatrique les services des hôpitaux généraux, à l'exception des services de diagnostic et de soins psychiatriques (*servizio psichiatrico di diagnosi e cura* - SPDC) qui ne doivent pas comporter plus de 15 lits [58].

Le combat de Basaglia contre l'asile psychiatrique avait débuté dès 1961 à son arrivée à l'hôpital psychiatrique de Gorizia en tant que directeur. Il lui avait alors semblé retrouver l'ambiance qui régnait dans la prison où il avait été enfermé, pendant ses études de médecine, pour avoir pris part à la lutte contre le régime fasciste [8]. S'il n'avait pas de plan d'action prédéfini, l'urgence de s'opposer aux conditions d'internement et à la perte des droits civiques des malades mentaux dans les asiles lui était en revanche apparue presque immédiatement [33]. A Gorizia, il entreprit avec ses collaborateurs sa première expérience, celle d'une communauté thérapeutique reposant entre autres sur le principe de la libre circulation. Ce n'est en revanche qu'à Trieste, où il travailla à partir de 1971, qu'il put « aller jusqu'au bout » [33] : fermer l'hôpital psychiatrique, réintégrer les malades mentaux dans la communauté et pratiquer une psychiatrie presque exclusivement ambulatoire.

Reprendre l'historique du travail de Franco Basaglia, en l'intégrant dans le contexte socio-politique qui l'a vu émerger, peut permettre de mieux saisir comment s'est forgé l'actuel système psychiatrique italien dont le fonctionnement est, sur de nombreux points, à l'opposé de ce que nous connaissons en France. Aussi, dans ce travail de thèse, nous nous proposons de revenir sur l'historique des mouvements désaliénistes au niveau européen avant de nous concentrer sur la mise en place du modèle triestin, qui est aujourd'hui encore considéré

comme unique au monde ; nous nous appuyerons pour cela majoritairement sur les écrits de Franco Basaglia et de ses collaborateurs. Nous nous intéresserons ensuite à son fonctionnement tel que j'ai pu l'observer lors d'un semestre d'internat réalisé en InterCHU au Centre de Santé Mentale (CSM) 4 de Via Gambini avant le début de la crise sanitaire liée au Covid-19, de novembre 2019 à février 2020. Enfin, nous discuterons les limites de ce modèle et le comparerons avec le système de soins psychiatriques de la Haute-Garonne.

2 Historique

2.1 Mouvements désaliénistes en Europe

2.1.1 Jusqu'à la première moitié du XX^{ème} siècle

A l'époque où Franco Basaglia devint psychiatre, le système italien était encore régi par la loi 36/1904, dite « loi Giolitti ». Cette loi avait fait suite à des révélations dans la presse au sujet de l'état désastreux des asiles [42]. Cependant, le texte aux principes sécuritaires était largement inspiré de la loi française du 30 juin 1838 [32,42] qui utilisait les notions de risque pour « l'ordre public ou la sûreté des personnes » [63] pour justifier l'enfermement à l'asile. Au danger pour soi ou pour les autres, la loi Giolitti ajoute la notion d' « atteinte aux bonnes mœurs » [56]. Basaglia souligne que la prise en charge de la « souffrance subjective de l'individu » y était totalement mise de côté [17].

Selon la loi italienne de 1904, chaque personne envoyée à l'hôpital psychiatrique, nécessairement sur ordonnance du juge de paix, était placée en observation durant un mois maximum. Au terme de cette période, l'équipe devait statuer sur la guérison ou non de la personne. S'ils la considéraient comme guérie, le directeur de l'établissement devait être « entendu » [56] et engageait alors sa responsabilité. Dans le cas contraire, la personne était internée sur décision du tribunal, jamais de manière volontaire, ce qui entraînait une « interdiction » [56] c'est-à-dire une mise sous tutelle et la perte de ses droits civiques.

Ce que Michel Foucault nommait « le grand renfermement » avait commencé en Europe au début de la Renaissance [48]. Au cours de l'histoire des siècles suivants, les systèmes de soins psychiatriques européens virent plusieurs modifications ou tentatives d'alternatives aux asiles. Giovanni Jervis et Lucio Schittar situent les premières réformes de l'asile au XVIII^{ème} siècle avec Chiarugi en Toscane et Pinel à Paris [54].

Vincenzo Chiarugi (1759-1820) fut nommé à la tête de l'hôpital de Bonifazio par le Grand-Duc de Toscane en 1785. Ce dernier avait entrepris une série de réformes progressistes, y compris concernant la prise en charge des malades mentaux, et c'est à lui que l'on doit la première loi européenne à ce sujet en 1774 [74,75]. Chiarugi prônait le respect des aliénés en tant que personnes et la lutte contre l'utilisation de la force à leur encontre [7,74,75,88]. Son traité *Della pazzia in genere e in specie*, publié en 1793-1794 et qui proposait

une classification des patients selon la symptomatologie, fut l'un des tout premiers traités de psychiatrie moderne et fut diffusé au-delà des frontières italiennes mais tomba dans l'oubli après son décès [7,74,75].

Philippe Pinel (1745-1826), quant à lui, œuvra à Paris dans le contexte particulier de la Révolution. En effet, le Décret de l'Assemblée Constituante du 12-16 mars 1790 mettait fin à la détention par lettre de cachet ; il convenait de statuer sur la « véritable situation » des « personnes détenues pour cause de démence » et de les libérer ou de les soigner dans des hôpitaux qui leurs seraient réservés [48,88]. Pinel put observer les méthodes de Jean-Baptiste Pussin à Bicêtre quand il fut nommé médecin-chef en 1793 et il les appliqua ensuite à La Salpêtrière. Il les qualifia par la suite de « traitement moral » qui consistait en une « approche psychologique » [88] ; Pelletier note que le rétablissement était donc envisageable [88]. Pinel émit également l'hypothèse qu'une partie des symptômes était causée par la manière dont les malades étaient traités [48,88,102]. Certains patients étaient employés à de petits travaux au sein de l'asile [88]. A Bicêtre et à La Salpêtrière, à l'instar de Chiarugi en Toscane, Pinel classa soigneusement les malades selon les principaux symptômes présentés [26,48,88].

« Nous savons que déjà Chiarugi et Pinel avaient commencé à sélectionner [...] les malades qui pouvaient être libres par rapport à ceux qui devaient rester enchaînés [...] et permis à certains des internés d'être transférés dans des lieux plus décentes voire même d'être libérés » [89], écrivent Agostino Pirella et Domenico Casagrande. L'enfermement des fous, malgré tout, continuait d'être la règle [42,43,48]. Quant à leurs conditions de vie, Hippolyte de Colins en donne une tragique description lors de son inspection de l'Hospice de Charenton en 1812 [39].

A cette même époque, à York (Angleterre), un groupe de quakers, menés par William Tuke (1732-1822) que Michel Foucault met sur le même plan que Philippe Pinel en termes d'engagement dans une réforme de l'asile [48], fonda une « Retraite » destinée à accueillir les aliénés des familles de la Société religieuse des Amis [35,42,48,88,89]. Ouverte en 1796, la Retraite d'York fonctionnait comme suit : « Les portes étaient ouvertes, les fenêtres sans grilles ou barreaux, les moyens de contention étaient utilisés très rarement et jamais de manière continue. Les malades pouvaient travailler dans les champs ou le jardin ou s'occuper d'autres activités » [89].

Ce que Basaglia nommait le « premier 'Hôpital ouvert' » [10] vit le jour en 1839 à Hanwell (Angleterre). Avec une trentaine d'infirmiers, le psychiatre John Conolly (1794-1866) abolit la contention mécanique [10,20,35,89], comme il l'avait vu faire à l'asile de Lincoln [35,89], et encadra strictement le recours à l'isolement [35,42]. A deux ans des changements de pratiques, Conolly rapporte que « Les accidents et les agressions sont devenus moins

fréquents, et la tranquillité générale et l'ordre de l'asile ont augmenté » [35]. L'expérience cessa avec le changement de direction, vingt ans plus tard, mais avait cependant montré que « la force n'était pas nécessairement le seul mode d'approche, même plus d'un siècle avant l'ère psychopharmacologique » [10].

En France, Michel Foucault indique que les premières expériences de « dépsychiatisation » eurent lieu après l'époque où Jean-Martin Charcot (1825-1893) produisait « abusivement des maladies » [49] lors de ses mises en scène de l'hystérie : avec Joseph Babinski (1857-1932), neurologue à La Pitié, la maladie se trouva réduite « à son strict minimum : les signes nécessaires et suffisants pour qu'elle puisse être diagnostiquée comme maladie mentale » [49]. Alors que les saignées et autres immersions dans l'eau froide avaient été abandonnées par Pussin et Pinel [88], la première moitié du XX^{ème} siècle vit l'essor des traitements somatiques de la folie, de la malariathérapie à la sismothérapie, dont Michele Risso relève qu'ils occultaient les problématiques sociales des malades ainsi que leurs conditions de vie dans les asiles [94].

2.1.2 L'après-guerre et les années 1960

La période d'après-guerre marqua un véritable tournant pour les pratiques psychiatriques en Europe. Alors que les aliénés étaient morts par milliers pendant la Seconde Guerre Mondiale, faute de nourriture [110], on avait assisté à certains endroits à leur parfaite intégration dans la communauté après la destruction des asiles par les bombardements [8]. Il était donc l'heure de repenser les méthodes de soins psychiatriques. Un siècle après Conolly, l'Angleterre était toujours le lieu d'innovation pour les communautés thérapeutiques : Maxwell Jones, l'un des pères de la psychiatrie sociale, en créa plusieurs dans l'après-guerre et servit d'inspiration à Basaglia [33].

L'antipsychiatrie, par ailleurs, s'y développa notamment avec David Cooper (1931-1986), qui inventa le terme, et Ronald Laing (1927-1989). Pour Cooper, « Il n'y a pas de technique d'invalidation plus respectable - mieux : on la pourrait dire sacro-sainte - que celle qui a la bénédiction de la science médicale. [...] En fait, il nous faudra nous demander si la psychiatrie n'a pas contribué, pour une bonne part de ses activités, à l'invalidation systématique d'une large catégorie de personnes » [36]. Le Network correspondait à un groupe de personnes vivant à Londres, présenté comme « une alternative aux institutions psychiatriques » [23] classiques. Dans ces lieux de vie, dont Kingsley Hall est sans doute le plus connu, il n'y avait ni traitement, ni jugement, ni règlement ; les personnes étaient invitées

simplement à se recentrer sur l'expérience vécue [23]. A la différence des communautés thérapeutiques, aucune distinction n'était faite entre les membres du personnel et les patients, et tous cohabitaient au sein des structures sans relations de pouvoir des uns sur les autres [23]. L'expérience de Kingsley Hall prit fin au bout de cinq ans, en 1970.

Au même moment, la psychiatrie se transformait en France également.

François Tosquelles (1912-1994), psychiatre d'origine catalane, arriva en France en 1939, fuyant le régime franquiste. Il travailla quelques mois dans le camp de réfugiés de Septfonds puis s'installa à Saint-Alban. L'institution vit passer plusieurs grands noms de la psychiatrie française : Jean Oury, qui fonda par la suite la Clinique La Borde, ou Lucien Bonnafé pour n'en citer que quelques-uns. L'équipe, inspirée à la fois par la psychanalyse et par le marxisme, modifia les pratiques au sein de l'institution qui devait devenir elle-même un « instrument de guérison » [102], via notamment la libre circulation et de nombreux ateliers thérapeutiques [29]. Pour qualifier ce courant, le terme de « psychothérapie institutionnelle » fut proposé par Georges Daumézon et Philippe Koechlin dans un article publié en 1952 [29].

D'autre part, la circulaire du 15 mars 1960 proposa une nouvelle organisation des soins psychiatriques dont le fonctionnement se modifiait depuis les années 1950 avec notamment la création des dispensaires d'hygiène mentale [70]. Chaque secteur géographique devait disposer de services d'hospitalisation, souvent situés au sein de l'hôpital psychiatrique départemental et non dans le secteur lui-même, et de services extrahospitaliers permettant de suivre le patient au plus près de son lieu de vie. S'il représentait une alternative à l'enfermement systématique à l'asile, Franco Basaglia voyait dans le secteur la « redéfinition en termes territoriaux de la logique asilaire » [8]. Il déplorait que, tandis que cette période était en France extrêmement riche en réflexions sur l'antipsychiatrie, l'institution psychiatrique elle-même et le pouvoir médical ne fussent pas réellement remis en question [15] : à quelques exceptions près, les changements en France restèrent majoritairement d'ordre organisationnel, et ne provoquèrent pas de véritable « crise dans les pratiques asilaires quotidiennes » [15].

On assista également au cours de l'après-guerre à une réorganisation de la société en profondeur avec l'entrée dans l'ère de la consommation et l'exode rural [24,97]. Jurgen Ruesch explique comment ceux qui refusaient cette nouvelle société de consommation, les hippies par exemple, furent vite considérés comme des marginaux [97]. Alors que les intellectuels s'interrogeaient sur la déviance en tant que concept pouvant être examiné sous différents

aspects, nombreux étaient les Etats qui entendaient encore en faire exclusivement l'objet de la psychiatrie. Ainsi, dans ses *Conférences brésiliennes*, Franco Basaglia rapporte que le recteur de l'Université de New York avait demandé l'évaluation psychiatrique des meneurs du mouvement étudiant, une autre catégorie de personnes refusant la société contemporaine au début des années 1960 [8] : comme au XVIII^{ème} siècle, la psychiatrie devait donc exercer un rôle répressif, y compris vis-à-vis de personnes non atteintes de pathologies mentales [8].

Le développement des mouvements syndicaux, particulièrement marqué en Italie à cette période, contribua à l'émergence d'une pensée foisonnante concernant les véritables besoins de la classe ouvrière [24]. Dans ce contexte, Basaglia fut amené à considérer les internés « non comme des malades mais en tant que personnes appartenant à une classe sociale dont le poids se fait toujours plus sentir » [24]. Quels sont les véritables objectifs de la réhabilitation des patients psychiatriques ? Sont-ils ceux que Roy Battersby, réalisateur de cinéma ayant contribué au travail du Network, attribue à la « psychiatrie capitaliste », à savoir « récupérer les personnes au travail le plus vite possible et à moindre coût » [23] ? Cette discipline médicale est-elle réellement au service des patients ? Doit-on et peut-on d'ailleurs la considérer comme n'importe quelle autre discipline médicale ?

2.2 Gorizia

Franco Basaglia est né en 1924 à Venise (Vénétie). Il fit ses études de médecine à Padoue (Vénétie) puis il intégra la Clinique des Maladies Nerveuses et Mentales de Padoue. Mario Colucci et Pierangelo Di Vittorio indiquent que « l'Université est la première expérience institutionnelle de Basaglia » [33]. Il s'intéressait beaucoup à la phénoménologie, courant philosophique qui influencera sa pratique psychiatrique [33]. Au bout d'une dizaine d'années à l'Université, en 1961, il passa le concours pour devenir directeur de l'hôpital psychiatrique de Gorizia, petite ville du Frioul, à la frontière avec la Slovénie.

A l'arrivée à Gorizia, Franco Basaglia se retrouva plongé dans un univers clos de dénuement, de misère, de privations arbitraires et de violence latente permanente, « où la vie avait l'aspect et l'odeur de la mort » [14]. En 1960, 154 000 personnes étaient internées dans les asiles italiens [42] et l'hôpital de Gorizia comptait à l'époque environ 550 patients [9]. Ceux-ci, internés sans leur consentement, sans recours possible contre cette décision, assujettis à l'autorité médicale, perdaient petit à petit leur identité propre [77] pour sombrer dans une attitude de soumission résignée, tels des « pantins sans volonté » [66]. Pour désigner ce phénomène, Basaglia utilisa l'expression « régression institutionnelle » [20,54]. Plus tard, Franca Ongaro Basaglia notera les similitudes entre la condition des internés des asiles et les

écrits de Primo Levi sur les prisonniers des camps d'extermination nazis ainsi que ceux de Frantz Fanon sur les peuples colonisés [77]. On dit que ce fut elle qui fit comprendre à son mari que sa position de directeur de l'asile pouvait lui permettre de changer les choses.

Les conditions de vie matérielles des internés étaient loin d'être le seul point sur lequel Basaglia et son équipe allaient se pencher. Il convenait de s'interroger plus largement sur le système qui avait permis cela, sur les motivations de la psychiatrie, sur le modèle sociétal au nom duquel elle agissait [8,19]. Il apparaissait que les internés étaient presque exclusivement issus des classes sociales les plus modestes, les plus riches pouvant se faire soigner chez eux ou accéder à des maisons de repos privées [56]. L'interdiction, qui allait de pair avec l'hospitalisation, enfermait définitivement les internés dans cette position d'exclus [8]. La psychiatrie, sous couvert d'objectivité scientifique [14,17,21,22], imposait l'enfermement dans des conditions désastreuses, dépeignant le fou comme incompréhensible et forcément dangereux [20,33]. Le médecin ne servait plus les intérêts du malade mais ceux de la société dite saine, endossant là le rôle de « garant de l'ordre social », normalement dévolu aux forces de l'ordre [16-18,21].

Il est cependant important de noter que Franco Basaglia ne remit pas en question l'existence de la maladie mentale [12,21,22,24,99]. Durant les *Conférences brésiliennes*, il s'exprima très clairement sur ce point : « Je ne fais partie d'aucun mouvement antipsychiatrique et je refuse de la façon la plus catégorique d'être catalogué comme antipsychiatre. Antipsychiatrie ne veut rien dire, pas plus que psychiatrie. Je pense au contraire être un psychiatre parce que mon rôle est celui d'un psychiatre, et à partir de ce rôle, je veux mener une bataille politique. » [8]. Il ne s'agissait pas de nier la maladie mentale et la psychiatrie, mais de s'interroger sur le rôle de la seconde, et sur les origines et la meilleure prise en charge de la première [11,12]. Il importait de « mettre entre parenthèses » [106] la maladie, pour s'intéresser au patient en tant que personne, à son vécu de la situation, à sa souffrance, à ses véritables besoins [33]. A travers la remise en question de l'asile, c'est toute la psychiatrie qui était à reconsidérer [108].

A son arrivée à Gorizia, l'une des premières actions de directeur de Basaglia fut de refuser de signer le registre des contentions. Quelques mois plus tard, arriva Antonio Slavich, puis d'autres médecins qui souhaitaient eux aussi modifier l'institution [24]. Avec son équipe, Franco Basaglia s'attela à changer les pratiques. Les témoignages d'infirmiers révèlent que les médecins n'avaient pas de plan d'action prédéfini mais qu'ils firent des essais, bouleversant petit à petit les façons de faire [108]. Rien, d'ailleurs, n'était possible sans la participation des infirmiers qui sont en contact direct avec les patients en permanence. Les nouvelles méthodes

qui leur furent imposées furent initialement mal vécues [108] : elles demandaient plus d'implication et d'autonomie ; il fallait inventer une nouvelle pratique de la psychiatrie, des alternatives à l'enfermement et à la contention mécanique, en se rendant avant tout davantage « disponible » pour les internés [45,108]. Ils se montrèrent de plus en plus volontaires, à mesure qu'ils réalisaient qu'ils pouvaient « être autre chose que la figure du gardien de prison » [108].

Les relations entre soignants et patients se modifièrent peu à peu, le médecin ne fut plus considéré comme un personnage tout-puissant mais comme un « point de référence » au sein de l'hôpital [9,108]. Toutes les décisions, y compris pour les permissions ou les sorties, étaient discutées dans les assemblées, auxquelles participaient à la fois les patients et le personnel médical et paramédical [45]. La peur ambiante céda la place à la confiance et à l'écoute [45,103,106]. L'intérieur de l'asile de Gorizia se transforma en communauté thérapeutique. Les patients réalisaient une partie des travaux internes [45,106]. En retour, ils recevaient un petit salaire qu'ils étaient libres de dépenser comme ils l'entendaient et qui apportait la « satisfaction des besoins primaires individuels » [103], élément ignoré par l'asile [103]. Les patients semblaient reprendre vie. Au sujet de la survenue de ces changements à l'asile Paolo Pini de Milan quelques années plus tard, Alda Merini écrivit : « Un jour, une chose merveilleuse survint à l'asile : ils nous ouvrirent les portes et nous dirent que nous pouvions enfin sortir. [...] A partir de ce jour, nous commençâmes à nous habiller, à nous coiffer, à prendre soin de notre apparence [...] » [66]. Fin 1966, seuls deux des pavillons avaient encore les portes fermées mais plus aucun patient n'y était envoyé [45]. Un an plus tard, il ne restait plus aucun service fermé à Gorizia [55]. La machine était lancée. Avec la diminution de la violence ambiante, la présentation clinique des patients elle-même se modifia [16,106] : moins d'agressivité et moins d'anxiété, en réponse à moins de coercition, contribuèrent à rendre possible les réorganisations. Avec la liberté retrouvée vint également la responsabilisation, dont témoigna le patient Zanelli : « En étant libre, nous sommes responsables du devoir dont nous devons nous acquitter, donc on fait notre possible pour être en bons termes avec les autres, ne pas fuguer, ne pas commettre de malversations » [45]. Les infirmiers qui travaillaient à Gorizia à l'époque rapportèrent que les médecins arrivés ensuite « n'y ont plus trouvé des fous, mais des hommes » [108]. L'*Istituzione negata*, publiée en 1968, témoigne du déroulement de l'aventure gorizienne. Les bénéfices de la publication furent reversés aux patients de l'hôpital [24].

Mais l'équipe de Gorizia entrevit bientôt les limites de l'expérience. La communauté thérapeutique risquait de devenir une « cage dorée, [...] un nouveau système fermé » [45], d'exclusion, et l'expérience n'aurait été que « mystification » [13], une énième « technique de

manipulation [...] pour humaniser l'asile » [108]. Certes, l'étape de la communauté thérapeutique avait amené des progrès, tels que la suppression de la contention et de l'isolement, la modification des relations entre les différents acteurs ou la plus grande accessibilité des médecins [9,108] mais la liberté ne devait pas se limiter à l'enceinte de l'asile [12].

Or, à la différence par exemple de l'Angleterre, qui avait besoin de main d'œuvre pour la reconstruction du pays, l'Italie n'avait aucun intérêt à réhabiliter le malade psychiatrique, le taux de chômage étant très élevé [11,12,33]. Le fou, libre à l'intérieur de la communauté thérapeutique, restait donc exclus de la société. Franco Basaglia, déjà, imaginait un système de soins psychiatriques en-dehors de l'asile qui selon lui devait disparaître. Dès 1964, l'équipe avait demandé l'ouverture de centres extrahospitaliers [22] dont la loi 431/1968 ou « loi Mariotti » fera mention quatre ans plus tard [57]. L'administration provinciale, cependant, n'était pas prête à accepter la fermeture de l'hôpital psychiatrique de Gorizia, particulièrement après qu'un ex-interné tua son épouse [24,33]. Certains membres de l'équipe estimèrent que, si l'expérience avait été à refaire, il aurait fallu davantage sensibiliser la population et les pouvoirs publics aux problématiques posées par l'asile [108]. Les actions entreprises par l'équipe pour lutter contre « l'institutionnalisation externe » [9] n'avaient pas suffi.

2.3 Parme

Entre 1970 et 1971, Basaglia dirigea l'hôpital psychiatrique Colorno de Parme (Emilie-Romagne), dont des groupes de soignants étaient venus à plusieurs reprises visiter la communauté thérapeutique et débattre avec l'équipe de Gorizia au sujet des nouvelles méthodes de travail [45]. Là, il œuvra en étroite collaboration avec Mario Tommasini, assesseur provincial en charge des transports et de la santé mentale, qui était à l'origine de sa nomination à la tête de l'hôpital psychiatrique [33,108]. Le travail s'y poursuivit après son départ.

Le déploiement des dispensaires d'hygiène mentale fut l'un des premiers pas de la modification du système psychiatrique de la province de Parme [108], afin de diminuer le recours à l'hospitalisation. Les équipes se concentrèrent sur deux projets principaux : d'une part, la réinsertion des anciens internés, d'autre part, celle des mineurs présentant un handicap psychique [108]. Entre 1965 et 1979, le nombre de personnes hospitalisées à l'hôpital psychiatrique de Colorno passa de 2100 à 450 [108].

2.4 Autres expériences italiennes de psychiatrie alternative

Tandis que Franco Basaglia quittait l'hôpital de Gorizia pour prendre la direction de celui de Parme puis de Trieste et poursuivre son travail, d'autres expériences de psychiatrie alternative eurent lieu en Italie. Giovanni Jervis avait quitté Gorizia en 1969 pour diriger le Service psychiatrique provincial de Reggio d'Emilie (Emilie-Romagne) [33,42,108]. Antonio Slavich partit en 1971 à Ferrare (Emilie-Romagne) [42,108], Lucio Schittar en 1972 à Pordenone (Frioul – Vénétie julienne) [42,108]. Agostino Pirella, après avoir brièvement dirigé l'hôpital psychiatrique de Gorizia au départ de Basaglia, devint directeur de l'hôpital psychiatrique d'Arezzo (Toscane) [33,42,108]. Aux précieux témoignages de ces anciens psychiatres de Gorizia, dans *Il giardino dei gelsi* [108], Ernesto Venturini ajouta ceux de Stefano Mistura qui intervint aussi à Reggio d'Emilie, d'Eduardo Balduzzi pour Turin (Piémont), de Sergio Piro pour Naples (Campanie) et de Carlo Manuali pour Pérouse (Ombrie). En effet, les expériences ne se limitèrent pas aux provinces où allèrent travailler les anciens collaborateurs de Franco Basaglia.

Le groupe Psichiatria Democratica fut fondé en 1973 à Bologne et Gorizia accueillit son premier congrès. La lutte contre les institutions totales, dont l'asile psychiatrique, était l'un de ses objectifs principaux. Franca Ongaro Basaglia, Domenico Casagrande, Agostino Pirella, Lucio Schittar et Antonio Slavich en furent des membres de la première heure [33,90].

A Arezzo, le travail se concentra en premier lieu sur l'hôpital : Pirella considérait que le dépassement de l'asile ne pouvait se faire sans « la mise en évidence concrète des mécanismes impitoyables de la violence et de la répression à l'œuvre au quotidien » [108]. Turin, comme plusieurs autres provinces du nord de l'Italie, fit l'expérience du secteur à la française [108]. Pendant ce temps, dans les autres provinces citées précédemment, on développa peu à peu les prises en charge sur le territoire et les partenariats avec d'autres intervenants. Les modifications se firent plus ou moins aisément en collaboration avec les administrations provinciales respectives, parfois à la suite de protestations issues des milieux syndicaux et étudiants. Stefano Mistura indiquait d'ailleurs que « la bataille pour une psychiatrie démocratique ou bien se combat avec la participation des travailleurs, des forces politiques démocratiques, des syndicats, des administrateurs, ou bien se perd irrémédiablement » [108], comme cela avait malheureusement été le cas à Gorizia.

Partout les résultats furent nets en termes de diminution des hospitalisations. A Reggio d'Emilie, bien que l'hôpital psychiatrique continuât de fonctionner de manière traditionnelle, le nombre de personnes hospitalisées passa de 2400 à 150 entre 1969 et 1977 [108]. En 1977, les hospitalisations à Udine de patients de Pordenone avaient diminué de plus de la moitié par

rapport à 1974 et sept centres d'hygiène mentale avaient été créés dans la province [108]. A Arezzo, le nombre de patients hospitalisés avait diminué de 40% par rapport à 1971 [108].

2.5 Trieste

Franco Basaglia devint directeur de l'hôpital psychiatrique San Giovanni de Trieste (Frioul – Vénétie julienne) en août 1971. Cette année-là, près de 1200 patients y étaient hospitalisés, dont plus de deux tiers en soins sans consentement [20,33,96,108] et les autres en soins libres, possibilité instaurée par la loi 431/1968 [33,43,57].

Très vite, commencèrent à affluer des professionnels et volontaires issus de multiples disciplines, d'Italie et de l'étranger [33,96]. Parmi eux, se trouvait Peppe Dell'Acqua. Originaire de la région de Naples, où il avait fait ses études de médecine, il raconte son arrivée à Trieste en 1971 et les premiers moments aux côtés de Franco Basaglia dans ces termes : « Notre curriculum, ce que nous avons appris à l'université, les autres expériences que nous avons faites ne l'intéressaient pas. Il lui importait que nous fussions tous jeunes. Non contaminés par la psychiatrie. Que nous fussions prêts à prendre part à cette histoire qui était sur le point de commencer et dont nous ne savions rien. Nous fûmes tous assignés à un service. Pour faire quoi ? Pour dire quoi ? Avec quels moyens ? La réponse est ironique et désarmante, justement : 'Vous ne pourrez pas faire plus de dégâts que ce qui a déjà été fait !' » [44]. En janvier 1973, devant la persistance du refus de l'administration provinciale d'ouvrir des services psychiatriques extrahospitaliers, l'équipe médicale de Gorizia démissionna et une partie rejoignit celle de Trieste [22,33,43,96]. *L'istituzione inventata. Almanacco Trieste 1971-2010* [96], publié sous la direction de Franco Rotelli, et *Non ho l'arma che uccide il leone* [43] de Peppe Dell'Acqua retracent en détails le parcours de l'équipe de Trieste.

Comme à Gorizia, l'un des axes de travail consista en la transformation de l'hôpital psychiatrique de l'intérieur, avec une réorganisation des services, les portes ouvertes et les discussions en assemblées [33,96]. L'arrivée de l'artiste Ugo Guarino en février 1972 et la création du collectif Arcobaleno marqua le début de l'art-thérapie [33,43,108]. La fermeture du service P, en novembre 1972, amena deux innovations : le premier service mixte dans le pavillon Q et le premier appartement communautaire lorsque Basaglia laissa à dix patients l'appartement de fonction normalement réservé au directeur [43]. D'autres appartements communautaires virent ensuite le jour dans les pavillons libres après la fermeture de services. En effet, devant la difficulté d'accès au logement en ville pour les anciens internés, il avait été décidé que ceux qui ne nécessitaient plus une hospitalisation pourraient temporairement rester

vivre dans l'enceinte de l'hôpital sous le statut d'*ospiti* – hôtes – que l'administration provinciale valida en janvier 1973 [96]. Il fallut attendre 1975 et le lancement d'un projet de la CEE pour l'insertion des personnes présentant un handicap pour que le développement des appartements communautaires en ville accélère [96,108].

1972, année qui avait été riche de changements, fut clôturée par la création de la *Cooperativa Lavoratori Uniti* (CLU), première coopérative sociale d'Europe. Après avoir dû en passer par une grève, « ceux de l'ergothérapie » obtinrent ainsi la reconnaissance de leur statut de travailleur, avec un contrat et un salaire [33,43]. Peppe Dell'Acqua, lorsqu'il raconte en détails ces événements, conclut : « La signature d'un contrat syndical en règle guérit d'un coup soixante personnes. C'est la première et unique fois qu'il m'est arrivé d'assister à un processus de guérison collectif » [43]. L'administration provinciale chargea dans un premier temps la CLU du nettoyage. Cinquante ans plus tard, la coopérative a diversifié son activité et s'occupe de transport, restauration ou encore services à la personne... [37] De nombreuses autres coopératives sociales [60] devaient suivre.

Au-delà de l'amélioration des conditions de vie des internés, les transformations visèrent à « faire entrer la ville dans l'hôpital » [96]. On peut ainsi citer le bref fonctionnement d'une crèche autonome [43,96] puis, à partir de 1975, une école maternelle qui accueillit pendant vingt ans les enfants du quartier dans l'ancien pavillon « D agités » [43,96,108] ou l'organisation de manifestations artistiques et culturelles [33,43,96].

Le constat à Trieste était le même qu'à Gorizia quelques années plus tôt. Pour diminuer les hospitalisations à l'hôpital psychiatrique, il fallait agir sur les facteurs favorisant la maladie mentale, par exemple la précarité sociale, mais aussi proposer une offre de soins alternative. Pour ce faire, l'équipe ne pouvait se passer du soutien des pouvoirs publics locaux. Il s'agissait de créer ce que Basaglia qualifia de « réseau politico-juridico-administratif » [108]. En ce sens, l'expérience de Trieste alla bien au-delà de l'expérience de Gorizia qui avait dû se limiter à des transformations de l'intérieur de l'hôpital. Afin d'éviter l'admission de nouveaux patients à l'asile, il fallait chercher de nouvelles solutions, en impliquant le patient et son entourage [108]. En bref, comme disait Agostino Pirella : « Inventer l'impossible » [108].

En ce qui concerne la lutte contre la précarité, on peut citer par exemple l'intervention auprès du centre d'hébergement Gaspare Gozzi, « l'un des plus grands réservoirs de pauvres en attente de se transformer en 'malades mentaux' » [96], menée à partir de 1973 par l'un des sociologues de l'équipe [96,108].

Les soins de santé mentale se déplacèrent à l'extérieur de l'hôpital avec la création des Centres de Santé Mentales (CSM), dont nous verrons le fonctionnement plus loin, afin de continuer à suivre les patients après leur sortie, voire de les héberger en attendant d'une autre solution de logement, et de prendre en charge les usagers sur le territoire plutôt qu'à l'hôpital. Aurisina, Muggia, Barcola : trois CSM ouvrirent autour de Trieste au cours des premiers mois de 1975 [33,43,96,108], plus d'un an après la demande des soignants auprès de l'administration [96]. Giovanna Del Giudice, Ernesto Venturini et Franco Rotelli furent les directeurs de ces premiers centres [96]. Il en manquait un en centre-ville : une équipe menée par Mario Reali occupa un bâtiment abandonné de la via Gambini et un CSM y ouvrit en novembre 1975 [43,96]. Outre leurs fonctions d'accueil et de soins, les CSM devinrent des lieux d'échange avec les habitants et les associations des quartiers concernés à travers des assemblées ou d'autres événements tels que le cycle de ciné-débat organisé à Barcola en 1976-1977 [43].

Les soins de santé mentale se déplacèrent également à l'hôpital général avec la création d'une astreinte psychiatrique en 1977 [33,96,108], pour que les psychiatres évaluent les patients directement aux urgences et puissent proposer des alternatives à l'envoi à l'hôpital psychiatrique.

En parallèle de l'expansion du réseau de soins hors de l'hôpital psychiatrique, les équipes œuvrèrent pour l'intégration des anciens internés dans la cité. Outre les projets d'insertion, on peut citer deux événements marquants qui eurent lieu au cours des deux premières années.

En novembre 1972, la *Festa delle castagne*, organisée en partenariat avec l'association du quartier San Giovanni, avait vu 600 patients partager quelques heures de convivialité avec les habitants du quartier, hors de l'hôpital [33,43,96,108].

Le symbole de la « libération » [96] des fous est sans aucun doute Marco Cavallo. Ce grand cheval en carton-pâte, construit au Laboratorio P par l'artiste Vittorio Basaglia, était la représentation du cheval qui tirait les chariots de linge dans l'hôpital psychiatrique et que les patients avaient refusé que l'on abatte quand il devint trop vieux pour travailler. Bleu comme le ciel, il fut rempli de petits papiers portant les rêves des internés. Sa sortie en ville, en janvier 1973, fut « la première grande excursion de tous les internés et soignants » [96]. Les journalistes présents ne manquèrent pas d'immortaliser le moment où, le cheval étant trop haut pour passer le portail du pavillon P, Franco Basaglia et quelques patients, armés d'un banc, abattirent le grillage d'enceinte. Entouré de son cortège, Marco Cavallo fit le tour du centre-ville [33,43,96].

Les transformations de l'institution triestine se firent dans un climat de tension permanente entre les équipes, les pouvoirs publics, dont l'administration provinciale, et l'opinion publique. Au sein de l'équipe même, les actions étaient vivement discutées lors des réunions et ne faisaient pas toujours l'unanimité, comme par exemple l'occupation de la *Casa del Marinaio* pendant quelques jours en février 1978 pour dénoncer les difficultés d'accès au logement [33,43,96,108].

En juin 1972, l'affaire Savarin mit en péril l'expérience triestine débutante : un jeune patient tua ses parents six mois après être sorti d'hospitalisation. Franco Basaglia fut finalement innocenté mais l'affaire fit couler beaucoup d'encre au sujet de la dangerosité des malades mentaux [33,43,108]. La grave agression de l'un des médecins par un patient, en novembre 1973 [96,108], n'arrêta pas non plus l'expérience en marche.

Nous avons vu que la création de la CLU avait fait suite à la grève des patients de l'ergothérapie. La création de l'astreinte psychiatrique eut lieu, pour sa part, à la suite d'une grève des brancardiers après le suicide d'un patient aux urgences [33,96,108].

L'ouverture des CSM fut elle aussi controversée. On accusa les équipes de vouloir « psychiatriser le territoire » [42]. Les habitants du quartier de Barcola, par exemple, demandèrent la fermeture du CSM et l'équipe décida d'organiser des rencontres au Centre, avec les habitants et les patients [43]. L'*Istituzione inventata* mentionne également les attaques du médecin de l'administration provinciale [96].

Malgré les oppositions et à la surprise de la population et des soignants, en janvier 1977, quelques jours avant la fin du mandat de Michele Zanetti à la tête de la Province, la volonté de fermer l'hôpital psychiatrique de Trieste dans l'année fut exprimée clairement lors d'une conférence de presse au Conseil provincial [33,42,43,96,108]. Basaglia déclara : « D'après nous, on ne peut pas faire d'assistance psychiatrique, on ne peut pas assister la déviance psychique, si l'on n'élimine pas le bubon dans lequel a lieu la répression de la déviance, la ghettoïsation de l'exclusion sociale avec pour justification la maladie. Nous avons attaqué à fond tout cela et nous disons qu'aujourd'hui l'asile de Trieste peut se considérer comme fini. » [43]. Plusieurs centaines de patients étaient encore hébergés à l'hôpital psychiatrique [33,42,43,108] mais l'objectif à court terme était ainsi officiel [42,96].

Franco Basaglia quitta la direction de l'hôpital psychiatrique en 1979. Il descendit travailler dans les services de santé mentale de la région de Rome. Il succomba à une tumeur cérébrale l'année suivante [33,96].

De l'expérience de Trieste, Basaglia dira que l'un des points les plus importants fut de permettre aux personnes de « vivre la situation de souffrance comme une situation de vie » [108]. Cette expérience de la folie comme faisant partie de la vie, cette abolition de la fracture nette entre santé et maladie mentale, en tant que condition à réprimer et à exclure, avait permis de remettre au centre des préoccupations le vécu des personnes, leurs véritables besoins, et de chercher, avec eux, une réponse la plus adaptée possible [108].

2.6 La loi 180/1978

2.6.1 Contexte du vote

La loi 180 fut votée le 13 mai 1978, dans le contexte agité par le terrorisme des « Années de plomb ». Elle venait couronner vingt ans de travail de transformation des soins psychiatriques. Elle constituait, d'après Mario Reali, « la réforme la plus radicale du paradigme médical et des organismes d'assistance depuis la naissance de la clinique médicale au XVIII^{ème} siècle » [96]. Peppe Dell'Acqua la qualifia quant à lui de « restitution des droits, de la citoyenneté, de la dignité aux personnes qui ont ou vivent une maladie mentale, reconnaissance du droit au soin, à la santé dans le respect de la dignité et de la liberté de la personne » [43]. Enfin, pour Benedetto Saraceno, qui avait travaillé au CSM d'Aurisina, il s'agit là de l'un des points principaux qui différencie Basaglia de l'antipsychiatrie anglaise : sa réflexion et son expérience de psychiatrie alternative ont influencé durablement les politiques de santé publique [99].

Seule l'extrême-droite s'opposa lors du vote et la loi fut approuvée par le Parlement presque à l'unanimité [33,76,78]. Les admissions dans les hôpitaux psychiatriques italiens s'arrêtèrent [96] malgré les nombreuses discussions aussitôt suscitées par la loi, dont nous verrons les points principaux plus loin.

L'hôpital psychiatrique de Trieste comptait alors encore 235 *ospiti* dans des appartements communautaires, ainsi que 10 patients en soins sans consentement, 10 patients en soins libres et 165 *ospiti* dans les services d'hospitalisation [33,96].

2.6.2 Contenu de la loi

Les six premiers articles encadrent strictement les mesures de soins sans consentement. Alors que la loi de 1904 en faisait la norme, la loi de 1968 avait introduit la possibilité de soins psychiatriques libres, « à la demande du malade » [57]. La loi 180, dans son premier article, renverse ces principes et indique que les soins et examens se font toujours avec le consentement du patient et dans le respect des droits que lui garantit la Constitution ; il n'est donc plus question de l' « interdiction » [56] prévue par la loi de 1904. La nouvelle loi va jusqu'à préciser que le patient reste libre de choisir son médecin et son lieu de soins, et de communiquer avec qui il l'entend.

La loi 180 bouleverse également les pratiques en termes de lieu de soins. Tandis que la loi de 1904 désignait l'hôpital psychiatrique pour « garder » [56] les malades psychiatriques et que la loi de 1968 encadrait la composition des équipes des centres d'hygiène mentale, la loi 180 indique que les soins psychiatriques, même sans consentement, doivent toujours avoir lieu en priorité dans les structures extrahospitalières. L'article 2 précise les conditions nécessaires à l'institution d'une mesure de soins sans consentement en hospitalisation, à savoir :

- « L'état clinique nécessite des interventions thérapeutiques urgentes ;
- Que ces dernières ne sont pas acceptées par le malade ;
- Et qu'il n'est pas possible de les mettre en place en milieu extrahospitalier » [58].

Les modalités d'institution des mesures de soins sans consentement (*trattamento sanitario obbligatorio* – TSO) sont elles aussi entièrement modifiées. La notion de demande d'admission de la part des « parents, tuteurs ou protuteurs, [...] de quiconque dans l'intérêt du malade et de la société » [56] disparaît. La décision sera désormais prise par « le maire, en sa qualité d'autorité sanitaire locale, sur proposition motivée d'un médecin » [58]. Si le TSO se déroule en hospitalisation, un certificat de confirmation doit être rédigé par un médecin de la structure d'accueil. L'ordonnance du maire accompagnée des deux certificats sont ensuite transmis dans les 48 heures au Juge des Tutelles. Ce dernier a 48 heures pour valider ou invalider la mesure par décret motivé.

A l'inverse, là encore, de ce que prévoyait la loi de 1904, la durée du TSO est limitée : elle est fixée à une semaine. Tous les sept jours, si le TSO est encore indiqué, le médecin doit transmettre au maire un certificat motivant la demande de prolongation et précisant « la durée présumée encore nécessaire » [58] de la mesure. De même, le médecin doit communiquer au maire la fin du TSO. A chaque étape, le Juge est informé et peut intervenir.

Les articles 4 et 5 précisent les possibilités de recours, pour le patient concerné ou pour toute autre personne, et les modalités de ces démarches.

L'article 7 donne des indications sur l'organisation du système de soins psychiatriques. L'administration passe des provinces aux régions, à l'exception des provinces autonomes de Trento et de Bolzano. Il contient de plus l'un des points les plus importants de la réforme : « Il est dans tous les cas interdit de construire de nouveaux hôpitaux psychiatriques, d'utiliser ceux qui existent actuellement comme services spécialisés des hôpitaux généraux, de créer dans les hôpitaux généraux des services psychiatriques et d'utiliser comme tels les départements de neurologie ou de neuropsychiatrie » [58]. C'est donc officiellement la fin des hôpitaux psychiatriques.

L'article suivant indique que, dans les 90 jours suivant l'entrée en vigueur de la loi, les chefs de service doivent communiquer la liste des patients nécessitant selon eux des mesures de soins sans consentement aux maires de leur commune de résidence. Leur avis doit être motivé et préciser la durée présumée de ladite mesure. Seules ces personnes peuvent temporairement rester à l'hôpital psychiatrique.

Pour la prise en charge hospitalière des troubles psychiatriques, la loi n'autorise que les SPDC situés dans les hôpitaux généraux et dont le nombre de lits est limité à 15. L'article 6 précise encore que, dans un souci de continuité des soins, les SPDC et les services territoriaux doivent être regroupés au sein des Départements de santé mentale (DSM).

Pour terminer, les articles 10 et 11 modifient certains textes existants. L'expression « malades mentaux » disparaît de plusieurs endroits du Code pénal dont plusieurs articles y faisant référence sont par ailleurs abrogés. Il en va de même pour plusieurs articles de la loi de 1904 qui réglementait jusque là les prises en charge psychiatriques.

2.7 Après le vote de la loi

2.7.1 A Trieste

La fin de l'asile était actée au niveau national. Franco Rotelli remplaça Franco Basaglia à la tête de l'hôpital psychiatrique de Trieste. Dans les années suivantes, les équipes des

services de santé mentale de Trieste continuèrent le combat pour l'inclusion des personnes atteintes de pathologies psychiatriques et pour l'établissement de services territoriaux solides. Cette période fait l'objet de la seconde partie de *l'Istituzione Inventata* [96]. En avril 1980, les six CSM et le SPDC se substituèrent définitivement à l'hôpital psychiatrique [33,96]. Les patients qui y étaient encore hébergés furent peu à peu intégrés en ville, notamment grâce à la création d'appartements communautaires [96]. Trois ans après la création de l'astreinte psychiatrique à l'hôpital général, les équipes de Trieste mirent en place la première équipe italienne de liaison psychiatrique en milieu carcéral [96]. La première moitié de l'année 1980 fut ainsi extrêmement riche.

Pendant ce temps, dans les CSM, le travail se poursuivait avec des méthodes complètement différentes de la psychiatrie traditionnelle et qui font la richesse et la particularité des services de Trieste, « une explosion de créativité thérapeutique et de vie pour chacun de nous » témoigne Mario Reali dans *l'Istituzione Inventata* [96]. Une partie des soignants refusa un temps de réaliser les activités spécifiques du travail territorial, afin d'attirer l'attention du gouvernement sur les nouvelles compétences demandées par la transformation du système [43,108]. Ces nouvelles pratiques durent au Département de Santé Mentale de Trieste d'être nommé Centre Collaborateur de l'OMS (CC OMS) pour la recherche et la formation en santé mentale en 1987 [28]. Comme au temps de Franco Basaglia, les équipes de Trieste n'eurent de cesse de communiquer sur le fonctionnement de leurs services, au travers de publications, de congrès, de collaborations internationales ou encore de l'accueil de professionnels venus du monde entier comme ce fut mon cas.

Malgré les difficultés, malgré les oppositions, les accusations et les perquisitions [33,96], le réseau territorial s'étoffa encore. De nombreux ateliers culturels, artistiques ou artisanaux, qui permettaient les rencontres entre les usagers, les habitants de la ville et des artistes, naquirent dans ces années-là [96]. On peut citer notamment le groupe Velemir Teatro, fondé en 1983 sous la direction de Claudio Misculin et rebaptisé en 1992 Accademia della Follia [1]. Il continue d'accueillir des usagers et son spectacle de l'automne 2020, *Tu che mi fai ?* fut dédié à Misculin, décédé quelques mois auparavant.

2.7.2 Au niveau national

De manière plus large dans le reste de l'Italie, la loi 180 fut l'objet de polémique dès son vote. Elle fut intégrée à la loi d'Institution du système sanitaire national, votée en décembre 1978 [59]. Toutefois, l'encadrement pratique et financier qui devait être décrit dans un plan de

santé national ne fut pas précisé [69,76,78]. Les services territoriaux ne furent créés que dans les provinces où l'on trouvait « la volonté politique et technique » [76] d'appliquer la réforme [69]. Dans le reste du pays, nombre de patients vécurent leur sortie comme un abandon [66].

La fermeture des hôpitaux psychiatriques ne fut en fait confirmée qu'en 1994, après l'approbation d'un plan qui précisait l'organisation des services territoriaux [40]. Quelques mois plus tard, la loi 724/1994 imposait leur fermeture au plus tard le 31 décembre 1996 [61]. De 154 000 en 1960 [42], le nombre d'internés en Italie avait diminué à 17 000 en 1997 [25] mais quelques hôpitaux psychiatriques fonctionnaient encore et la Commission Affaires sociales de la Chambre des Députés rapportait des « conditions dramatiques » d'hospitalisation [25]. Les derniers hôpitaux fermèrent seulement en 1999, plus de vingt ans après la loi [69].

L'existence des hôpitaux psychiatriques, celle des hôpitaux psychiatriques judiciaires (*manicomi giudiziari* puis *ospedali psichiatrici giugiziari* – OPG) fut elle aussi remise en question, la notion de dangerosité ayant disparu des critères d'hospitalisation en psychiatrie [8]. Jusqu'alors, les criminels atteints de pathologies psychiatriques étaient envoyés dans les OPG, qui dépendaient du Ministère de la Justice. À la suite de la nouvelle loi, la Cour constitutionnelle fut invitée à se prononcer sur la constitutionnalité des OPG [8]. Ce n'est qu'en 2012 que le Parlement vota à l'unanimité la fermeture des OPG et celle-ci fut effective en 2015 après avoir été initialement prévue pour mars 2013 [62]. Les six OPG, qui comptaient un peu plus de 1500 détenus en 2010 [72], furent remplacés par les Résidences pour l'Exécution des Mesures de Sécurité (REMS), structures exclusivement sanitaires [62] et de 20 places maximum. En avril 2021, les 31 REMS accueillaient au total 560 personnes [86].

3 Fonctionnement actuel des services de santé mentale à Trieste – Retour d'expérience

3.1 Présentation générale du Département de Santé Mentale

Le fonctionnement des services de santé mentale de Trieste a fait l'objet d'un certain nombre de publications ces dernières années [46,68,69,82]. Néanmoins, nous exposerons ici les observations que nous avons faites sur le terrain en 2019-2020, en mettant en avant les points qui nous ont interpellés par rapport à notre connaissance des services psychiatriques français classiques.

Le Département de Santé Mentale (DSM) de Trieste est la structure de *l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina* (ASUGI) « dédiée à la prévention, au diagnostic, au soin et à la réhabilitation dans le domaine de la psychiatrie et à l'organisation des interventions relatives à la protection et à la promotion de la santé mentale des citoyens » [46].

L'ASUGI a été créée en janvier 2020 par la fusion de *l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste* et d'une partie de *l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 Bassa Friulana-Isontina* [92]. Les données qui suivront correspondent au territoire couvert par le DSM de Trieste avant ce changement.

En 2020, le DSM de Trieste suivait environ 3500 patients [4], toutes pathologies confondues, pour une population d'environ 234 000 habitants [4] et répartie en quatre secteurs de 58000 habitants en moyenne. En 2019, avant la crise sanitaire en lien avec le Covid-19, la file active était de 20 patients pour 1 000 habitants [3] soit environ 4700 personnes.

Chaque secteur possède un Centre de Santé Mentale comportant six lits d'hospitalisation complète et accessible au public de 8h00 à 20h00. Outre les quatre CSM, le DSM comprend également un service d'urgences psychiatriques (SPDC), un service de réhabilitation (*Servizio Abilitazione, Residenzialità e REMS – SARR*), un centre de santé mentale pour les jeunes (16-25 ans), un service de prise en charge des troubles du comportement alimentaire et le CC OMS. Les services d'Addictologie et de Pédopsychiatrie – neuropsychiatrie infantile, spécialité distincte en Italie – sont indépendants du DSM.

Au cours de notre étude observationnelle, nous avons obtenu les données chiffrées de l'année 2018 via le Dr Mario Colucci, qui était alors faisant-fonction directeur du CSM de Via

Gambini. En 2018, l'équipe du DSM comptait, tous services confondus : 23 psychiatres, 7 psychologues, 118 infirmiers, 35 aides-soignants, 13 éducateurs ou techniciens de la réhabilitation psychiatrique, 10 assistants sociaux et 13 administratifs.

Les bureaux de la direction du DSM occupent l'un des pavillons du parc San Giovanni. Rénové et rendu à la ville, le site de l'ancien hôpital psychiatrique abrite entre autres des services de consultations somatiques, les locaux de plusieurs coopératives sociales et associations, une grande partie des services administratifs de l'ASUGI ou encore certaines composantes de l'Université de Trieste [87].

3.2 Centre de Santé Mentale

Les CSM répondent aux missions « d'accueil des demandes, de continuité des soins, et de gestion des situations de crise, à domicile ou via l'accueil au CSM ou aux urgences psychiatriques » [46].

Début 2020, l'équipe du CSM de Via Gambini était composée de cinq psychiatres, deux psychologues dont l'un à temps partagé avec la Clinique Psychiatrique Universitaire, une trentaine d'infirmiers et d'aides-soignants, une assistante sociale et une technicienne de la réhabilitation psychiatrique. On pouvait également y rencontrer, entre autres, des volontaires du service civique, des internes en psychiatrie et des étudiants en psychologie, en soins infirmiers ou en techniques de réhabilitation.

Le plan approuvé en 1994 prévoyait une ouverture des CSM au moins douze heures par jour, six jours par semaine [40]. Le DSM de Trieste est l'un des rares en Italie dont les CSM sont ouverts 24h/24 et accessibles au public de 8h00 à 20h00.

Les activités du CSM sont multiples, ce service se situant à mi-chemin entre nos services d'hospitalisation complète, nos CMP et nos hôpitaux de jour français.

A l'instar de nos CMP, il s'agit d'un lieu de consultations avec les membres de l'équipe multidisciplinaire. Les patients peuvent aussi s'y présenter pour demander une consultation en urgence. Un psychiatre et un soignant encadrent toutes les deux semaines environ un groupe pour les familles des usagers et, chaque semaine, des patients-experts animent un groupe de parole pour les usagers.

Les six lits du CSM servent pour l'« hospitalité nocturne » [46]. Le choix du terme est important car il illustre l'esprit [68] dans lequel se déroule ce que nous nommerions en France

l'hospitalisation complète. Celle-ci est de durée variable mais réduite au minimum, ne couvrant que le temps de la crise et l'éventuelle mise en place de solutions de logement, à savoir une moyenne de 12,6 jours en 2015 [93]. L'« hospitalité diurne » [46] est surnommée *day hospital* mais ne correspond pas exactement aux HDJ français, dans la mesure où elle est indiquée dans les situations de crise non gérables à domicile mais ne justifiant pas une hospitalisation complète, et dure de quelques heures à la journée entière pendant quelques jours ou quelques semaines.

Par ailleurs, la pharmacie du CSM fournit les traitements aux patients hospitalisés, mais la distribution concerne aussi des usagers non hospitalisés dont il est nécessaire de surveiller l'observance. Ainsi, selon la situation, certains usagers se présentent une ou deux fois par jour à la pharmacie, d'autres viennent retirer leur traitement une ou plusieurs fois par semaine. Cela permet par la même occasion à des patients très isolés de maintenir des interactions, si brèves soient-elles, avec d'autres patients ou avec l'équipe. Les infirmiers prennent note des patients qui se présentent à la pharmacie et si l'un d'eux rate à plusieurs reprises la distribution, l'équipe le contacte ou se rend à domicile pour en comprendre la raison et réévaluer son état clinique.

Enfin et surtout, une part importante de l'activité de l'équipe se situe à l'extérieur pour des visites à domicile, des accompagnements ou encore des activités de groupe. De plus, l'équipe du CSM assure la liaison psychiatrique pour les patients de son secteur, même éventuellement en milieu pénitentiaire. Afin d'assurer les déplacements vers les différents lieux d'intervention, chaque CSM dispose de quatre voitures.

Les délais d'attente pour un début de prise en charge ou d'intervention dans les situations de crise sont très courts grâce aux figures de l'« infirmier de permanence à l'accueil », du « psychiatre / psychologue de permanence » et du « second soignant de permanence » [46]. En effet, en cas d'urgence, l'intervention est organisée sans attendre et, hors situation de crise, une proposition doit être faite dans les 24h [46].

Une première réunion, le « *briefing* » [46] a lieu chaque jour à la prise de poste du matin, à 8h00 : les soignants et le « psychiatre / psychologue de permanence » déterminent ensemble l'organisation de la journée. La « réunion générale d'équipe » [46], moment-clé de la journée, réunit de 13h30 au milieu d'après-midi tous les membres de l'équipe en poste ce jour-là : le point est fait sur les patients accueillis au CSM ou au SPDC et sur les situations à gérer sur le territoire, l'« infirmier de permanence à l'accueil » présente les nouvelles demandes. Les informations sont ainsi transmises de l'équipe du matin (8h00-15h00) à

l'équipe de l'après-midi (13h00-20h00) et les prises en charge sont discutées de manière collégiale.

A l'intérieur du CSM de Via Gambini, la salle commune m'a semblé le point central, plus encore que la salle d'accueil. Lieu d'échanges et de partage, cette grande salle servait à la fois pour les activités artistiques, les séances de qi gong, le groupe de parole animé par les patients-experts chaque vendredi matin, regarder la télévision, et bien souvent plusieurs de ces activités à la fois. Les seuls rares moments où les usagers étaient priés de ne pas y rester, c'était lorsque les intervenants extérieurs ou d'autres services conviés à la réunion de 13h30 étaient trop nombreux pour que celle-ci puisse se tenir comme d'habitude dans le grand secrétariat.

Les repas, préparés par l'une des coopératives sociales, sont servis dans la salle commune trois fois par jour. Si le petit-déjeuner est réservé aux six patients accueillis en hospitalisation complète, le déjeuner et le dîner sont aussi accessibles aux patients accueillis en hôpital de jour et, pour 0,50€ à l'époque, à d'autres usagers en difficulté pour cuisiner chez eux. Le midi, aux usagers succédaient certains membres de l'équipe avec le repas apporté du domicile ou acheté dans les environs. Il n'était pas rare que les uns restent assis avec les autres. Tous autour de la même table, évidemment sans blouse ni tenue blanche, on se prenait à discuter de sujets divers et variés, simplement à être ensemble, sans distinction soignants/soignés et à mille lieues du cadre rigide imposé dans tant de services psychiatriques.

3.3 Urgences psychiatriques – SPDC

Comme mentionné plus haut, le SPDC de Trieste compte six lits d'hospitalisation, répartis en deux chambres simples et deux chambres doubles. A l'instar du reste de l'Italie, il se situe au sein d'un hôpital général, en l'occurrence l'*Ospedale Maggiore* dans le centre-ville.

En plus de la présence d'une équipe de deux psychiatres et d'infirmiers (deux ou trois par poste) dédiés, les patients y sont chaque jour évalués par le « psychiatre / psychologue de permanence » de leur CSM de rattachement. Cela permet de travailler la relation thérapeutique dès le début de l'hospitalisation, sans attendre un éventuel transfert au CSM si l'hospitalisation devait se prolonger : le patient rencontre dès le départ l'équipe qui le suivra sur le long terme. La continuité des soins est donc assurée de manière optimale. Par ailleurs,

les psychiatres du DSM se répartissent les gardes d'après-midi jusque 20h00 au SPDC et les astreintes de nuit couvrant l'ensemble des services.

L'une des particularités du SPDC de Trieste est sans conteste que, à l'instar des CSM, la porte du service n'est jamais fermée à clé. Lorsque les psychiatres sont appelés au SPDC pendant une astreinte de nuit, ils doivent sonner et attendre que l'équipe vienne leur ouvrir, tandis que les patients sont libres de sortir car la porte n'est bloquée de nuit que pour qui arrive de l'extérieur.

Ce choix a de nombreuses conséquences. D'une part, lorsque l'on estime que l'état du patient n'est pas compatible avec une sortie du service, aucune barrière physique n'est là pour l'empêcher de quitter les lieux. Il s'agit donc en priorité de dialoguer avec lui afin de le convaincre de rester, tout en faisant preuve de souplesse et de créativité [68]. Tout comme dans les CSM, on pourra par exemple autoriser le patient à sortir temporairement, accompagné de sa famille ou d'un ou plusieurs membres de l'équipe. D'autre part, si le patient faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement s'éloigne du service, il est d'usage de faire appel aux forces de l'ordre. En effet, il apparaît primordial aux équipes de Trieste de veiller à ce que ce soient les forces de l'ordre, et non le personnel soignant, qui veillent au respect de la loi et des mesures de soins sans consentement puisque lesdites mesures sont prises par le maire de la ville [58]. Le patient est ainsi recherché et raccompagné au SPDC par la police ou les *carabinieri*, en plus des membres de l'équipe [46].

Si les portes du SPDC ne sont pas fermées, le service ne possède pas non plus de chambre d'isolement. La contention mécanique ne s'y pratique pas. Le SPDC de Trieste fait partie de la vingtaine (soit 5%) de services d'urgences psychiatriques italiens qui ont adhéré au club SPDC No restraint [47]. Fondée en 2006, cette association, à travers la campagne « *...E tu slegalo subito* » du Forum Salute Mentale, promeut une pratique de la santé mentale sans contention mécanique ni portes fermées, en privilégiant d'autres types d'interventions [47].

3.4 Service de réhabilitation – SARR

Le SARR intervient dans la supervision des projets d'inclusion et de réhabilitation, répartis en trois grands domaines qui sont : « logement, travail ou formation et interactions sociales » [5,46]. Les objectifs pour chaque usager et les moyens mis en œuvre sont précisés dans le « *Piano Terapeutico Riabilitativo Personalizzato* » (Plan thérapeutique personnalisé

de réhabilitation – PTRP) [5,46]. Néanmoins, au-delà de la réhabilitation psycho-sociale, les équipes de Trieste travaillent pour le rétablissement de leurs usagers [67-69,95]. Le parcours est construit selon ses souhaits. Les équipes de Trieste s'appliquent à restituer à leurs usagers leur capacité d' « autodétermination », condition nécessaire au rétablissement [83], puis l'accompagnent au mieux dans le projet qu'il a choisi [68].

Le DSM dispose de plusieurs solutions pour le logement selon la situation. Les *recovery houses* sont des appartements de post-crise comptant au total 18 places, accueillant plusieurs patients pour une durée de six mois. Du personnel soignant est présent en permanence pour encadrer le travail d'autonomisation des usagers. Les patients-experts y interviennent très régulièrement. De plus, en 2018, on comptait 27 appartements thérapeutiques. Par ailleurs, toujours en 2018, 17 appartements appartenant à des usagers permettaient de proposer une solution d'hébergement similaire à une colocation, avec éventuellement une assistance adaptée aux besoins. Ces deux éléments permettaient d'héberger près de 100 usagers.

En ce qui concerne les interactions sociales, les usagers peuvent accéder au Centre Diurne Diffus qui propose de nombreuses activités, grâce à des partenariats avec des associations et des coopératives sociales [5,46,68]. A l'inverse de nos CATTP qui sont souvent accolés aux CMP, les activités sont tenues dans divers lieux hors des CSM, répartis en ville et aux alentours afin de favoriser les rencontres et l'inclusion, d'où la qualification de diffus. J'ai été reçue à plusieurs reprises au Centre « Accueil de Genre » situé dans un appartement à quelques pas du *Canal Grande*, via Genova, dont l'ambiance est d'une grande convivialité et où les activités proposées vont des cours de langues à la danse.

Pour ce qui est de l'insertion professionnelle, le SARR coordonne plusieurs types de projets. Parmi ceux-ci, nous pouvons nous arrêter sur *l'assegno formazione lavoro* ou allocation formation travail. Une convention est signée entre un usager, une entreprise du milieu ordinaire ou une coopérative sociale et l'*Azienda sanitaria* : l'usager perçoit chaque mois 350€, issus du budget du DSM, pour 20h de travail par semaine [2] dans l'entreprise qui, en contrepartie, s'engage à le former. La recherche de l'entreprise est orientée selon les souhaits de l'usager. L'équipe du CSM de référence, souvent le technicien de réhabilitation, peut intervenir en cas de nécessité de médiation et rend régulièrement visite à l'usager et à son tuteur sur le lieu de travail. L'expérience ouvre la possibilité d'une embauche à la fin du contrat, comme ce fut le cas d'une patiente du CSM à laquelle l'hôtel où elle avait travaillé comme réceptionniste avait proposé un emploi plus durable.

Si les ressources financières sont insuffisantes pour la mise en place du PTRP, il est possible d'établir un *Budget Individuale di Salute* (Budget individuel de santé – BIS) dont le montant dépendra des besoins [46]. A titre indicatif, en 2018, 159 usagers en ont bénéficié. On peut également faire appel au *Fondo per l'Autonomia Possibile* (Fonds pour l'autonomie possible – FAP) ; ce financement proposé conjointement par les organismes sanitaires et sociaux intervient en priorité pour le maintien à domicile [46,91]. Ce sont notamment ces budgets-là qui permettent de financer l'intervention d'une coopérative sociale si une assistance à domicile est nécessaire.

Pour la mise en pratique du PTRP, le SARR collabore très fréquemment avec les coopératives sociales [68,69] qui s'occupent par ailleurs, nous l'avons vu, de certaines tâches dans les services du DSM telles que le ménage ou la préparation des repas. Il existe en Italie deux types de coopératives sociales [60] :

- Les coopératives de type A ont des activités sanitaires et sociales ou éducatives ;
- Les coopératives de type B peuvent en revanche avoir des activités plus diverses mais les personnes avec un handicap doivent représenter au moins 30% des effectifs. La CLU ou la coopérative *Il Posto delle Fragole*, qui gère le bar situé depuis 1973 dans le parc San Giovanni, en sont des exemples.

Enfin, la REMS de Trieste dépend du SARR. Elle se situe à Aurisina, à proximité de l'une des antennes du Centre Diurne Diffus pour faciliter les activités de réhabilitation, compte deux places et n'a aucune porte fermée [6]. Elle était fermée pour travaux lors de mon étude.

3.5 Le technicien de réhabilitation psychiatrique

Le technicien de la réhabilitation psychiatrique n'a pas d'équivalent en France, c'est pourquoi nous détaillons ici son rôle. Il s'agit d'un professionnel qui réalise des interventions de réhabilitation ou éducatives auprès des personnes présentant un handicap psychique. Il travaille avec les autres professionnels de la santé mentale pour l'évaluation du handicap psychique et la mise au point des interventions, afin de favoriser l'acquisition d'un maximum d'autonomie et l'insertion dans la communauté [105].

La formation se fait à l'Université et dure trois ans. L'accès est limité par un *numerus clausus*, à l'instar de nombreux autres cursus universitaires en Italie. Les sujets étudiés au niveau théorique sont variés, allant des sciences fondamentales, telles que la biochimie ou la biologie, à la psychologie, les techniques de communication ou encore la sociologie [105].

3.6 L'histoire de F.

F. était un patient d'environ 35 ans, originaire d'Afrique de l'Ouest. Il vivait à Trieste depuis plusieurs années et était connu du CSM pour un trouble psychotique sous monothérapie neuroleptique. Après stabilisation de la pathologie, il avait été rapidement perdu de vue. La prise en charge dont il a bénéficié et dont j'ai été témoin illustre de manière concrète le fonctionnement des services de santé mentale de Trieste. C'est pourquoi j'ai souhaité la présenter ici.

Un jour de mi-novembre, l'infirmier de permanence du CSM reçut un appel d'un SPDC de Vénétie indiquant que F. était hospitalisé après avoir été repêché dans le canal, agité et confus. Quelques jours plus tard, il fut transféré au CSM. Cependant, après des premiers jours extrêmement difficiles à cause d'une importante désorganisation associée à des idées délirantes de persécution, l'équipe prit la décision de le faire passer sur les lits du SPDC. F. n'était pas en mesure d'expliquer les raisons de son voyage en Vénétie ni comment il s'était retrouvé dans le canal : s'agissait-il d'une agression ? d'une tentative de suicide ? Toujours est-il qu'il y avait égaré ses documents d'identité dont son permis de séjour, et qu'il était convaincu que ceux-ci lui avaient été volés par l'équipe du CSM : il accusait certains membres d'appartenir à la criminalité organisée et voulait quitter le service. Le contenu de ses idées délirantes avait pour conséquence que F. s'apaisait systématiquement à l'arrivée des forces de l'ordre. Ces dernières sont intervenues à plusieurs reprises lors de ses fugues (deux depuis le CSM puis une depuis le SPDC) ou lors de ses épisodes d'agitation.

Nous n'avions aucune information sur son passé ou son entourage jusqu'au jour où nous le retransférâmes du SPDC au CSM. Alors que nous sortions du service avec lui, un agent de nettoyage de l'Ospedale Maggiore nous interpella, disant qu'elle le connaissait et que la communauté d'immigrés d'origine africaine s'inquiétait de n'avoir aucune nouvelle de F. depuis plusieurs semaines. Le lendemain, un des amis les plus proches de F. lui rendit visite. Cela eut deux effets positifs. D'une part, l'état clinique de F. s'améliora après cette visite : il fut soulagé de retrouver son ami et de voir que ce dernier faisait confiance à l'équipe. D'autre part, son ami nous éclaira sur les raisons de la décompensation. Quelques mois plus tôt, la compagne de F. était décédée d'un cancer du sein. Déstabilisé par cette perte, F. avait quitté son emploi d'agent de sécurité du jour au lendemain alors qu'il avait toujours été très attaché à son travail. La question du logement était pour F. un autre facteur de stress car le contrat de location de l'appartement était au nom de sa compagne et il devait donc le libérer.

Avec ces nouveaux éléments, le soutien de ses amis et l'amélioration de son état clinique, l'équipe put commencer à réfléchir à des solutions avec F. Il fallut d'abord récupérer

une copie de son titre de séjour. Ensuite, pour résoudre la problématique du logement, il fut proposé à F. d'aller vivre en colocation chez un autre patient du CSM avec lequel il s'entendait bien ; tous les deux continuaient de venir déjeuner et dîner au CSM. Enfin, la reprise du travail était pour F. une priorité ; l'équipe lui avait proposé de faire du bénévolat dans l'une des *microaree* [31] afin qu'il ne reste pas inactif, mais celui-ci avait refusé. Cependant, il ne se sentait pas capable de reprendre immédiatement son emploi dans le milieu ordinaire. A quelques jours du diagnostic des premiers cas de Covid sur le territoire italien, son aide-soignante référente et moi avons accompagné F. signer la convention pour une allocation formation travail : la semaine suivante, il devait intégrer la CLU pour le nettoyage de l'un des centres de consultations somatiques d'un autre secteur.

En tout, l'hospitalisation de F. a duré moins de trois mois. Elle s'est limitée au temps nécessaire pour apaiser la crise et trouver une solution de logement. Les démarches administratives se sont poursuivies après sa sortie. Quel qu'ait pu être l'état d'agitation et d'agressivité de F., au cours desquels il blessa légèrement trois infirmiers la première semaine, la contention mécanique et l'isolement ne furent jamais envisagés. Ces pratiques n'ayant pas leur place dans les services de santé mentale de Trieste, les équipes ont su lui proposer une prise en charge soutenante, sans mesures violentes, et l'accompagner vers la mise en place d'un nouveau projet de vie.

4 Discussion

4.1 Limites de l'étude

L'un des objectifs de notre étude observationnelle était de mettre en évidence les limites du modèle triestin de soins psychiatriques. Je n'ai malheureusement pas su en identifier. Une période d'observation plus longue aurait sans doute été nécessaire.

Un biais de confirmation ne peut pas être exclu. En effet, le projet d'une étude de terrain avait fait suite à la lecture des écrits de Basaglia et de certains de ses collaborateurs et visait initialement à en comprendre la mise en œuvre plus qu'à essayer d'en chercher les limites.

4.2 Approche critique de l'organisation du système italien de soins psychiatriques

On pourrait penser que la réussite du modèle triestin est dépendante de la figure charismatique de Basaglia. Il est vrai que, dans les années 1970, des professionnels et des bénévoles étaient arrivés de toute l'Italie pour prendre part à l'expérience de Trieste [33,43]. Si aujourd'hui encore, une partie des psychiatres choisit de faire l'internat de psychiatrie à Trieste ou d'y travailler en raison de la réputation de ses services de santé mentale, la majorité des infirmiers et aides-soignants que j'ai pu rencontrer était toutefois originaire de la région.

Nous n'avons pas réussi à déterminer les limites du système triestin au cours de notre étude. En revanche, nous avons deux remarques à adresser au système psychiatrique italien dans sa globalité.

Nous avons vu par quels mécanismes les services de soins psychiatriques de Trieste se sont transformés à partir des années 1960 pour aboutir à leur organisation actuelle. La loi de 1980 devait étendre à l'Italie entière la prise en charge des patients atteints de pathologies psychiatriques en priorité dans la communauté [58]. A Trieste, l'approche communautaire gagna même les soins somatiques [50,96]. Nous avons vu que la fermeture des hôpitaux psychiatriques a été très tardive dans certaines provinces. De plus, après cela, le développement des services territoriaux n'a pas été homogène dans tout le pays car les décisions en matière d'organisation et de financement du système de soins sont en grande partie déléguées aux régions [69].

Une particularité de Trieste est que l'intégralité des lits d'hospitalisation en psychiatrie se situe dans le secteur public : 6 lits dans chaque CSM et 6 lits au SPDC. S'il existe des psychiatres exerçant en cabinet privé, il n'y a par contre pas de cliniques psychiatriques privées. On notera qu'en 2019, dans la région Frioul – Vénétie Julienne, composée des provinces de Trieste, de Gorizia, de Pordenone et d'Udine, le nombre de structures psychiatriques territoriales pour 100 000 habitants était nettement supérieur à la moyenne nationale (8,4 contre 2,4) [73] et le nombre de jours passés dans des structures résidentielles pour 10 000 habitants était le plus bas du pays (125,2 jours pour une moyenne nationale à 1044,9) [73]. Le modèle de Trieste a été étendu au niveau régional, il existe 3 SPDC *no restraint* et presque tous les CSM fonctionnent 24h/24 [68]. Lorsqu'il dresse un bilan à l'occasion des 40 ans de la loi 180, Roberto Mezzina liste comme suit les principes de fonctionnement des CSM 24h/24 : « non-sélection des demandes ; prise en charge ambulatoire ; flexibilité et mobilité ; implication de ressources multiples [...] ; continuité » [69].

Dans les autres régions, il existe des structures privées conventionnées [32,73]. Les CSM ouverts 24h/24 restent une minorité [69]. La densité de structures territoriales et le budget alloué aux services de santé mentale sont extrêmement variables d'une région à l'autre [69,73]. Les dépenses de santé mentale par habitant étaient en 2019 de 67,8€ en Frioul – Vénétie julienne pour une moyenne nationale à 65,4€, avec une distribution allant de 47,0€ en Campanie à 83,8€ dans la province autonome de Trento [73]. A titre indicatif, d'après l'OMS les dépenses annuelles de santé mentale par habitant en 2017 étaient de 75,50€ en Italie [80] contre 350,62€ en France [79]. Malgré le cadre légal qui régit le système de soins au niveau national, l'offre de soins psychiatriques et les pratiques des professionnels de santé mentale sont très inégales [34,69]. Ainsi, Mario Colucci regrette que « de nombreux centres communautaires [soient] incapables d'assurer un soutien, une continuité et une présence forte et active sur leurs territoires, ne se limitant qu'à une banale prescription et distribution de médicaments » [34].

Dans la réforme du système psychiatrique italien, un autre point interpelle quiconque est habitué au système français : les REMS. Lorsqu'une personne est déclarée irresponsable pénalement et qu'il existe un risque de récidive, c'est-à-dire « dangerosité sociale » [30] – le terme n'a pas disparu du Code pénal –, le Juge peut demander l'application d'une « mesure de sécurité privative de liberté » [41]. Les REMS accueillent les patients pour tout ou partie de la durée de la mesure qui « ne peut pas être supérieure à la peine d'emprisonnement prévue pour le délit » en question [41].

La fermeture des OPG en 2015 devait s'inscrire dans la trajectoire de la loi 180 en faveur de l'inclusion des personnes atteintes de pathologies psychiatriques [69]. Or, si les REMS sont de plus petite taille que les OPG et doivent œuvrer pour la réhabilitation des patients, ces derniers sont tout de même maintenus à l'écart de la société et du parcours de soins psychiatriques standard. De plus, le nombre de places dans les 31 REMS est de loin inférieur aux places qui étaient disponibles dans les 6 OPG [86]. De nombreuses sorties avaient pu être organisées dans les dernières années de fonctionnement des OPG [96]. Cependant, les places actuellement disponibles dans les REMS ne permettent pas d'accueillir tous les patients. En avril 2021, 770 personnes étaient sur liste d'attente, dont 65 maintenues en prison [86] dans « un état de détention illégitime » [85] par manque de places dans les REMS. Face à ces périodes d'attente en prison, à « l'augmentation de la durée de séjour » [84] dans les REMS et aux « demandes de structures de plus de 20 places » [84], le Garant national des droits des personnes privées de liberté s'inquiète d'un « retour à une culture ségrégative » [84]. Dans le cas des patients jugés irresponsables pénalement, cette culture ségrégative semble malheureusement n'avoir jamais totalement disparu, malgré les changements prévus par la loi de 2012. La même constatation est faite par les équipes de Trieste dont certains membres remettent par ailleurs en question le concept d'irresponsabilité pénale [96].

4.3 Comparaison avec le modèle FACT

Un autre modèle de soins psychiatriques communautaires est le modèle *Flexible Assertive Community Treatment* (FACT) développé aux Pays-Bas au début des années 2000 et qui se répand dans le monde. Il s'agit d'une adaptation du modèle *Assertive Community Treatment* créé aux Etats-Unis trente ans plus tôt, afin de proposer des soins intensifs dans la communauté aux patients ayant une maladie psychiatrique particulièrement lourde. Le modèle FACT en revanche se veut flexible afin de prendre en charge aussi les personnes ayant une pathologie moins grave tout en pouvant passer en mode plus intensif si besoin [107]. Ce modèle d'organisation des soins a récemment été envisagé dans le Plan Stratégique de la Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT) Haute-Garonne – Tarn Ouest. C'est pourquoi il est apparu pertinent de le comparer à nos observations du modèle italien.

Une partie du fonctionnement des équipes FACT est similaire à celui des équipes des CSM de Trieste. Les deux modèles ont recours à la figure du « *case manager* » [46,107] qui est l'interlocuteur privilégié de l'utilisateur. Le « tableau FACT » [107] qui recense les usagers

ayant besoin d'une prise en charge intensive serait l'équivalent de la « liste des personnes à haute / très haute priorité » [46] que l'on trouve dans les CSM et qui indique, outre les noms des patients accueillis de nuit et de jour, les noms des autres patients du secteur traversant une période de crise.

Par ailleurs, l'organisation des deux équipes, avec les réunions quotidiennes impliquant tous ses membres, leur permet une grande réactivité face aux situations nécessitant une réponse urgente et une transmission correcte des informations. Ce que le modèle FACT nomme « *outreach* » [107], à savoir la réalisation d'interventions en-dehors du cadre des locaux de l'équipe, directement dans l'environnement de l'utilisateur, sont pratique courante pour les équipes de Trieste comme nous l'avons vu précédemment.

Les deux modèles divergent en revanche sur certains points. Pour couvrir un territoire d'environ 45 000 habitants et s'occuper de 200 usagers, une équipe FACT doit être composée de : « 1 ETP psychiatre ; 0,5 ETP chef d'équipe ; 7 ETP case managers dont 4-5 ETP infirmiers en psychiatrie, 1-2 ETP infirmiers en psychiatrie communautaire et 0,8 ETP travailleur social ; 0,8 ETP psychologue ; 0,6 ETP pair aidant et 0,5 ETP spécialiste en matière de travail » [107]. Or, l'équipe FACT n'intervient que la journée. Dans cette mesure, les équipes des CSM de Trieste indiquent que leur composition est différente car deux soignants travaillent chaque nuit [46].

En cela les deux modèles diffèrent grandement. Avec les CSM ouverts 24h/24 et l'évaluation quotidienne des patients accueillis au SPDC, l'équipe des CSM assure l'intégralité de la prise en charge de ses usagers, pendant les hospitalisations ou en-dehors. Ce n'est pas le cas de l'équipe FACT dont les locaux n'ont pas vocation à servir de lieu d'hospitalisation. Bien que l'équipe garde la coordination du parcours et rende visite à l'utilisateur à l'hôpital une fois par semaine, elle n'y assure pas directement la prise en charge. L'équipe FACT travaille de manière « intégrée » [107] avec les services psychiatriques hospitaliers et d'autres partenaires. C'est aussi le cas à Trieste mais l'organisation du DSM permet à aux équipes de couvrir un champ plus large de la prise en charge du patient.

Malgré ces différences, les deux modèles partagent certains objectifs. Leurs équipes œuvrent pour une prise en charge dans la communauté, adaptée aux besoins du patient avec la possibilité d'un passage en mode plus intensif, dans le but de diminuer les ruptures de soins et le recours à l'hospitalisation et de favoriser le rétablissement. Le modèle FACT, dans un

système qui souhaiterait une présence efficace sur le territoire sans se passer des hôpitaux psychiatriques, peut être une alternative de qualité.

4.4 Quelles perspectives pour la Haute-Garonne ?

Le système de soins psychiatriques de Haute-Garonne semble bien différent de celui de la province de Trieste. Pour une population d'environ 1 381 000 habitants [53], le département est divisé en neuf secteurs : sept rattachés au Centre Hospitalier (CH) Gérard Marchant, un au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse et un au Centre Hospitalier de Lannemezan dans le département voisin [27]. Ce dernier secteur compte environ 85 000 habitants. La population dont les secteurs sont rattachés au CHU de Toulouse et au CH Gérard Marchant serait donc d'environ 1 296 000 habitants.

Les données pour l'année 2021 nous ont été fournies par le Dr Stéphanie Lafont-Rapnouil, médecin référent santé mentale à l'Agence Régionale de Santé Occitanie. En additionnant les moyens du CHU et du CH Gérard Marchant, la psychiatrie pour adultes dispose de 13 CMP (8 dans Toulouse et 5 dans d'autres villes du département) et de 288 lits d'hospitalisation complète en 2021. Le CH Gérard Marchant comptait 200 lits d'hospitalisation complète hors Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée (UHSA), soit une moyenne de 28,6 lits par secteur. Concernant les 88 lits dépendant du CHU, une partie n'est pas destinée au secteur mais a un recrutement régional dans le cadre de services universitaires spécialisés. Les lits de l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée psychiatrique ne sont pas pris en compte et leur nombre a été très variable ces dernières années en raison de difficultés de recrutement médical et paramédical.

Il apparaît que le nombre d'habitants par secteur en Haute-Garonne est en moyenne plus de deux fois supérieur à celui initialement prévu dans les années 1960. Le département a vu sa population augmenter d'environ 30% sur les vingt dernières années [53]. Une demande avait été faite par la psychiatrie publique de créer un secteur supplémentaire [65] mais cela n'a, à ce jour, pas abouti. La filière psychiatrique publique est régulièrement déclarée sous tension en ce qui concerne l'occupation des lits avec utilisation des chambres d'isolement en surnombre et augmentation des délais d'hospitalisation. En 2019, la file active du CMP dépendant du CHU était de 912 patients, celle des CMP rattachés au CH Gérard Marchant allait de 306 à 977 patients [27]. Dans un contexte d'effectif médical insuffisant, les équipes des CMP peuvent réorienter vers la psychiatrie libérale, après une première évaluation et une discussion en réunion d'équipe, les patients ne requérant pas une prise en charge complexe. De plus, périodiquement, certains CMP sont amenés à suspendre l'acceptation de nouveaux

patients. Hors situations urgentes, les délais d'attente pour une consultation psychiatrique dans un CMP sont généralement de plusieurs semaines [27].

Par ailleurs, le secteur privé occupe une place très importante en Haute-Garonne avec huit établissements et 1071 lits d'hospitalisation complète en 2021. En Haute-Garonne, les trois quarts des lits d'hospitalisation en psychiatrie appartiennent donc au secteur privé, ce qui est inhabituel par rapport au reste du pays [65]. On notera que ces lits accueillent également des patients arrivant d'autres départements. Ces établissements privés ont la possibilité de sélectionner les patients admis et seul un d'entre eux est habilité à accueillir les patients sous mesure de soins sans consentement. Les pathologies les plus lourdes et les patients les plus précaires sont par conséquent du ressort du secteur public.

La fermeture des lits dans le secteur public est régulièrement mise en cause comme étant l'un des facteurs expliquant les difficultés de la filière. Or, d'après les chiffres précédemment cités, si l'on rapporte le nombre de lits à la population, il apparaît que le secteur psychiatrique public de Haute-Garonne dispose de presque deux fois plus de lits d'hospitalisation complète que la province de Trieste (Tableau 1). Si l'on prend en compte la totalité des lits de psychiatrie pour adultes de Haute-Garonne, nous arrivons à plus de huit fois plus (Tableau 1).

		Province de Trieste	Haute-Garonne
File active des CSM / CMP en 2019 pour 100 000 habitants		2008,5 (4700)	617,6 (8004)
Lits d'hospitalisation complète pour 100 000 habitants en 2021	Secteur public	12,8 (30)	22,2 (288)
	Secteurs public et privé		104,9 (1359)

Tableau 1. Comparaison des données de file active ambulatoire et lits d'hospitalisation complète dans la province de Trieste et en Haute-Garonne

Le modèle triestin a montré comment des services territoriaux réactifs, adaptables, et travaillant en étroite collaboration avec les services sociaux, les coopératives sociales et les autres acteurs du réseau, peuvent prendre en charge les patients en ne recourant que de manière très limitée à l'hospitalisation complète [68,69]. A l'inverse, n'ayant que très peu de lits à disposition, ils se doivent d'imaginer des solutions autres que l'accueil nocturne. La flexibilité d'organisation permet d'ailleurs de recevoir ou d'aller voir les patients dès les premiers signes de décompensation rapportés par l'entourage ou par l'utilisateur lui-même et, souvent, d'intervenir avant qu'une hospitalisation soit absolument nécessaire. Quand elle est inévitable, l'hospitalisation est la plus courte possible. La psychiatrie communautaire a en

France la réputation de coûter cher. Or, le budget du DSM de Trieste en 2018 était d'environ 16 700 000€. Il a été démontré que le budget du DSM ne représente que 39% du budget de l'hôpital psychiatrique [69] à l'arrivée de Franco Basaglia, après ajustement au coût actuel de la vie, tout en permettant de prendre en charge un nombre bien plus élevé de patients.

Basaglia considérait que chaque territoire doit élaborer son propre système selon ses particularités [8]. Il n'est pas envisageable de transposer en Haute-Garonne le modèle triestin exactement tel qu'il fonctionne actuellement. Le nombre élevé de lits dans le secteur privé, par exemple, ne le permettrait pas.

Quelques services proposant des prises en charge des situations de crise existent déjà en Haute-Garonne : le délai d'attente est très court, les patients sont reçus plusieurs fois par semaine et ces soins ambulatoires intensifs permettent d'éviter des hospitalisations. On peut citer par exemple le Centre de Thérapie Brève du CHU de Toulouse ou l'Accueil de Jour Intersectoriel Réactif rattaché au CH Gérard Marchant. Ces structures doivent toutefois suspendre les admissions plusieurs fois au cours de l'année, par manque de créneaux ou pour cause de fermeture du service. De plus, elles sont intersectorielles et le patient n'y est donc pas suivi par l'équipe de son secteur. La prise en charge ayant une durée limitée à deux ou trois mois, il existe un risque de perte d'informations ou de perte de vue lors du relais avec l'équipe de secteur ou un psychiatre libéral.

Par ailleurs, le dispositif d'hospitalisation à domicile, issu d'un partenariat entre le CH Gérard Marchant et une clinique psychiatrique privée de l'agglomération toulousaine, constitue une alternative à l'hospitalisation complète ou permet un suivi plus rapproché après le retour à domicile. Son équipe n'a toutefois pas la possibilité d'intervenir dans des situations de crise : la prise en charge est programmée et les délais d'attente peuvent être de quelques semaines. Son caractère intersectoriel pose la même problématique que les services évoqués dans le paragraphe précédent.

L'organisation des CSM permet que les usagers soient toujours suivis par la même équipe, en situation de crise ou non, et même durant les hospitalisations au SPDC [46,68,69]. D'autre part, de cette manière, l'équipe d'un secteur n'est pas divisée entre d'un côté celle du service d'hospitalisation et de l'autre celle des services ambulatoires, comme on l'observe en France. Grâce à la réunion générale d'équipe du début d'après-midi, les informations sont transmises à tous les membres de l'équipe en poste ce jour-là, médicaux, paramédicaux et autres. Quelles que soient leurs activités au CSM ou à l'extérieur, tous se retrouvent à ce moment-là pour discuter les prises en charge. Pour chaque nouveau patient nécessitant une prise en charge complexe, sont nommés des référents [46], en général deux, parmi les infirmiers et aides-soignants avec lesquels le patient a le plus échangé. Ce sont

préférentiellement eux qui l'accompagneront ensuite pour les divers démarches et entretiens, mais toujours en partageant les informations avec le reste de l'équipe. La continuité des soins est donc assurée de manière optimale [68,69].

En Haute-Garonne, le renforcement des équipes de soins ambulatoires pourrait être envisagé, afin de leur permettre de diminuer les délais d'attente, de proposer des entretiens plus fréquents aux patients qui en ont besoin et de diversifier les modes de prise en charge, en favorisant les interventions de type *outreach* par exemple. Comme nous l'avons vu au travers de l'histoire des services psychiatriques de Trieste, une offre ambulatoire solide permet de diminuer le recours à l'hospitalisation complète [68,69,96,108] et, par la suite, la diminution de la capacité d'accueil des services d'hospitalisation libère du personnel et des parts de budget pour améliorer encore les soins ambulatoires [69].

Par ailleurs, un autre facteur à prendre en compte est le fait qu'une part non négligeable des lits publics de Haute-Garonne est occupée par des hospitalisations longues. En 2021, 59 patients étaient hospitalisés au CH Gérard Marchant depuis plus de 292 jours et occupaient donc environ un tiers des lits, souvent dans des unités de suite. Une partie des unités de suite et de réhabilitation a été fermée à partir de 2018 mais les hospitalisations longues restent problématiques [27]. Elles sont d'origine multifactorielle [65] :

- Part importante de patients soumis à une mesure de Soins à la Demande du Représentant de l'Etat (SDRE) voire jugés irresponsables pénalement ;
- Patients en situation sociale précaire ;
- Perte d'autonomie rendant difficile le retour à domicile.

Ces deux dernières catégories de patients sont souvent en attente de place dans des structures sociales ou médico-sociales [65]. En ce qui concerne les patients précaires, les équipes du DSM de Trieste ont établi de forts partenariats avec les services sociaux de la ville pour le logement des usagers : aucun d'entre eux n'est sans abri [68]. Quant à la perte d'autonomie, si une partie en est attribuable aux pathologies psychiatriques, elle est entretenue par l'hospitalisation au long cours pendant laquelle les patients ne réalisent plus les tâches de la vie quotidienne [20,54]. Les hospitalisations très courtes puis les appartements thérapeutiques, les financements de type BIS et FAP ou encore la possibilité de prendre les repas au CSM facilitent à Trieste les sorties [46,68,69]. De même, les activités de l'équipe, notamment grâce aux visites à domicile et à la distribution des traitements, permettent de suivre régulièrement les usagers hors milieu hospitalier [46,68,69].

En ce qui concerne les patients hospitalisés selon le mode SDRE, les équipes du CH Gérard Marchant rapportent se heurter à une « multiplication des 2^{èmes} avis médicaux en cas de levée de SDRE demandés par le préfet et rejet régulier des demandes de permissions non accompagnées » [27] qui ralentissent la mise en place des projets de sortie. Concernant les patients jugés pénalement irresponsables selon l'article L122.1 du Code Pénal, ils étaient 46 à avoir été pris en charge au CH Gérard Marchant en 2019 [27]. Le système français permet, contrairement au système italien, que ces patients ne soient pas séparés des autres. Cependant, à la différence de la mesure de sécurité italienne dont la durée est fixée par le juge et « ne peut pas être supérieure à la peine d'emprisonnement prévue pour le délit ou crime concerné » [41], l'hospitalisation des patients déclarés irresponsables pénalement n'a pas de durée prédéfinie. Elle s'adapte à l'évolution de l'état clinique, diminuant le risque de sortie prématurée, mais elle dépend aussi de l'accord du préfet pour les demandes de permissions, de levée de la mesure ou de sortie avec programme de soins, et est en général longue.

Le plan stratégique de la CPT Haute-Garonne – Tarn Ouest, élaboré à la demande de l'Agence Régionale de Santé Occitanie, a le mérite de proposer de réinterroger la structuration des soins en Haute-Garonne pour répondre à l'urgence démographique et aux besoins croissants de la population en termes de santé mentale. Au terme de notre étude, il apparaît que l'étude du modèle italien répond à une actualité des questionnements en termes de santé publique sur la Haute-Garonne. Il pourrait être pertinent de repenser la place des soins ambulatoires selon le modèle italien comme une alternative au modèle existant.

4.5 Fermer l'asile ne suffit pas pour supprimer les pratiques asilaires

Il serait cependant erroné de ne considérer l'expérience de Trieste que comme une simple réorganisation du système italien de soins psychiatriques. Franco Basaglia et ses collaborateurs sont allés bien au-delà de cela : à travers la remise en question de l'asile, ils ont provoqué un changement profond de la manière de concevoir la santé mentale, le travail dans ce domaine et les personnes atteintes de pathologies psychiatriques [24,67-69,95,108]. Agostino Pirella notait que « la manière d'être ensemble, la manière de communiquer » [24] avaient été modifiées en premier lieu.

Dès l'expérience de la communauté thérapeutique de Gorizia, les relations interpersonnelles s'étaient modifiées [9,45,106]. Encore actuellement, cela s'observe tout d'abord entre les membres de l'équipe : le poids de la hiérarchie se fait peu sentir. Pendant les réunions, tous, quel que soit leur statut de personnel médical ou paramédical, stagiaires ou volontaires du service civique, peuvent exprimer leur opinion concernant les prises en charge. Cela donne fréquemment lieu à de vives discussions pour définir la ligne de conduite de l'équipe mais a l'avantage de permettre un échange riche et une remise en question permanente des pratiques.

Dans les services psychiatriques français traditionnels, on observe souvent un cloisonnement entre les différentes professions. Pour des raisons d'organisation, les médecins participent rarement aux transmissions qui ont lieu à chaque changement de poste des infirmiers et aides-soignants. Les réunions d'équipe n'ont généralement lieu qu'une fois par semaine et, dans les services d'hospitalisation, seuls un ou deux infirmiers y participent. Dans les services de santé mentale de Trieste, les équipes se veulent unies et la responsabilité est dite « partagée » [46]. Cette cohésion est fondamentale dans la prise en charge de patients aux pathologies complexes.

La considération précédente vaut également pour les relations entre le personnel soignant et les usagers. L'approche de « mise entre parenthèses » de la maladie mentale a amené à s'intéresser en premier lieu à la personne en tant qu'individu avec sa subjectivité, son passé, ses aspirations [33,68,106], à l'« existence-souffrance des patients et son rapport avec le corps social » [95]. Cela constitue sans aucun doute l'enseignement le plus important de notre étude observationnelle au CSM de Via Gambini.

La présentation des nouveaux cas lors des réunions d'équipe auxquelles j'ai assisté visait à répondre aux questions : « Qui est cette personne, quelle est son histoire ? Que s'est-il passé dans sa vie pour mener à la situation actuelle ? » bien avant de se pencher sur la symptomatologie. La gestion et la coordination des divers aspects du PTRP par une même équipe plutôt que la multiplication des interlocuteurs dans plusieurs institutions [68,69], l'absence de blouses, de tenues blanches ou d'autres signes distinctifs entre l'équipe et les usagers, les interventions en *outreach* ou encore la grande disponibilité de l'équipe participent à faciliter l'établissement du lien entre l'utilisateur et l'équipe. De manière plus générale, les relations interpersonnelles sont en Italie moins formelles et imposent moins de distance qu'en France. Au-delà des pratiques psychiatriques, ce genre de différences culturelles faisait probablement partie des raisons pour lesquelles Basaglia indiquait qu'il n'était pas envisageable d'exporter le modèle triestin dans un autre territoire sans adaptation [8].

Cette modification des relations soignants-usagers se fait aussi à travers l'abandon des « pratiques asilaires quotidiennes » [15]. Pour arriver à cela, fermer les asiles est insuffisant [95] dans la lignée de la critique que Basaglia adressait au secteur français [8,15] ; Giovanna Del Giudice l'illustre quand elle décrit la situation qu'elle trouva dans les services de Cagliari (Sardaigne) [42]. Le spectre du *manicomio* est présent derrière chaque contention mécanique, chaque mise en isolement, chaque privation d'objets personnels. Dans les services de santé mentale de Trieste, comme nous l'avons vu, les équipes travaillent sans avoir recours à ces méthodes qui mettent à mal le lien de confiance lentement établi entre un patient et l'équipe qui le prend en charge, comme le notait déjà Conolly au XIX^{ème} siècle [35]. La contention mécanique est souvent considérée dans les services *no restraint* comme allant à l'encontre de l'article 13 de la Constitution italienne dont la première phrase est : « La liberté personnelle est inviolable » [38,42,100]. J'ai pu observer que la peur d'être attaché ou enfermé ne se rencontre pas parmi les usagers des services de Trieste, à la différence de nombreux autres services psychiatriques en Italie [42,69], et ne vient donc pas aggraver l'état d'angoisse ou d'agitation pouvant exister lors des décompensations de la maladie psychiatrique. Roberto Mezzina écrivait en 2007 : « Nous continuons de penser que l'ouverture des portes reste toujours centrale dans notre pratique et nous invitons donc tout le monde à utiliser des services dont la porte est ouverte en permanence, car cela signifie ouverture des possibilités de communication, mais aussi transparence des services. A partir du moment où nous ouvrons les portes, les personnes restent, recherchent notre présence, nous veulent, veulent rester ensemble entre elles et avec les autres » [67]. Dans ce contexte, en 2018, les services de santé mentale de Trieste ont enregistré 18 TSO. En 2019, la région Frioul – Vénétie julienne avait l'un des taux de TSO les plus bas du pays : 0,4 TSO pour 10 000 habitants contre 1,3 au niveau national [73], constatation que faisait déjà Roberto Mezzina l'année précédente [69].

Afin de maintenir un environnement peu restrictif même lorsque le service accueille des patients en TSO ou lorsque les soignants en poste sont peu nombreux, il est nécessaire de faire preuve de diplomatie, d'adaptabilité et de créativité [68], sans rester à distance dans la position objective du soignant détenteur à la fois de la connaissance de la maladie mentale et du pouvoir d'imposer tel ou tel traitement – ce que Basaglia nommait le « binôme savoir-pouvoir » [22]. Lors de la réunion du matin, il peut être décidé de reporter une partie des activités programmées non urgentes si un patient requiert une présence soignante plus conséquente. Des activités hors du service peuvent être négociées avec le patient pour lui rendre l'hospitalisation plus acceptable. Les psychiatres du DSM eux-mêmes ne se limitent pas au rôle qui leur est traditionnellement assigné, à savoir une liste d'actes sujets en France à cotation, mais participent régulièrement aux accompagnements à domicile ou en ville de leurs patients hospitalisés. Dans un système de psychiatrie communautaire comme celui de

Trieste, il faut donc être prêt à innover, à s'éloigner des protocoles prédéfinis lorsque la situation le requiert : Alessandro Saullo, psychiatre à Gorizia, soulignait que la désinstitutionnalisation constituait un « défi lancé à un modèle de soins fondé sur des procédures reproductibles » [101].

Les services de santé mentale de Trieste parviennent à fonctionner de manière efficace avec aussi peu de lits grâce à une approche communautaire basée sur un recours aux restrictions le plus limité possible et une prise en charge globale des besoins de la personne [68,69]. La mise en discussion des pratiques est permanente, notamment grâce aux réunions d'équipe.

Et Giovanna Del Giudice de résumer le modèle triestin en disant qu'il « ne fait rien d'autre qu'obliger les psychiatres et la psychiatrie à s'interroger, simplement à s'interroger » [42].

5 Conclusion

« Ce qui est important, c'est que nous ayons démontré que l'impossible était possible. Il y a dix, quinze, vingt ans, il était impensable qu'un asile puisse être détruit. Peut-être que les asiles seront à nouveau fermés, et peut-être encore plus fermés qu'avant, je n'en sais rien, mais quoi qu'il en soit, nous aurons démontré qu'on pouvait traiter autrement la personne folle, et ce témoignage est fondamental. » Basaglia, 1979 [8]

Le modèle triestin, aujourd'hui encore, démontre l'efficacité de services de santé mentale territoriaux, au point d'être cité en exemple par l'OMS parmi les modèles de soins psychiatriques communautaires les plus aboutis [82]. Nous espérons que cette étude contribue à rendre le témoignage du modèle triestin vivant de nos jours et qu'il garde sa force subversive et d'exemplarité dans notre modèle de soins qui peut apparaître sous certains aspects monolithique et inamovible.

Nous avons d'abord repris brièvement l'histoire des mouvements désaliénistes ayant eu cours en Europe depuis la fin du XVIII^{ème} siècle. Cela nous a permis de situer Basaglia et ses collaborateurs dans le contexte socio-historique dans lequel ils ont évolué. Cette approche nous éclaire sur le développement de la loi 180 et ses conséquences qui ont transformé le système italien pour favoriser une approche communautaire, avec une prise en charge dans le milieu de vie des patients et le développement de nombreux partenariats [43,68,69,96,108]. Ensuite, nous avons détaillé les informations collectées lors de notre étude de terrain dans le CSM de Via Gambini, à Trieste, de novembre 2019 à février 2020. Enfin, nous avons discuté les limites de notre étude et ses implications dans les débats contemporains de notre système de santé mentale en Haute-Garonne, à l'heure où le système de soins doit repenser son fonctionnement et où la Feuille de route Santé mentale 2018 du Ministère des Solidarités et de la Santé propose comme neuvième action de « développer les prises en charge ambulatoires, y compris intensives et les interventions au domicile du patient [...] » [71]. L'histoire des mouvements désaliénistes et en particulier celles de la réforme des services italiens de santé mentale met en lumière le fait qu'aucune transformation durable des systèmes psychiatriques ne peut se faire par la seule volonté des soignants ; le partenariat avec les pouvoirs publics est absolument nécessaire car, par leurs décisions, ils influent sur les réglementations et les financements du système de soins. Cela pourrait être l'occasion de modifier les pratiques des équipes de secteur, en s'appuyant sur des modèles réactifs et

flexibles tels que proposés par les équipes de Trieste ou les équipes FACT qui entendent prendre en charge les usagers autant que possible dans leur environnement et diminuer le recours à l'hospitalisation.

Il n'existe pas de modèle de soins sur mesure [8], chaque territoire doit développer l'approche communautaire qui lui conviendra et saura s'adapter à ses particularités démographiques et culturelles. Une manière de poursuivre notre étude, qui a consisté en une observation du fonctionnement d'un Centre de santé mentale à Trieste, serait d'en proposer une adaptation en Haute-Garonne puis de la mettre en œuvre afin d'en évaluer l'évolution dans notre contexte départemental.

*Vu le président
du jury le 14/03/22*

Professeur Christophe ARBUS
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
**SERVICE UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE
ET PSYCHOLOGIE MÉDICALE**
CHU TOULOUSE - 330, avenue de Grande-Bretagne
TSA 70034 - 31059 TOULOUSE CEDEX 9
N° FINISS : 31 002 507 7 - N° RPPS : 10002909538

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
De Médecine Rangueil



6 Bibliographie

- [1] Accademia della follia. About [en ligne]. s. d. [cité le 23 février 2022]. Disponible sur : <https://accademiadellafollia.wordpress.com/about/>
- [2] Azienda per i Servizi Sanitari n.1 Triestina. Deliberazione del direttore generale n. 187 del 26/03/2008 : Approvazione del regolamento delle borse di formazione – lavoro, a scopo terapeutico, dei Distretti Sanitari dell’A.S.S. n.1 Triestina. Allegato. Disponible sur : https://asugi.sanita.fvg.it/export/sites/aas1/it/amministrazione_trasparente/allegati/001_disposizioni_generali/aas1/regolamento_bfl_distretti.pdf
- [3] Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina. Decreto del direttore generale del 03/08/2020. Approvazione definitiva del Bilancio di esercizio e Rendiconto finanziario 2019 dell’ex ASUITS. Allegato. Disponible sur : https://asugi.sanita.fvg.it/export/sites/aas1/it/amministrazione_trasparente/allegati/013_bilanci/bilancio_prev_cons/2020_dcr_694.pdf
- [4] Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina. Decreto del direttore generale n. 565/2021 « Approvazione definitiva del Bilancio di esercizio e Rendiconto finanziario 2020 » - Integrazioni e modifiche. Allegato. Disponible sur : https://asugi.sanita.fvg.it/export/sites/aas1/it/amm_trasp_asugi/allegati/013_bilanci/bilancio_prev_cons/dcr_950_2021_I_parte.pdf
- [5] Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina. SSD Servizio Abilitazione, Residenzialità e Rems [en ligne]. 2020 [cité le 09 février 2022]. Disponible sur : https://asugi.sanita.fvg.it/it/strutture/direz_sanitaria/dat/dsm/ssd_serv_abilitaz_res_rems/
- [6] Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina. Residenza Esecuzione Misure di Sicurezza – REMS [en ligne]. s. d. [cité le 24 février 2022]. Disponible sur : https://asugi.sanita.fvg.it/it/strutture/direz_sanitaria/dat/dsm/ssd_serv_abilitaz_res_rems/remms/
- [7] Baldini U. Chiarugi, Vincenzo [en ligne]. 1980 [cité le 22 décembre 2021]. Disponible : https://www.treccani.it/enciclopedia/vincenzio-chiarugi_%28Dizionario-Biografico%29/
- [8] Basaglia F. *Psichiatria et démocratie*. Ramonville-Saint-Agne : Erès ; 2007.
- [9] Basaglia F. La « Comunità Terapeutica » come base di un servizio psichiatrico. Realtà e prospettive. In : *Scritti 1953-1980*. Milan : Il Saggiatore ; 2017. p271-290.
- [10] Basaglia F. Potere ed istituzionalizzazione. Dalla vita istituzionale alla vita di comunità. In : *Scritti 1953-1980*. Milan : Il Saggiatore ; 2017. p291-299.
- [11] Basaglia F. La Comunità Terapeutica e le istituzioni psichiatriche. In : *Scritti 1953-1980*. Milan : Il Saggiatore ; 2017. p507-515.
- [12] Basaglia F. Intervista su Rinascita. In : *Scritti 1953-1980*. Milan : Il Saggiatore ; 2017. p579-586.

- [13] Basaglia F. Lettera da New York. Il malato artificiale. In : *Scritti 1953-1980*. Milan : Il Saggiatore ; 2017. p587-593.
- [14] Basaglia F. La giustizia che punisce. Appunti sull'ideologia della punizione. In : *Scritti 1953-1980*. Milan : Il Saggiatore ; 2017. p663-674.
- [15] Basaglia F. Introduzione a Lo psicanalismo. In : *Scritti 1953-1980*. Milan : Il Saggiatore ; 2017. p799-802.
- [16] Basaglia F. Ideologia e pratica in tema di salute mentale. In : *Scritti 1953-1980*. Milan : Il Saggiatore; 2017. p803-809.
- [17] Basaglia F. Follia/delirio. In : *Scritti 1953-1980*. Milan : Il Saggiatore; 2017. p853-879.
- [18] Basaglia F. Prefazione a Il giardino dei gelsi. In : *Scritti 1953-1980*. Milan : Il Saggiatore ; 2017. p899-903.
- [19] Basaglia F. Che cos'è la psichiatria ?. In : *Che cos'è la psichiatria?*. Milan : Baldini Castoldi ; 2018. p23-36.
- [20] Basaglia F. La libertà comunitaria come alternativa alla regressione istituzionale. In : *Che cos'è la psichiatria?*. Milan : Baldini Castoldi ; 2018. p37-57.
- [21] Basaglia F, Ongaro Basaglia F. L'ideologia della diversità. In : *La maggioranza deviante*. Milan : Baldini Castoldi ; 2018. p15-32.
- [22] Basaglia F, Ongaro Basaglia F. Les criminels de paix. In : *Les criminels de paix*. Paris : Presses universitaires de France ; 1980. p13-110.
- [23] Basaglia F, Ongaro Basaglia F. L'impossibile strategia. In : *La maggioranza deviante*. Milan : Baldini Castoldi ; 2018. p106-134.
- [24] Basaglia F, Ongaro Basaglia F, Pirella A, Taverna S. La nave che affonda. In : *La nave che affonda*. Milan : Raffeallo Cortina Editore ; 2008. p15-141.
- [25] Camera degli Deputati – XII Commissione Affari sociali. Indagine conoscitiva sulla chiusura degli ospedali psichiatrici. Documento conclusivo. 1997. Disponibile sur : https://leg13.camera.it/_dati/leg13/lavori/bollet/199707/0716/html/12/allegato.htm
- [26] Castel R. Sur la contradiction psychiatrique. In : Basaglia F, Ongaro Basaglia F (sous la direction de). *Les criminels de paix*. Paris : Presses universitaires de France ; 1980. p161-176.
- [27] Centre hospitalier Gérard Marchant. Rapport d'activité 2019. Toulouse : Centre Hospitalier Gérard Marchant ; 2020. 91p. Disponible sur : https://www.ch-marchant.fr/automne_modules_files/pmedia/public/r36856_9_r36856_9_ra_printhd.pdf
- [28] Centro Collaboratore OMS per la formazione e ricerca in salute mentale. Il DSM quale Centro Collaboratore OMS [en ligne]. s. d. [cité le 23 février 2022]. Disponible sur : <http://www.triestementalhealth.org/il-dsm-quale-centro-collaboratore-oms/>

- [29] Clinique La Borde. La clinique et la psychothérapie institutionnelle [en ligne]. s. d. [cité le 23 décembre 2021]. Disponible sur : <http://www.cliniquedelaborde.com/la-clinique.html>
- [30] Codice penale. Article 203 – Pericolosità sociale.
- [31] Cogliati Dezza MG. Lavoro di territorio e medicina di comunità. In : Gallio G, Cogliati Dezza MG. *La città che cura. Microaree e periferie della salute*. Merano : Alphabeta Verlag ; 2018. p19-34.
- [32] Coldefy M. L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences. *Questions d'économie de la santé (IRDES)*. 2012;180(10):1-8.
- [33] Colucci M, Di Vittorio P. *Franco Basaglia. Portrait d'un psychiatre intempestif*. Ramonville-Saint-Agne : Erès ; 2018.
- [34] Colucci M. Psychiatrie et santé mentale : une querelle sans fin. *L'information psychiatrique*. 2021;97(10):845-847.
- [35] Conolly J. *The treatment of the insane without mechanical restraints*. Londres : Smith, Elder & co. ; 1856. Disponible sur : <https://archive.org/details/treatmentofinsan00cono/page/n11/mode/2up>
- [36] Cooper D. *Psychiatrie et antipsychiatrie*. Paris : Editions Points ; 1978.
- [37] Cooperativa Sociale Lavoratori Uniti Franco Basaglia Onlus. Servizi [en ligne]. s. d. [cité le 24 février 2022]. Disponible sur : <http://www.clufbasaglia.it/index.php/servizi/>
- [38] Costituzione della Repubblica italiana. Parte prima – Diritti e doveri dei cittadini. Titolo I – Rapporti civili. Art. 13. Disponible sur : <https://www.governo.it/it/costituzione-italiana/parte-prima-diritti-e-doveri-dei-cittadini/titolo-i-rapporti-civili/2844>
- [39] De Colins H. De l'Hospice de Charenton. In : Marquis de Sade. *Journal inédit*. Paris : Editions Gallimard ; 1970. p121-164.
- [40] Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994. Approvazione del progetto-obiettivo « Tutela della salute mentale 1994-1996 ». Allegato 1. Disponible sur : https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1994-04-22&atto.codiceRedazionale=094A2566&elenco30giorni=false
- [41] Decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52. Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. Disponible sur : <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legge:2014;52>
- [42] Del Giudice G. *...e tu slegalo subito. Sulla contenzione in psichiatria*. 2È édition. Merano : Alphabeta Verlag ; 2020.
- [43] Dell'Acqua P. *Non ho l'arma che uccide il leone*. Viterbo : Stampa alternativa Nuovi equilibri ; 2007.

- [44] Dell'Acqua P. Se la diagnosi non è una profezia. In : Rotelli F (a cura di). *L'istituzione inventata. Almanacco Trieste 1971-2010*. Merano : Alphabeta Verlag ; 2016. p116-121.
- [45] Dibattito avvenuto nel corso dell'incontro tra la delegazione di infermieri e amministratori dell'OPP di Colorno (Parma) e il personale sanitario, infermieri e degenti dell'OPP di Gorizia il giorno 20 dicembre 1966. In : Basaglia F (a cura di). *Che cos'è la psichiatria ?* Milan : Baldini Castoldi ; 2018. p59-101.
- [46] Dipartimento di salute mentale ASUGI. Manuale operativo del CSM 24 ore 2020. Trieste : ASUGI ; 2020. 60p. Disponibile sur : http://www.triestementalhealth.org/wp-content/uploads/2021/02/Manuale_CSM24ore_Def_WEB-1.pdf
- [47] ...E tu slegalo subito. Associazione Club SPDC no restraint [en ligne]. 2020 [cité le 09 février 2022]. Disponible sur : <http://www.slegalosubito.com/spdc/>
- [48] Foucault M. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Editions Gallimard ; 1972.
- [49] Foucault M. La maison des fous. In : Basaglia F, Ongaro Basaglia F (sous la direction de). *Les criminels de paix*. Paris : Presses universitaires de France ; 1980. p145-160.
- [50] Gallio G, Cogliati Dezza MG. *La città che cura. Microaree e periferie della salute*. Merano : Alphabeta Verlag ; 2018.
- [51] Haute Autorité de Santé. Programme pluriannuel – Psychiatrie et santé mentale 2018-2023. Paris : Haute Autorité de Santé ; 2018, mis à jour en 2020. 41p. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/programme_pluriannuel_-_psychiatrie_et_sante_mentale_2018-2023_mise_a_jour.pdf
- [52] Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Maladies – Accidents [en ligne]. 2020 [cité le 20 décembre 2021]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277745?sommaire=4318291>
- [53] Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Dossier complet Département de la Haute-Garonne [en ligne]. 2022 [cité le 16 février 2022]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-31#consulter-sommaire>
- [54] Jervis G, Schittar L. Storia e politica in psichiatria : alcune proposte di studio. In : Basaglia F (a cura di). *Che cos'è la psichiatria?*. Milan : Baldini Castoldi ; 2018. p225-263.
- [55] Jervis Comba L. C Donne: l'ultimo reparto chiuso. In : Basaglia F (a cura di). *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*. Milan : Baldini Castoldi ; 2018. p275-327.
- [56] Legge 14 febbraio 1904, n.36. Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati. Disponibile sur : http://www.cartedalegare.san.beniculturali.it/fileadmin/redazione/Materiali/1904_legge_Giolitti.pdf
- [57] Legge 18 marzo 1968, n. 431. Provvidenze per l'assistenza psichiatrica. Disponibile sur : <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1968/04/20/068U0431/sg>

- [58] Legge 13 maggio 1978, n. 180. Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori. Disponibile sur : <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/05/16/078U0180/sg>
- [59] Legge 23 dicembre 1978, n. 833. Istituzione del servizio sanitario nazionale. Disponibile sur : <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/12/28/078U0833/sg>
- [60] Legge 8 novembre 1991, n. 381. Disciplina delle cooperative sociali. Disponibile sur : <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1991/12/03/091G0410/sg>
- [61] Legge 23 dicembre 1994, n. 724. Misure di razionalizzazione della finanza pubblica. Article 3 – Ospedali. Disponibile sur : <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1994/12/30/094G0760/sg>
- [62] Legge 17 febbraio 2012, n. 9. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, recante interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri. Disponibile sur : <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2012/02/20/012G0026/sg>
- [63] Loi n°1838-7443 du 30 juin 1838 sur les aliénés. Disponible sur : <https://psychiatrie.crupa.asso.fr/1838-06-30-Loi-Esquirol-sur-les-alienes-du-30-juin-1838>
- [64] Loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000878232/>
- [65] Lopez A, Turan-Pelletier G. Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960. Tome 2. Annexes. Paris : Inspection Générales des Affaires Sociales ; 2017. 376 p. Disponible sur : https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-064R-Tome_II_annexes.pdf
- [66] Merini A. *L'altra verità. Diario di una diversa*. Milan : Rizzoli ; 2017.
- [67] Mezzina R. Voglio amore ! L'isola dell'utopia. In : Dell'Acqua P. *Non ho l'arma che uccide il leone*. Viterbo : Stampa alternativa Nuovi equilibri ; 2007. p298-306.
- [68] Mezzina R. Creating mental health services without exclusion or restraint but with open doors Trieste, Italy. *L'information psychiatrique*. 2016;92(9):747-754. [DOI : 10.1684/ipe.2016.1546.]
- [69] Mezzina R. Forty years of the Law 180: the aspirations of a great reform, its successes and continuing need. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2018;27(4):336-345 [PMID: 29506591]
- [70] Ministère de la Santé Publique et de la Population. Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. 1960. Disponible sur : http://www.psychologue-legislation.com/pdf/circulaire_15mars1960_dispensaire_hygiene_mentale.pdf
- [71] Ministère des Solidarités et de la Santé. Feuille de route santé mentale et psychiatrie. Paris : Ministères des Solidarités et de la Santé ; 2018. 31p. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf

- [72] Ministero della Giustizia. Detenuti italiani e stranieri presenti e capienze per istituto - I semestre 2010 [en ligne]. 2010 [cité le 1^{er} mars 2022]. Disponible sur : https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14_1.wp?facetNode_1=3_1_6&previousPage=mg_1_14&contentId=SST219650
- [73] Ministero della Salute. Rapporto salute mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale - Anno 2019. Rome : Ministero della Salute ; 2021. 205p. Disponible sur : https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3081_allegato.pdf
- [74] Mora, G. Vincenzo Chiarugi (1759-1820) and his Psychiatric Reform in Florence in the Late 18th Century: (On the Occasion of the Bi-centenary of his Birth). *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*. 1959;14(4):424–433.
- [75] Mora G. The 1774 ordinance for the hospitalization of the mentally ill in Tuscany: A reassessment. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*. 1975;11(3):246-256.
- [76] Ongaro Basaglia F. Prefazione. In : Basaglia F (a cura di). *Che cos'è la psichiatria?*. Milan : Baldini Castoldi ; 2018. p7-19.
- [77] Ongaro Basaglia F. Commento a Erwing Goffman. In : Basaglia F (a cura di). *Che cos'è la psichiatria?*. Milan : Baldini Castoldi ; 2018. p287-362.
- [78] Ongaro Basaglia F. Nota introduttiva. In : Basaglia F (a cura di). *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*. Milan : Baldini Castoldi ; 2018. p9-18.
- [79] Organisation Mondiale de la Santé. Mental Health Atlas France 2017. Genève : Organisation Mondiale de la Santé ; 2017. 1p. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/c?healthtopics=00f6dc0b-f46c-48b7-91d7-d7a06046c629®ionscountries=dffa7d3-3921-413b-8e4e-d99b46d98099>
- [80] Organisation Mondiale de la Santé. Mental Health Atlas Italie 2017. Genève : Organisation Mondiale de la Santé ; 2017. 1p. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/c?healthtopics=00f6dc0b-f46c-48b7-91d7-d7a06046c629®ionscountries=ffa3e620-24e6-49c8-aed5-bff039843302>
- [81] Organisation Mondiale de la Santé. The WHO special initiative for mental health (2019-2023): universal health coverage for mental health. Genève : Organisation Mondiale de la Santé ; 2019. 4p. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/310981>.
- [82] Organisation Mondiale de la Santé. Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2021. 265p. Disponible sur : https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707?search-result=true&query=Guidance+on+community+mental+health+services:+Promoting+person-centred+and+rights-based+approaches&scope=&rpp=10&sort_by=score&order=desc
- [83] Pachoud B. Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes. *L'information psychiatrique*. 2012;88(4):257-266.

- [84] Palma M. Presentazione della relazione al Parlamento 2021. Roma : Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale ; 2021. 20p. Disponibile sur : <https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/resources/cms/documents/71eda75005cfca920c4c3a7cbcb6d27e.pdf>
- [85] Palma M, De Robert D, Rossi E. Relazione al Parlamento 2021. Rome : Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale ; 2021. 360p. Disponibile sur : <https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/resources/cms/documents/de691d3ccb4647fbf72eb910e0ab79b8.pdf> et <https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/resources/cms/documents/6a4377f0a7979913a8000216856f2cb5.pdf>
- [86] Palma M, De Robert D, Rossi E. Relazione al Parlamento 2021 - Appendice. Rome : Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale ; 2021. 88p. Disponibile sur : <https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/resources/cms/documents/ed5a1c8e1e34e7a92c1c22ed4d9c4f23.pdf>
- [87] Parco San Giovanni. Gli abitanti [en ligne]. s. d. [cité le 13 février 2022]. Disponible sur : <http://www.parcodisangiovanni.it/portfolio>
- [88] Pelletier JF, Davidson L. À l'origine même de la psychiatrie comme nouvelle spécialité médicale : le partenariat Pinel-Pussin [At the very roots of psychiatry as a new medical specialty: the Pinel-Pussin partnership]. *Sante Ment Que.* 2015;40(1):19-33. [PMID 26355477]
- [89] Pirella A, Casagrande D. John Conolly, dalla filantropia alla psichiatria sociale. In : Basaglia F (a cura di). *Che cos'è la psichiatria?*. Milan : Baldini Castoldi ; 2018. p203-224.
- [90] Psichiatria Democratica. Chi siamo [en ligne]. s. d. [cité le 12 février 2022]. Disponible sur : <https://www.psichiatriademocratica.org/about-us/>
- [91] Regione Friuli Venezia Giulia. Legge regionale 31 marzo 2006, n. 27. Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale. Art. 41 – Fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine. Disponibile sur : <https://lexview-int.regione.fvg.it/FontiNormative/xml/xmlLex.aspx?anno=2006&legge=6&fx=&lista=0&lang=ita>
- [92] Regione Friuli Venezia Giulia. Legge regionale 17 dicembre 2018, n. 6. Norme fondamentali sui sistemi sanitario e sociosanitario regionali. Art. 11 – Assetto degli enti del Servizio sanitario regionale. Disponibile sur : <https://lexview-int.regione.fvg.it/FontiNormative/xml/xmlLex.aspx?anno=2018&legge=27&id=art11&fx=&lista=0>
- [93] Regione Friuli Venezia Giulia. Piano regionale salute mentale – infanzia, adolescenza ed età adulta – anni 2018-2020. Trieste : Regione Friuli Venezia Giulia ; 2018. 112p. Disponibile sur : http://mtom.regione.fvg.it/storage//2018_732/Allegato%201%20alla%20Delibera%20732-2018.pdf

- [94] Risso M. Presupposti a una psichiatria istituzionale. In : Basaglia F (a cura di). *Che cos'è la psichiatria?*. Milan : Baldini Castoldi ; 2018. p265-285.
- [95] Rotelli F. L'Istituzione Inventata. In : Dell'Acqua P. *Non ho l'arma che uccide il leone*. Viterbo : Stampa alternativa Nuovi equilibri ; 2007. p307-315.
- [96] Rotelli F (a cura di). *L'istituzione inventata. Almanacco Trieste 1971-2010*. Merano : Alfabeta Verlag ; 2016.
- [97] Ruesch J. L'inabilità sociale. Il problema del disadattamento nella società. In : Basaglia F, Ongaro Basaglia F. *La maggioranza deviante*. Milan : Baldini Castoldi ; 2018. p85-105.
- [98] Santé Publique France. Santé mentale [en ligne]. 2021 [cité le 20 décembre 2021]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale>
- [99] Saraceno B. Distorsioni del pensiero di Franco Basaglia. In : *Sulla povertà della psichiatria*. Rome : Derive Approdi ; 2017. p47-60.
- [100] Saraceno B. Edizioni Alfabeta Verlag. Presentazione online della nuova edizione del volume « e tu slegalo subito ». 5 juin 2020. Disponible sur : <https://fb.watch/a5ncuB8Fkt/>
- [101] Saullo A. Cooperativa sociale La Collina e Radio Fragola Gorizia. La desistitucionalización ayer y hoy: Análisis y Prácticas para una vida sin manicomios. 20 juin 2020. Disponible sur : https://www.youtube.com/watch?v=OnmRi0qrTWI&ab_channel=RadioFragolaGorizia
- [102] Scalia G. La ragione della follia. In : Basaglia F, Ongaro Basaglia F. *La maggioranza deviante*. Milan : Baldini Castoldi ; 2018. p145-191.
- [103] Slavich A, Jervis Comba L. Il lavoro rende liberi ? (Commento a due assemblee di comunità dell'Opsedale psichiatrico di Gorizia). In : Basaglia F (a cura di). *Che cos'è la psichiatria?*. Milan : Baldini Castoldi ; 2018. p103-202.
- [104] Toutlemonde F (sous la direction de). Les établissements de santé – édition 2020. Panoramas de la DREES. Paris : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques ; 2020. 208p. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/panoramas-de-la-drees/les-etablissements-de-sante-edition-2020>
- [105] Università degli Studi di Trieste. Laurea in Tecnica della riabilitazione psichiatrica. Obiettivi del corso [en ligne]. 2018 [cité le 11 février 2022]. Disponible sur : <https://corsi.units.it/me17/obiettivi-corso>
- [106] Vascon N (a cura di). Introduzione documentaria. In : Basaglia F (a cura di). *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*. Milan : Baldini Castoldi ; 2018. p23-139.
- [107] Veldhuizen, J.R. van, Bähler M. Manuel Flexible Assertive Community Treatment. Groningen ; 2013. 79p. [DOI: 10.13140/REG.2.1.3925.1683] Disponible sur :

<https://fact-facts.nl/wp-content/uploads/2018/07/16-02-Manuel-FACT-Francais-Final.pdf>

- [108] Venturini E (a cura di). *Il giardino dei gelsi. Dieci anni di antipsichiatria italiana*. Turin : Einaudi ; 1979.
- [109] Verdoux H. The current state of adult mental health care in France. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2007 Mar;257(2):64-70. [PMID 17131218]
- [110] Von Buelzingsloewen I. *L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*. Paris : Flammarion ; 2009.

Organisation des soins psychiatriques à Trieste : une étude observationnelle.

RESUME EN FRANÇAIS : Faisant suite aux travaux de Franco Basaglia et ses collaborateurs, la loi 180 de 1978 devait étendre à toute l'Italie un modèle de soins en santé mentale révolutionnaire presque exclusivement ambulatoire. Cette étude vise à la description des faits historiques ayant conduit à la constitution du modèle triestin. Nous avons par ailleurs observé le fonctionnement d'un Centre de santé mentale à Trieste entre novembre 2019 et février 2020. Il fonctionne 24h/24, son équipe multidisciplinaire prend en charge de nombreux aspects de la problématique des usagers grâce à une organisation réactive et une diversité de partenariats. Au-delà d'une réorganisation des soins, il a modifié en profondeur les relations soignants-usagers. Malgré le cadre législatif, ce modèle est appliqué très inégalement en Italie. Après l'avoir présenté, nous avons comparé ce modèle avec celui du secteur psychiatrique français en prenant pour comparaison l'organisation actuelle des soins en Haute-Garonne.

RESUME EN ANGLAIS : As a result of the experiments led by Franco Basaglia and his collaborators, law 180 of 1978 in Italy was supposed to extend to the whole country a revolutionary mental health care model almost exclusively based on an outpatient approach. This study's purpose is to describe the historical facts which led to the constitution of the Trieste model. In addition, we observed the functioning of a community mental health centre in Trieste between November 2019 and February 2020. It operates 24h a day, its multidisciplinary team supporting the users in a wide range of issues thanks to a reactive organization and the diversity of its partnerships. Beyond the reorganization of a healthcare system, it led to a fundamental modification of the relationship between users and professionals. Despite the legislation, this model is very unevenly implemented in Italy. Subsequently, we have compared this model to the French « psychiatric sectors » from the standpoint of the mental health care organization currently existing in Haute-Garonne.

TITRE EN ANGLAIS : The psychiatric healthcare system in Trieste : an observational study.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée en psychiatrie

MOTS-CLÉS : organisation des soins psychiatriques, Franco Basaglia, Trieste, loi 180

Université Toulouse III-Paul Sabatier, Faculté de médecine Toulouse-Purpan, 37 Allées Jules Guesde
31000 Toulouse

Directeur de thèse : Dr Tudi GOZE