

## Italie, années 70.

Les années 1970 en Italie furent des plus effervescentes. De cet enthousiasme, Marcello Tari se fait l'écho dans son livre *Autonomie*, paru en 2011. La quatrième de couverture annonce la couleur : « L'Autonomie [...] n'est pas le nom d'une organisation : il désigne un communisme "impur, qui réunit Marx et l'antipsychiatrie, la Commune de Paris et la contre-culture américaine, le dadaïsme et l'insurrectionnalisme, l'opéraïsme et le féminisme" ». Peu abordées par Tari, les questions psychiatriques et leurs branchements avec les luttes de l'époque, de la fin des années 60 à la Loi 180 dix ans plus tard, constituent un point de vue privilégié pour appréhender la période. C'est donc à une invitation au voyage dans l'Italie du Nord, sur les pas de Basaglia et de sa bande, que ce long texte nous convie.

### *Introduction : l'arrière-pays*

Dans les années 60-70, les choses s'agitent de partout en Italie. Le champ psychiatrique ne fait pas exception, et les expériences locales de lutte contre l'asile vont constituer une référence importante pour les personnes affiliées au *Réseau-Alternative à la psychiatrie*. Comment pouvait-il en être autrement ? Ces expériences avaient pour but explicite de problématiser l'accueil au sein de la communauté de personnes autrefois « internées », de promouvoir des pratiques respectueuses de la dignité et des droits des personnes en souffrance psychique et leur participation active au sein des transformations à opérer, tout en rattachant les problèmes posés par la psychiatrie aux luttes et aux mouvements de l'époque. Ses instigateurs ? Franco Basaglia évidemment. Mais aussi Franca Ongaro-Basaglia<sup>1</sup>, Agostino Pirella, Giovanni Jervis, Mario Tommasini, Antonio Slavich, Lucio Schittar, Domenico Casagrande, Vieri Marzi, Gianfranco Minguzzi, Luciano Carrino... Ses lieux ? Gorizia évidemment. Mais aussi Parme, Trieste, Reggio Emilia, Arezzo, Perugia...

Selon le mouvement italien, le premier élément dont il fallait s'occuper au sein de l'asile n'était pas tant la « maladie mentale » que la misère qui y régnait et la façon dont la société l'acceptait. C'était en mettant en crise l'institution asilaire que cette lutte politique pouvait émerger et se diffuser à l'extérieur des murs, au sein de la cité. Et c'était à partir du moment où « la souffrance de l'un [devenait] le problème de tous »<sup>2</sup>, que les pratiques de soin pouvaient se transformer. Les Italiens qui souhaitaient en finir avec les schémas asilaires devaient à la fois organiser la sortie – avec la participation des personnes directement concernées –, et à la fois démanteler des structures archaïques où les techniques disciplinaires et répressives faisaient loi. Le mouvement était double, et surtout simultané : le travail de démantèlement de l'asile « de l'intérieur » s'effectuait parallèlement à la mise sur pied d'un réseau de services dans la communauté, services qui pouvaient aussi servir de « catalyseurs et d'analyseurs de la demande psychiatrique au niveau de la cité, en faisant barrage aux nouvelles entrées »<sup>3</sup>. Ce principe de « simultanéité » de l'action a été pour les Italiens une manière de trouver une solution partielle aux polémiques qui agitaient le mouvement concernant le travail qu'il fallait effectuer en premier lieu, à savoir attaquer l'asile *de l'intérieur* en

---

1 Franca Ongaro-Basaglia, trop souvent oubliée par l'historiographie, a participé depuis le début à l'expérience de la désinstitutionnalisation italienne et y a joué un rôle considérable, en tant qu'écrivaine et militante, au côté de son mari Franco Basaglia.

2 « Interview de Franco Basaglia », in Mony Elkaim (coord.), *Réseau-Alternative à la psychiatrie. Collectif international*, Union générale d'éditions, 1977, p. 157.

3 Pierangelo di Vittorio, Mario Colucci, *Basaglia. Portrait d'un psychiatre intempestif*, Éres, 2005, p. 169.

le démantelant (comme à Gorizia, Arezzo ou Varese) ou bien le vider *de l'extérieur* en créant un réseau de services dans la ville (comme à Reggio Emilia ou Perraugia)<sup>4</sup>.

Ce n'est pas un hasard si les luttes contre l'asile furent si puissantes dans l'Italie des années 1970. Quels étaient les ingrédients dont la chimie produisait cet arrière-pays si spécifique ?

1) L'autonomie d'action des administrations provinciales en matière de santé mentale, facilitant localement l'éclosion d'expériences « alternatives ».

2) L'absence d'« État social » à la française, faisant dire à Giovanni Jervis de l'État italien qu'il était « faible » – ou plutôt « faible avec les forts et fort avec les faibles »<sup>5</sup>.

3) Le climat pré-révolutionnaire. « Mai rampant » ; mouvement insurrectionnel de l'Autonomie italienne ; désir d'autonomie politique vis-à-vis de toutes représentations syndicales, partisans ou parlementaires ; actions révolutionnaires depuis les comités et les mouvements sociaux de base... Les luttes étudiantes et ouvrières italiennes des années 70 « ont transformé en objectifs concrets les slogans idéologiques de 1968 »<sup>6</sup> et se sont appropriées à leur tour les luttes pour la santé et pour les réformes psychiatriques. Dans le même ordre d'idée, il existait un lien évident entre les critiques de l'asile et les enquêtes menées de façon autonome par les ouvriers sur leurs conditions de santé à l'usine contre le monopole de la médecine du travail. L'empirisme des jeunes psychiatres arrivés à Gorizia dans les années 60 s'est ainsi branché sur les luttes politiques et sociales qui agitaient la péninsule<sup>7</sup>.

4) L'importance des communistes au sein de la Résistance italienne pendant la Deuxième Guerre mondiale, désormais au pouvoir dans certaines villes. Souvenir de Mario Tommasini à Parme, lorsqu'il compare la « prise d'assaut d'une prison avec des camarades partisans pour libérer les condamnés »<sup>8</sup> pendant la guerre à la destruction des murs de l'asile après-guerre.

5) L'archaïsme de l'organisation des soins psychiatriques et de l'élaboration théorique. Symbole de ce retard, les asiles sont dans un état désastreux, n'ayant pas connu comme en France de mouvement de réforme après la Deuxième Guerre mondiale<sup>9</sup>. Guattari insistait là-dessus en

---

4 Mario Colucci, Pierangelo di Vittorio, « Le 68 de la psychiatrie italienne : l'effet Basaglia », in *Cahiers d'histoire. Revue d'histoire critique*, 107, 2009, 37-44. Il n'est pas interdit de penser toutefois que la primauté parfois donnée à la lutte anti-asilaire a pu éluder certains aspects des pratiques de soin. C'est par exemple ce qu'avance Sylvana Montagano dans une discussion ayant eu lieu en 1987, soit dix ans après le vote de la Loi 180. À propos de l'actualité du travail psychiatrique en Italie, elle dira : « [...] je pense qu'il y a le problème de l'asile et des gens de l'asile qu'on ne sait pas où placer et avec qui on doit faire un certain travail avant de les sortir de l'hôpital pour qu'ils puissent être réintégrés dans la vie normale. Il y a le problème de la crise en elle-même qui parfois est sociale, c'est-à-dire qu'il y a des aspects sociaux qui sont prévalents. Mais parfois la crise n'est pas strictement sociale, c'est la crise d'un individu par rapport à lui-même, par rapport à sa famille. Au moment où il fallait détruire des choses qui étaient là depuis des siècles, il fallait viser surtout l'asile parce que l'asile c'était l'élément le plus saillant de tout le problème. Mais il n'est pas le seul élément. Et je pense qu'il y a une erreur de méthode qui est explicable par la lutte, on doit choisir des slogans, on ne peut pas articuler toutes les demandes. » Mony Elkaïm (coord.), *Les pratiques de réseau. Santé mentale et contexte social*, Les Éditions ESF, 1987, p. 121.

5 Robert Castel, Mony Elkaïm, Félix Guattari, Giovanni Jervis, « L'alternative politique face aux techniques », in Mony Elkaïm (coord.), *op. cit.*, p. 105.

6 « Intervention de Gianfranco Minguzzi » *Ibid.*, p. 130.

7 Roger Gentis, *La psychiatrie, ça sert à quoi au juste ? Chroniques de La Quinzaine*, Érès, 2010, p. 145.

8 Marine Zecca, « En rencontrant Mario Tommasini », in Mony Elkaïm, *op. cit.*, pp. 161-174. Dans le même ordre d'idée, Franco Basaglia a passé six mois en prison lors de ses années d'étude en 1943 du fait de ses fréquentations antifascistes. Cette expérience lui rendit impensable d'assumer le poste de directeur de l'asile psychiatrique de Gorizia sans transformer de fond en comble son rôle.

9 Voir notamment à ce propos le début du texte de Franco Basaglia, « Les institutions de la violence » in Franco Basaglia, *L'institution en négation*, Éditions Arkhé, 2012, pp. 123-159.

1975 : « Ce n'est sans doute pas un hasard si c'est dans des pays où la situation des hôpitaux psychiatriques était la plus arriérée (les ghettos de New-York, l'Italie, l'Espagne, etc.) [...] [qu'est] apparue cette nouvelle alternative militante à la psychiatrie »<sup>10</sup>.

Pendant vingt ans, les tentatives vont se multiplier, s'approfondir et transformer radicalement le panorama de la pratique psychiatrique en Italie. Ce texte se contentera de décrire succinctement celles de Gorizia, de Reggio Emilia, de Parme ou de Trieste. Il ne se réclame donc d'aucune exhaustivité. Ces expériences sont en effet autrement plus complexes que ce qu'on peut leur faire dire cinquante ans plus tard. Un tel texte peut décrire certains faits, faire ressentir une « ambiance », contribuer à historiciser et recontextualiser une lutte et des pratiques, mais il se base sur les seuls témoignages de psychiatres, d'acteurs et d'actrices de l'époque et de chercheurs ayant travaillé la question à partir des années 80. Ce faisant, il passe inévitablement sous silence les impasses, les désaccords et les échecs que chaque expérience produit nécessairement. Nous saurions donc gré aux lecteurs de garder à l'esprit que ce texte ne prétend pas imposer une quelconque vérité des pratiques psychiatriques à un moment donné de l'histoire. Si ces propositions disposent d'un réel intérêt pratique, théorique et historique, c'est davantage en ce qu'elles nous permettent de penser et de tenter ici et maintenant. En effet, si elles ont débouché sur des réalisations concrètes - bien que minoritaires -, ces pratiques ont souvent été permises par des conditions politiques, sociales et économiques particulières liées à leur territoire. Il ne s'agit donc pas d'ériger des modèles mais de se servir de ces expériences comme des « opérateurs », des boîtes à outils au sein desquels puiser pour réfléchir et, éventuellement, agir quotidiennement sur le terrain<sup>11</sup>. Nous plaçant dans une démarche socio-historique des formes d'organisation, nous avons peu évoqué les divergences en termes d'approche clinique, ce qui est aussi une des limites du présent texte.

Il importe également de préciser que les expériences italiennes des années 70 sont bien plus nombreuses que ce que nous donnerons à lire ici. Arezzo, Ferrare, Florence, Perrugia, Terni, Naples... Toutes prenaient soin de répondre à des problématiques locales, sans jamais négliger la lutte contre l'appareil et les mentalités asilaires. Il s'agissait donc de tenir compte des spécificités du territoire, sans forcément rêver la constitution de modèles reproductibles, de se confronter en premier lieu au réel, en quelque sorte. Les expériences menées en Italie ont été pour nombre de psychiatres italiens des occasions originales de combiner réflexion théorique et expérimentation pratique, sans que la première ne vienne directement produire la seconde<sup>12</sup>.

---

10 Soucieux de créer des alliances entre les pratiques minoritaires de psychiatrie « alternative » et les mouvements sociaux plus généraux, il poursuivra : « S'il est vrai que les solutions des problèmes psychiatriques sont politiques avant d'être techniques, il n'y a pas lieu de s'étonner que ce soit dans des situations révolutionnaires ou pré-révolutionnaires qu'elles se dessinent le plus nettement. » Félix Guattari, « Le Réseau : « Alternative à la psychiatrie », in Mony Elkaim (coord.), *op. cit.*, p. 34.

11 Comme le montre Héloïse Haliday dans sa thèse soutenue en 2019 *Qui prend soin du réseau ? Essai d'actualisation du paradigme de la psychothérapie institutionnelle dans le système de santé mentale français*, « la tentative de découvrir la vérité des réalisations psychiatriques française, italienne et anglaise risquerait en effet de s'achever sur un constat tout aussi vrai qu'il est désespérant : le secteur français a partiellement échoué sauf dans quelques endroits privilégiés, les communautés anglaises relèvent du domaine privé et associatif sauf dans quelques endroits privilégiés, le *Mental Health Act* américain a longtemps laissé croupir les ex-patients dans des institutions maltraitantes, sauf quelques privilégiés, la réforme psychiatrique italienne a fait bondir le nombre de lits d'hospitalisation privés sauf dans quelques régions privilégiées, et la psychothérapie institutionnelle ne s'est pratiquée que dans quelques endroits privilégiés ».

12 On peut ici s'en référer à Deleuze, qui, au détour d'une discussion avec Foucault, réaffirme l'entremêlement entre ces deux notions : « La pratique est un ensemble de relais d'un point théorique à un autre, et la théorie, un relais d'une pratique à une autre. Aucune théorie ne peut se développer sans rencontrer une espèce de mur et il faut la pratique pour percer le mur. » Gilles Deleuze, « Les intellectuels et le pouvoir », entretien avec Michel Foucault, paru pour la première fois dans *l'Arc*, n° 49, 2<sup>e</sup> trimestre 1972 ; repris dans Michel Foucault, *Dits et écrits*, vol. I, p. 1174.

## ***Psichiatria Democratica : une tentative de fédération des expériences de psychiatrie alternative italienne***

Dès le début des années 70, toutes ces tentatives vont être « fédérées » au sein de *Psichiatria Democratica*<sup>13</sup>, dont l'idée remonte à la fin des années 50. Basaglia, Pirella et quelques autres jeunes psychiatres voulaient alors créer une section nationale de psychopathologie dans le cadre de la Société Italienne de Psychiatrie. Idée rejetée par les professeurs : trop « révolutionnaire » à leur goût. La plupart des jeunes médecins partit pour Gorizia où l'aventure italienne commença. C'est quelques années plus tard, en 1973, et majoritairement à l'initiative de celles et ceux qui travaillaient à Gorizia, que *Psichiatria Democratica* vit le jour. Malgré des différences de positions face aux problèmes concrets qui se posaient localement, ses composantes effectuèrent un intense travail : multiples réunions avec la population, conférences de presse et discussions sur invitation des syndicats, des conseils d'usines, des comités de quartier, des maisons de jeunes, des centres sociaux pour diffuser la lutte contre l'asile et promouvoir des pratiques différentes d'accueil et de soutien au sein de la communauté<sup>14</sup>. Ce travail de communication fut d'ailleurs l'un des enjeux importants de la lutte anti-asilaire menée en Italie. Des émissions de radio, des films<sup>15</sup> ou des journaux furent ainsi produits afin de permettre aux personnes hospitalisées et aux soignants de délivrer une série de messages à l'extérieur pour exposer les problèmes posés par la persistance de l'asile et des logiques d'exclusion sociale. Une revue - *Fogli di Informazione* - imprimée à quatre ou cinq mille exemplaires, fut créée. En 1980, *Psichiatria Democratica* comptait près de deux mille adhérents et quarante groupes locaux. Cette fédération agissait principalement à deux niveaux : d'un côté, elle apportait un appui et aidait à l'organisation et à la sortie de l'isolement des micro-mouvements locaux de lutte contre l'asile qui fleurissaient à l'époque. De l'autre, elle fut l'une des instigatrices de la Loi 180 de 1978 qui imposa le démantèlement progressif des asiles – même s'il faut préciser que Basaglia ne se reconnut jamais totalement dans cette loi.

La grande force du mouvement italien est d'avoir su créer, à partir des questions de santé mentale, des alliances avec d'autres luttes et d'autres forces politiques telles que le mouvement ouvrier, certains syndicats, certains partis politiques ou certaines coopératives. Les alliances répondaient à un objectif pratique : celui de trouver dans la communauté un accueil possible pour celles et ceux qui quittaient les asiles. Puisqu'il ne faut pas confondre « libération » avec « abandon », problématiser le soin à l'intérieur de la ville obligeait à instaurer, dans le cas de l'expérience italienne, des « centres de santé mentale » dans la cité qui n'auraient plus l'hôpital pour centre de gravité. Mais cela impliquait également une nécessaire coopération avec des groupes hétérogènes, allant des mouvements extra-syndicaux et extra-partis politiques, à l'aile progressiste de la magistrature (*Magistratura Democratica*), en passant par la collaboration avec des municipalités, des syndicats, de collectifs divers ; une solidarité concrète, des pratiques d'entraide et un accueil le plus large possible dans la ville, au sein des dynamiques communautaires, au plus loin des pratiques asilaires. Il fallait ainsi se préoccuper de tout ce dont on ne se souciait pas quand on enfermait les « malades » : trouver avec eux un logement<sup>16</sup>, un travail (généralement dans des petites unités de

---

13 Appelé ainsi en référence au mouvement de juristes *Magistratura Democratica*.

14 On peut toutefois regretter que *Psichiatria Democratica*, malgré une forte volonté d'ouverture, soit restée une organisation quelque peu élitiste composée principalement de psychiatres. Elle n'arrivera pas – ou peu – à inclure d'autres travailleurs (dont des infirmiers) et des usagers des services de santé mentale. Michel Legrand, *La psychiatrie alternative italienne*, Éditions Privat, 1988, p. 74.

15 Dont l'un des plus connus est le film *Fous à délier* (1975) de Marco Bellocchio sur l'expérience de Parme. Sur Gorizia, voir le petit documentaire de Sergio Zavolli, *Les jardins d'Abel* sorti en 1968.

16 La difficulté de trouver un hébergement aux personnes sorties de l'asile ne pouvant pas être accueillies chez leur

production artisanales ou dans des coopératives de travailleurs), mais aussi une amicalité, des liens, des échanges qui passaient par la circulation et l'accueil des anciens « psychiatisés » parmi les communautés militantes, les sections syndicales, les comités de quartier ou de locataires. Ce qui impliquait effectivement un travail de réseau et de maillage conséquent avec le « dehors » – qui n'était d'un seul coup plus compris comme tel, puisqu'il n'y avait plus de présence quotidienne dans un « dedans ». La remise en cause de l'institution asilaire s'accompagnait ainsi d'un mouvement plus global qui prenait en compte les réalités concrètes que rencontraient les personnes sorties de l'hôpital : « Le travail qu'il ne trouve pas, le milieu qui le rejette, les circonstances qui, au lieu de l'aider à se réinsérer, le poussent peu à peu vers les murs de l'hôpital psychiatrique »<sup>17</sup>. Dans les régions où *Psichiatria Democratica* était bien implanté, de nombreuses victoires furent obtenues sur le plan du logement, du transport ou des systèmes médicaux, grâce aux liens tissés avec un territoire et ses forces vives. Il importait de permettre que les personnes en souffrance puissent trouver au sein de la population et des organisations syndicales, culturelles ou communautaires l'aide affective et le soutien dont elles avaient besoin. Il s'agissait donc, conformément aux idées de Lucien Bonnafé, de mobiliser les ressources populaires, de s'appuyer sur le « potentiel soignant » du peuple : dé-spécialiser la psychiatrie en sensibilisant la communauté, en créant des lieux d'accueil dans la ville, en se branchant avec d'autres espaces ou d'autres luttes. De faire en sorte qu'entre la « folie » et la communauté émerge une « nouvelle forme de convivance »<sup>18</sup>. Le pari italien a donc pour enjeu le tissu social qui pourrait assumer un tel accueil. C'est pourquoi, pour Basaglia, le dépassement des asiles ne peut être effectif qu'à condition que « dans le territoire, qui n'est pas métaphysique, se développent les nécessaires processus de participation, d'agrégation »<sup>19</sup>. Ce qui implique une « trame communautaire », un cadre collectif propice aux rencontres et aux socialités nouvelles, une certaine forme de vie collective et partagée, des pratiques d'entraide et de liens de solidarité à activer ou à renouer au sein de la communauté – par le « travail en réseau »<sup>20</sup> par exemple, comme il fut réalisé à Reggio Emilia.

Luciano Carrino, lors d'un colloque sur Franco Basaglia et Lucien Bonnafé organisé en 2011, exposait ainsi les enjeux de l'époque :

Nos amis, quant à eux, considéraient que nous nous livrions à de l'assistance sociale plutôt qu'à de la psychiatrie. Ils nous reprochaient de nous occuper de la vie quotidienne des malades, alors que la psychiatrie, selon eux, était d'une autre nature, bien plus noble, ils utilisaient le terme *hard*. [...] La plongée dans les territoires impliquait effectivement de s'occuper non seulement de la condition des malades, mais aussi de leur famille, de leur logement, de leurs moyens de subsistance, de leur situation vis-à-vis de la bureaucratie. L'asile éludait cet ensemble d'enjeux dont la prise en compte exigeait de nous, psychiatres, des compétences et des expertises qui n'étaient pas les nôtres. Cela nous renvoyait aux critiques de ceux qui prétendaient que le travail des psychiatres se limitait à la gestion de l'équilibre intrapsychique des malades, le reste relevant de l'assistance sociale, voire de l'infirmière. Or selon nous, cet équilibre

---

famille a bien été mis en lumière par Sylvana Montanago dans la discussion collective qui conclue le livre *Les pratiques de réseau. Santé mentale et contexte social* sorti en 1987 et dirigé par Mony Elkaïm. Cette difficulté a été également exacerbée par la crise du logement qui touchait toute l'Italie dans les années 1980.

17 Franco Basaglia, *op. cit.*, p. 141.

18 Michel Legrand, *op. cit.*, p. 315.

19 *Ibid.*, p. 315.

20 Très succinctement, les « pratiques en réseau » consistent à faire se réunir autour d'une personne en difficulté toutes les personnes de son entourage pour penser et mettre en place un accompagnement collectif du mal-être.

dépendait également, pour une large part, de facteurs matériels. [...] Ces derniers [les psychiatres traditionnels] défendaient l'idée selon laquelle le psychiatre travaille avec le monde symbolique, sans nier l'importance des aspects matériels, mais sans toutefois les prendre directement en charge [...] Le travail, la maison, la vie dans le quartier ont-ils une valeur symbolique ? Un aspect supplémentaire de l'héritage de Bonnafé et Basaglia est donc la nécessité de refuser de croire à l'idéologie des sciences, notamment psychiatriques. Il s'agit de rompre cette spécialisation présumée, apparue longtemps comme la seule clé de la compétence, pour introduire dans notre savoir des variables qui avaient artificiellement été exclues.<sup>21</sup>

### ***Pratiques de transformation et rapports aux savoirs***

Il s'agissait, comme le dira Franco Basaglia lors de ses conférences données au Brésil à la fin des années 70, d'une pratique quotidienne et d'un travail sur le terrain qui réussit à faire se « propager une culture »<sup>22</sup> dans la société entière.

Si le sociotropisme des italiens a pu être monté en épingle et caricaturé, bien souvent par manque d'informations ou par des jugements hâtifs, il ne s'agit pas dans ce texte d'alimenter la polémique. Nous dirons simplement que les Italiens n'ont jamais nié la réalité de la « souffrance psychique ». Ils ne lui ont pas non plus attribué exclusivement une cause sociale ou politique. Basaglia disait que, si on voulait nommer le mouvement italien par la négative et définir ce qu'était l'« antipsychiatrie », il aurait fallu parler d'« anti-spécialisme »<sup>23</sup>. Propos appuyés par Sergio Piro, qui mit en place des expériences alternatives à Naples : « On nous attribue d'avoir nié la maladie mentale : cette affirmation doit être démentie radicalement pour toujours »<sup>24</sup>. Il s'agit plutôt de dire que, si la « maladie mentale » est une réalité, un vécu de souffrance, elle n'en constitue pas moins une catégorie souvent réifiante<sup>25</sup>. On peut ajouter à cela la méfiance de Basaglia envers certains énoncés de l'antipsychiatrie anglaise, comme le montre Mario Colucci dans un article paru en 2005.

Pour Basaglia comme pour Foucault, c'est une des raisons de dissension par rapport à l'antipsychiatrie anglaise : camper sur des positions libertaires, parfois velléitaires et

---

21 Luciano Carrino, extrait des actes du Colloque du 22 septembre 2011 dans le cadre des Rencontres Européennes avec le Futur Composé « Culture et Psychiatrie ».

22 « Le problème de la santé a commencé à émerger grâce à l'action de mouvements de pression extra-syndicaux et extra-partis politiques. Un de ceux-ci a été le mouvement qui a investi la psychiatrie [*Psichiatria Democratica*]. L'action pratique que nous avons développée en vue de la transformation institutionnelle de la psychiatrie a joué un rôle important en tant qu'elle a permis, en Italie, une prise de responsabilité de la part des partis de gauche et des syndicats quant aux questions relatives à la santé. [...] C'est un processus qui a parcouru depuis le bas de l'organisation sociale, polarisant autour de ses contenus et visiblement autour des expériences de transformation, une zone, un mouvement qui, *en se propageant comme pratique, a pu propager comme culture*, la critique de l'asile en tant qu'institution et en tant qu'idéologie. » Mario Colucci, Pierangelo di Vittorio, *op. cit.*, p. 165.

23 Franco Basaglia, *L'institution en négation*, p. 21. Basaglia ne s'est d'ailleurs jamais réclamé de l'antipsychiatrie. Répondant à Jacques Adout en 1977 lors du troisième congrès du *Réseau-Alternative à la psychiatrie* à Trieste, Basaglia dira : « Je suis psychiatre. C'est ma qualification. Je ne refuse pas mon rôle de psychiatre. Je ne suis pas un antipsychiatre, parce que cela ne veut rien dire. Se déclarer antipsychiatre, c'est encore une fois une manière d'être un personnage, d'avoir un rôle. Je préfère le rôle de psychiatre, comme celui d'une personne qui aide les gens, qui produit un travail pour répondre à la souffrance ». Jacques Adout, *Les raisons de la folie. Une enquête de Radio Suisse romande*, Flammarion, 1979. Dans le même ordre d'idée, nous pourrions signaler le livre de Giovanni Jervis, intitulé *Le mythe de l'antipsychiatrie*, traduit en France en 1976 et qui s'attache entre autres à remettre en cause certaines propositions de l'antipsychiatrie anglaise.

24 Michel Legrand, *op. cit.*, p. 309.

25 *Ibid.*

stérilement antiscientifiques, en dehors de la contradiction institutionnelle, plutôt que de prendre position au cœur de sa dialectique, sont des positions qui finalement n'arrivent pas à peser concrètement sur les pratiques spécifiques et sur les politiques générales de la psychiatrie.<sup>26</sup>

Deux passages de *Qu'est-ce que la psychiatrie ?*, livre de Basaglia lui-même, viennent appuyer le propos.

Le malade est la seule réalité à laquelle il faille se référer ; mais cette réalité a deux faces, et il faut les affronter en même temps, car le malade est un malade – avec la problématique psychopathologique [...] que cela implique – mais aussi un exclu, objet de la stigmatisation sociale.

Le plan sur lequel se pose la psychiatrie est donc, avant tout, un plan humain et social. Celui-ci demande un type d'approche du malade qui – en tenant toujours compte de l'efficacité des traitements biologiques – indique que l'on se trouve devant un homme et non devant une maladie à laquelle on fait correspondre des symptômes, une catégorie que l'on enferme ou une monstruosité que l'on éloigne.<sup>27</sup>

Basaglia ne nie pas la folie. Il pense seulement que ses conséquences « diffèrent selon le type d'approche qu'on instaure avec elle »<sup>28</sup>. La maladie revêt pour Basaglia une signification différente selon le niveau social de la personne concernée. Dans ce contexte, la « relation institutionnelle » (c'est le nom que prend pour lui l'internement psychiatrique) est définie comme cette relation où « le pur pouvoir du médecin augmente aussi vertigineusement [...] que diminue le pouvoir du malade » et où il n'y a aucune réciprocité entre les deux. L'interné est un homme sans droit, soumis à l'arbitraire des « délégués de la société [...] qui l'a éloigné et exclu »<sup>29</sup>. Mais ce pouvoir ne s'abat pas sur tous les malades de la même façon, il est moins lié à la maladie qu'à des conditions extérieures. Il ne concerne en effet que les personnes qui n'ont, du fait de leur situation sociale et économique, qu'une seule option à l'époque asilaire : l'hôpital psychiatrique.

Un schizophrène riche, hospitalisé dans une clinique privée, n'aura pas le même diagnostic qu'un schizophrène pauvre, interné d'office dans un hôpital psychiatrique. Ce qui caractérise l'hospitalisation du premier, ce n'est pas seulement qu'elle lui évite d'être automatiquement étiqueté comme malade mental « dangereux pour lui-même et pour les autres, objet de scandale public », c'est que le type d'hospitalisation dont il bénéficie le gardera d'être déshistoricisé, coupé de sa réalité. En effet, l'hospitalisation « privée » n'interrompt pas toujours la continuité de l'existence du malade, ni ne réduit ou n'abolit de façon irréversible son rôle social. Aussi lui sera-t-il facile, la période critique une fois surmontée, de se réinsérer dans la société.<sup>30</sup>

---

26 Mario Colucci, « Hystériques, internés, hommes infâmes : Michel Foucault et la résistance au pouvoir », in *Revue Sud/Nord* 2005/1 n°20, pp. 123-145. Sur les liens entre Basaglia et Foucault, voir le livre de Pierangelo di Vittorio, *Foucault e Basaglia. L'incontro tra genealogie e movimenti di base* sorti en 1999.

27 Franco Basaglia, *Qu'est-ce que la psychiatrie ?*, PUF, 1977.

28 Franco Basaglia, *op. cit.*, p. 131.

29 *Ibid.*, p. 132.

30 *Ibid.*, p. 133.

Avant d'être un « malade », l'interné est un homme sans pouvoir social et économique : la condition de « malade » n'est pas un *donné* mais un *produit*. Censée revêtir une fonction thérapeutique, la structure asilaire apparaît dès lors comme un espace d'objectivation et de légitimation des structures sociales, et, partant, de ségrégation et d'exclusion<sup>31</sup>. C'est pour cela qu'à Gorizia, à Parme ou à Trieste, il n'a jamais été question de nier la maladie, mais « d'éviter que, du fait de son étiquette, l'homme ne soit réduit à la seule image que la science et l'institution avaient produite de lui »<sup>32</sup>. Il s'agit par conséquent de problématiser les relations de pouvoir qu'engendre inévitablement le rapport entre « soignant » et « soigné », « professionnel » et « usager ». C'est d'ailleurs pour Foucault l'avancée majeure des mouvements antipsychiatriques : la remise en cause des excès du pouvoir psychiatrique. Ces mouvements sont bien antérieurs aux années 60-70. Ils ont débuté, au sein même des asiles, dès le XIX<sup>e</sup> siècle et la constitution d'une psychiatrie « aliéniste ». Liminairement, on peut considérer que l'histoire de l'antipsychiatrie est surtout celle des « résistances, des contre-conduites et de la prise de parole des femmes et des hommes "infâmes" qui ont contesté le pouvoir psychiatrique depuis sa naissance », formes de résistance qui n'ont bien souvent jamais franchi les murs de l'asile<sup>33</sup>. À condition de considérer le pouvoir à la fois comme processus de répression et d'oppression des droits de l'individu, mais aussi, pour reprendre des thèmes chers à Foucault, comme « procédure d'individualisation », comme ce qui vient produire un discours de vérité – ici sur la maladie.

Le travail se situe dès lors dans le fait de déjouer les relations de pouvoir en privilégiant les espaces de réciprocité dans la construction des savoirs. Faire en sorte que le « savoir des gens »<sup>34</sup> puisse exister, s'élaborer, se faire entendre et ainsi transformer les pratiques, que ces savoirs « situés » puissent acquérir une certaine légitimité, être accueillis sans volonté première de devoir les expliquer ou les interpréter. Agostino Pirella :

Il me semble que le discours a trait au rapport entre pouvoir et savoir. Nous, nous avons remis en question le problème du pouvoir et nous avons montré qu'une plus grande connaissance psychiatrique ne faisait que confirmer la position du déchiffreur du sens. Pour le psychiatre, il ne s'agit pas de savoir toujours plus mais d'utiliser son pouvoir de manière alternative, c'est-à-dire d'ouvrir des espaces au savoir des autres.<sup>35</sup>

En sus, ne pas rabattre sur l'individu ses troubles psychiques impliquait de prendre au sérieux la question de leurs multi-dimensionnalités, et donc considérer les dimensions micro et

31 Luigi Onnis, « Franco Basaglia : 25 ans après, encore précurseur ? » in *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2002/2 n°29, p. 257-263.

32 Mario Colucci, « Le scandale Basaglia », in *Sud/Nord* 2010/1 n°25, p. 27-37.

33 Pierangelo di Vittorio, « Oublier l'antipsychiatrie ? » in Jean Arveiller (dir.), *Psychiatries dans l'histoire*, Caen, PUC, 2008, p. 313-322.

34 L'expression est de Foucault. Selon lui, les années 70, marquées par une forte crise de la gouvernementalité, par une indiscipline généralisée dans les écoles, les usines, les asiles et au sein même du foyer, ont vu l'émergence d'un ensemble de « savoirs assujettis », véritable insurrection qui a mis en crise les savoirs dominants, molaires, scientifiques. « Par "savoirs assujettis", j'entends également toute une série de savoirs qui se trouvaient être disqualifiés comme savoirs non conceptuels, comme savoirs insuffisamment élaborés, savoirs naïfs, savoirs hiérarchiquement inférieurs, savoirs au-dessous du niveau de la connaissance ou de la scientificité requise. Et c'est la réapparition de ces savoirs d'en dessous, de ces savoirs non qualifiés, de ces savoirs même disqualifiés, c'est par la réapparition de ces savoirs : celui du psychiatrisé, celui du malade, celui de l'infirmier, celui du médecin, mais parallèle et marginal par rapport au savoir médical, c'est ce savoir que j'appellerais le "savoirs des gens", et qui n'est pas du tout un savoir commun, un bon sens, mais, au contraire, un savoir particulier, un savoir local, un savoir différentiel, incapable d'unanimité et qui ne doit sa force qu'au tranchant qu'il oppose à tous ceux qui l'entourent ; c'est par la réapparition de ces savoirs locaux des gens, de ces savoirs disqualifiés que s'est faite la critique. » Michel Foucault, cours au Collège de France du 7 janvier 1976, disponible en ligne.

35 Mario Colucci, *op. cit.*



macrosociologiques – voire politiques – à l’œuvre dans les rapports à la folie et prendre en compte ce qu’on appellerait aujourd’hui les « déterminants sociaux » de la santé : comment l’environnement social, les conditions matérielles pèsent sur les existences individuelles ? Mais aussi, en quoi l’action sociale et politique d’un lieu ou d’un réseau de personnes peut-elle participer à l’émancipation et à l’amélioration de la santé mentale des personnes qui participent à la vie de ces lieux et réseaux ? La souffrance doit être appréhendée dans le cadre de la société dans laquelle elle apparaît. Cela implique de prendre au sérieux les problèmes sociaux et politiques dans la manière dont les personnes en souffrance peuvent être soutenues.

La lutte anti-institutionnelle italienne a fait émerger un savoir-faire pratique né dans le quotidien d’un asile ordinaire, savoir-faire qui a su prendre en compte et accueillir la parole et le vécu des personnes qui y étaient « internées »<sup>36</sup>. Un savoir-faire qui s’est aussi inscrit dans un patrimoine collectif, se diffusant dans une grande partie de la population et amenant la communauté à en discuter concrètement. Un problème et un milieu spécifiques ont permis de remettre en question plus globalement les dispositifs de pouvoir qui réglaient la participation et l’exclusion sociale. C’est l’époque des « intellectuels spécifiques », pour reprendre l’expression de Foucault à la création du GIP (Groupe d’information sur les prisons), techniciens du savoir pratique qui se placent aux côtés des communautés marginalisées et qui ne parlent donc plus « au nom de l’universel », d’abstractions ou de théories surplombantes. Dès lors, « l’action politique devient une lutte au niveau du "particulier" de la société, de la "micro-physique" du pouvoir »<sup>37</sup>. L’« intellectuel spécifique » remet radicalement en cause la fonction de « représentation » de l’intellectuel, la personnalisation des luttes et la posture surplombante du sachant, pour faire preuve de d’avantage de pragmatisme. Avec lui, il n’y a ni totalisation ni absolu. L’enjeu est de mettre son expertise au service de luttes réelles, matérielles et quotidiennes, et ce dans des espaces limités (l’école, l’asile, la prison, l’université, l’atelier).

Mais, puisqu’il s’agit de recontextualiser ces expériences et de tenir compte des singularités locales, essayons d’entrer dans le vif du sujet en décrivant la trajectoire basaglienne, l’un des principaux promoteurs de cette histoire.

### ***O Gorizia, tu sei maledetta***

1961. Basaglia, empreint de psychiatrie phénoménologique et d’existentialisme, renonce à une prestigieuse carrière universitaire. Il devient directeur au sein de l’asile de Gorizia : une « immense porcherie », dira-t-il<sup>38</sup>. Hôpital psychiatrique tout ce qu’il y a de plus classique en Italie : un lieu d’enfermement aux structures archaïques. Peu de choses ont changé depuis la grande période de l’aliénisme. Le psychiatre détient les pleins pouvoirs, et son règne s’apparente à celui du roi d’une « île de damnés », roi d’un lieu obscur où l’on enferme la lie de la société. En Italie, les cliniques psychiatriques universitaires, fondées dans la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, n’ont pas modifié les structures asilaires. Les deux se sont développées en parallèle : les cliniques recevant les « cas dignes d’intérêt scientifique » ; les asiles enfermant les malades « dangereux pour l’ordre public ».

---

<sup>36</sup> Comme le montrent Di Vittorio et Colucci, « on pourrait aisément montrer comment le discours de Basaglia est, en effet, une sorte d’amplification critique du savoir des internés ». Basaglia ne les considère pas uniquement comme témoignages mais aussi comme discours politiques, qui auront des répercussions réelles sur l’évolution de sa pensée. Mario Colucci, Pierangelo di Vittorio, *op. cit.*, p. 128.

<sup>37</sup> *Ibid.*, p. 153.

<sup>38</sup> *Ibid.*, p. 17.

C'est dans les cliniques que se forment les éminents psychiatres et c'est dans les asiles qu'exercent les professionnels n'ayant pas trouvé de poste ailleurs. Dans ce cadre, désertier l'université pour aller s'exiler dans un asile n'est pas un geste anodin. Comme en témoignent Mario Colucci et Pierangelo Di Vittorio dans leur livre sur Basaglia, « cela signifie hypothéquer sérieusement ses possibilités de carrière, renoncer aux honneurs de la recherche scientifique pour plonger dans les eaux troubles de la psychiatrie pratique, où l'autorité médicale se confond avec l'autorité judiciaire, la dimension thérapeutique avec celle du contrôle social ». Refusant donc l'institutionnalisation universitaire (ou ce qu'il appellera plus tard le « syndrome universitaire », marqué selon lui par un carriérisme existentiel), Basaglia décide de faire de Gorizia une « expérience pilote » de la psychiatrie alternative italienne.

On peut retracer la généalogie gorizienne (1961-1972)<sup>39</sup>. Inspirée par l'expérience de Maxwell Jones en Angleterre, l'équipe de Basaglia tente de réorganiser l'hôpital de Gorizia selon le mode spécifique de la communauté thérapeutique. Elle y instaure des relations plus égalitaires entre soignants et soignés, y organise une vie commune, collective et partagée. « Au lieu d'être fondée sur une règle imposée d'en haut, l'organisation devenait d'elle-même un acte thérapeutique »<sup>40</sup>. La communauté thérapeutique se distingue de l'institution psychiatrique dans la mesure où tous ses membres (soignants et soignés) « sont unis par un engagement total »<sup>41</sup> : ce sont les relations instaurées entre les personnes qui doivent produire du soin. À Gorizia, il s'est donc d'abord agit de fabriquer un lieu d'échanges et de relations, un lieu de vie possible pour tout le monde. Concrètement : des groupes de travail, un club (« *Aidons-nous à guérir* »), une école, un journal interne (*Il Picchio*), des loisirs ; et la production d'occasions de rencontres et de discussions grâce à la multiplication des réunions, des fêtes, des sorties et des assemblées quotidiennes. On rejette les thérapies de choc et la contention, les portes des pavillons et les grilles de l'hôpital s'ouvrent sur la ville. C'est aussi à cette époque, comme partout ailleurs, que les progrès psychopharmacologiques parviennent au sein des hôpitaux et que certains médicaments (les neuroleptiques) sont introduits. On rétribue également les « malades » pour des travaux qu'ils faisaient autrefois gratuitement grâce à des subsides – certes minces – obtenus auprès de l'administration provinciale. Dans le même temps, on rend ce travail tout à fait libre, le détachant de tout système de contrainte, et on instaure la possibilité de ne rien faire<sup>42</sup>. À partir de 1968, certains malades quittent peu à peu l'hôpital, ayant trouvé des solutions à l'extérieur, d'autres ont des permissions. Les infirmiers commencent les premières visites à domicile et des dispensaires sont mis en place dans la ville.

En Italie, Gorizia fut le premier « bouleversement institutionnel », un laboratoire qui permit de donner la parole aux personnes concernées et de les associer à l'organisation de l'hôpital. Mais ce que craint l'équipe de Gorizia c'est de produire un autre modèle institutionnel qui se contenterait de « gérer » les conflits sociaux, en s'adaptant à la violence des rapports sociaux, quand ce sont ces rapports sur lesquels il convient d'agir. C'est pourquoi Basaglia et son équipe vont chercher à

---

39 Voir pour cela le recueil d'articles *L'institution en négation*. Basaglia et son équipe y reviennent sur cette expérience, en compilant témoignages de psychiatres, du personnel soignant, de patients et essais plus théoriques.

40 Franco Basaglia, *op. cit.*, p. 141. Au passage, nous ne sommes pas si éloignés, ici, des propos tenus par tenants de la psychothérapie institutionnelle qui soutiennent qu'il faut « soigner l'institution pour soigner le malade ». Pour les deux, penser politiquement l'organisation d'un espace permettrait aux gens d'aller mieux et produirait donc une forme de soin. C'est d'ailleurs pour cela, au passage, que ce n'est pas la communauté thérapeutique en soi qui a une valeur émancipatrice, mais plutôt les types de relation qui s'instaure en son sein.

41 *Ibid.*, p. 144.

42 « [...] quelques fois au grand dam d'infirmiers se plaignant que certains patients ne travaillent plus et préfèrent passer leur temps à jouer, se distraire, bavarder ou traîner au bar », Michel Legrand, *op. cit.*, p. 98.

neutraliser le risque de pétrification institutionnelle. La « communauté thérapeutique » est dès lors définie comme phase transitoire, « moment nécessaire qui doit être dépassé »<sup>43</sup>.

La communauté thérapeutique, en tant que nouveau modèle institutionnel, apparaîtrait comme un simple perfectionnement technique tant à l'intérieur du système psychiatrique traditionnel que du système sociopolitique général. [...] La communauté thérapeutique comme acte réparateur, comme résolution de conflits sociaux par l'adaptation de ses membres aux violences de la société, peut remplir sa tâche thérapeutique-intégrante, et faire ainsi le jeu de ceux-là mêmes contre lesquels elle a été créée.<sup>44</sup>

L'originalité de Basaglia avec *L'institution en négation* est qu'il n'a pas voulu en rester à l'« humanisation » de l'hôpital, à la mise en place puis à la reproduction des communautés thérapeutiques. Selon lui, les logiques asilaires demeuraient en leur sein. À un niveau certes plus acceptable socialement, mais demeurait l'idée qu'une structure répondait à l'ensemble des besoins d'une personne et restait coupée de la réalité, de la cité, de la communauté. Il fallait donc créer autre chose et agir sur les mécanismes mêmes de l'exclusion à l'extérieur. En quelque sorte, une communauté thérapeutique était nécessaire mais pas suffisante.

Envisager une réforme de la loi psychiatrique actuelle signifie non seulement affronter d'autres systèmes et d'autres règles sur lesquels fonder la nouvelle organisation, mais surtout s'attaquer aux problèmes d'ordre social qui s'y rattachent...<sup>45</sup>

Inversement, nier purement et simplement « l'institution » sans proposer de pratiques de transformations est tout aussi insuffisant. L'action négative ne peut suffire, et c'est dans les années qui suivirent, notamment à Parme et à Trieste, que Basaglia put aller plus loin<sup>46</sup>.

*L'institution en négation*, retraçant l'épisode gorizien, eut un impact formidable – et international – dans le contexte des mouvements de contestation de 68. Mais, après un tel ouvrage, la situation semble bloquée. L'administration de la province de Gorizia, de centre-gauche, refuse d'ouvrir les centres externes qui avaient été prévus (et pour certains, prêts), bloquant la mise en place d'une organisation territoriale alternative à l'asile. Un épisode dramatique achèvera de convaincre Basaglia de partir – en 1968 en effet, un patient hospitalisé depuis de nombreuses années sort en permission et assassine sa femme à la suite d'une dispute. Ce crime aura une répercussion importante dans toute l'Italie et l'expérience de Gorizia sera vivement critiquée. L'opinion publique chargera et accusera Basaglia, qui n'a pourtant aucune responsabilité dans l'affaire. À la suite de cet événement, on ferme le service dans lequel se trouvait auparavant ce patient. Il sera rouvert quelques mois plus tard<sup>47</sup>. Basaglia démissionnera de l'hôpital de Gorizia en 1969. Pirella puis

---

43 Jean-Luc Metge, *Psichiatria Democratica ou l'optimisme de la pratique*, Scarabée, 1980, p. 85.

44 Franco Basaglia, *op. cit.*, p. 157.

45 *Ibid.*, p. 141.

46 Nous ne développerons pas ici la question des rapports qu'entretiennent à l'époque le mouvement italien avec les « techniques ». Nous renvoyons au livre de Michel Legrand, *La psychiatrie alternative italienne*, qui en fait un bon résumé : « Non pas le refus pur et simple des techniques, mais le refus de leur usage mécanique, l'interpellation sur leur sens, un appel pour leur véritable appropriation et pour leur insertion dans un horizon qui les dépasse. » Michel Legrand, *op. cit.*, p. 383.

47 « Franca Ongaro dira : "il y avait une angoisse terrible [...], tous les malades se sentaient responsables, coupables de ce que M. avait fait. Outre que dans le groupe des travailleurs, il y avait aussi chez tous les malades l'identification avec ce geste qui semblait décréter l'échec de tout ce que l'on avait espéré atteindre". Objectivement, Basaglia comprend que

Casagrande en prendront la tête, mais, face aux entraves incessantes de l'administration, c'est finalement l'équipe entière qui démissionnera en 1972 – sa dispersion dans les différentes régions italiennes essaimera des expériences inspirantes et des résultats féconds.

En 1969, de retour d'un voyage aux États-Unis, Basaglia accepte la proposition de Mario Tommasini et prend la direction de l'hôpital psychiatrique de Colorno à Parme.

### ***Détour par Parme ; crochet à Reggio-Emilia***

Avant Trieste, il y eut donc Parme. C'est Mario Tommasini, militant communiste, ex-partisan et ancien ouvrier qui est chargé en 1965, « un peu par hasard »<sup>48</sup> d'assumer la responsabilité d'assesseur à la Santé et à l'hôpital de Parme. Comme la majorité des hôpitaux psychiatriques italiens de l'époque, celui de Parme était basé sur la violence, la ségrégation, l'asservissement et la maltraitance des malades. 1150 personnes internées, 200 attachées à leur lit avec des camisoles de force ; quatre psychiatres, 170 infirmiers. Mais, « quand un ouvrier communiste pénètre dans un hôpital psychiatrique et constate les violences qui y sont pratiquées, il ne peut plus accepter l'hôpital »<sup>49</sup>. Mario Tommasini se servit de sa position au conseil provincial pour dénoncer la violence des structures asilaires, et entamer un « bouleversement institutionnel », à la manière de Gorizia. Après avoir échappé de peu au renvoi – le parti libéral affirmant qu'un « ouvrier » ne devrait pas se préoccuper des problèmes de santé mentale – il fit voter un premier texte en faveur de l'humanisation de l'hôpital. Des assemblées furent organisées dans les quartiers de la ville, dans les usines et les bistrotts, dans les paroisses et dans les groupes féministes pour discuter de psychiatrie et d'asile. Pour Tommasini, cette étape fut fondamentale, car alors, « la lutte contre la violence psychiatrique pénétra la conscience de chacun dans la communauté »<sup>50</sup>. À Parme existait aussi un institut pour les enfants abandonnés ou orphelins. Soixante-dix enfants « illégitimes » y étaient « enfermés » jusqu'à l'âge de trois ans. Leur destin ensuite ? Bien souvent la prison, ou l'asile. Avec l'occupation de l'institut par des jeunes et par des groupes politiques auxquels participait Tommasini, un dialogue fut ouvert avec les mères des enfants enfermés – pour la plupart pauvres et déshéritées, ne disposant d'aucun moyen pour assurer la subsistance de leurs enfants, et par ailleurs « confrontées à la peur et à la honte d'être femmes célibataires »<sup>51</sup>. En parallèle de la fermeture de l'institut, Tommasini et son équipe bataillèrent pour trouver travail, logement et places en crèche ou école maternelle pour chacune d'entre-elles. Des familles d'ouvriers, de paysans, d'enseignants ou de commerçants acceptèrent d'accueillir les enfants orphelins – qui, devenus adultes, bénéficiaient ainsi d'un accueil dans de petites exploitations artisanales, dans des coopératives ou des compagnies de transport. Les échanges dans les quartiers et les usines fleurissaient, dépassant le seul cadre de la psychiatrie. Et rapidement, il fut clair qu'une vie à l'extérieur de l'institution était possible pour les enfants qui reprenaient (ou prenaient) part à la vie sociale. Tout comme furent évidents les progrès, sur le plan de la motricité et du langage, des personnes dont le handicap était le plus invalidant.

En 1969, l'hôpital de Colorno fut occupé quarante jours par des étudiants qui avaient pris l'habitude de le fréquenter, soutenus par un groupe d'infirmiers et de militants. Il sera visité par de nombreux sympathisants qui prirent conscience de la réalité asilaire. Les occupants réorganisèrent l'hôpital

---

sa présence à Gorizia peut être utilisée comme prétexte par l'administration provinciale pour continuer à faire obstacle au dépassement de l'asile. Subjectivement, il ressent un sentiment d'échec et se retire, pour éviter d'influencer négativement le reste de l'équipe. » *Ibid.*, p. 146-147.

48 *Ibid.*, p. 173.

49 Marine Zecca, *op. cit.*, p. 164.

50 *Ibid.*, p. 166.

51 *Ibid.*

via un comité de gestion réunissant étudiants, ouvriers, membres de l'administration et membres d'assemblées des « internés » eux-mêmes qui purent publiquement dénoncer les conditions de vie à l'intérieur de l'asile<sup>52</sup>. Pour diriger l'hôpital, Tommasini fit appel à Basaglia, qui s'y installa avec deux nouveaux assistants, Franco Rotelli et Luciano Carrino. Ce dernier, ayant travaillé en France, délivrait en 2013 à *L'information psychiatrique* un précieux témoignage sur l'expérience de Parme :

Mon apport à moi fut d'abord ce que j'avais appris en France, à Lyon et Villeurbanne : une pratique psychiatrique où l'on peut soigner en dehors de l'hôpital avec des visites à domicile et des prises en charge dans des lieux alternatifs, toutes choses que Basaglia n'avait pas expérimentées mais dont il comprenait l'importance. [...] Ainsi il fut très favorable au travail à l'extérieur de l'hôpital mais, tout en étant un admirateur de Bonnafé, il ne partageait pas l'idée du « secteur » qui cohabitait avec la permanence de l'asile<sup>53</sup>. Lui, les choses qu'il voulait c'était la disparition de toute institution hospitalière et l'implication de la population.

Et sur Parme, plus spécifiquement :

Parme était un asile horrible. Personnellement, je pris la responsabilité d'un service de 130 malades, appelé « agités », dont 80 étaient constamment attachés, avec des équipes d'infirmiers placés là par mesure disciplinaire. En quelques mois, par la projection à l'extérieur et le travail dans la société, nous avons réalisé des transformations profondes en démontrant que des patients, considérés « irréversibles » dans la tradition asilaire, pouvaient récupérer des fonctions qui semblaient perdues et vivre en dehors de l'asile. Cependant, ce travail ne pouvait pas se faire sans une mobilisation politique, car nous n'étions plus responsables de lits d'hôpital, mais de dynamiques complexes dans la société qui devait apprendre à vivre avec des personnes qu'elle avait exclues. C'est ainsi que notre travail commença avec la collaboration d'un nombre croissant de groupes, syndicats et associations du territoire qui faisaient référence à Mario Tommasini et à son immense capacité de mobilisation sociale. Nous avons tenu fermement à ce que la même équipe médicale et infirmière soit pour moitié de son temps dehors et dedans [...]. Notre objectif était de vider l'asile, de le remplacer par des services diffus dans le territoire et de poursuivre là notre lutte contre l'exclusion sociale, même pour les malades les plus graves. Ce fut magnifique d'avoir l'aide des syndicats, qui cherchaient du travail pour les malades, de certains administrateurs qui cherchaient des logements et nous aidaient à créer des services dans le territoire, ou encore des gens qui venaient à nos assemblées en ville et réagissaient souvent avec des manifestations de solidarité. Mais le contexte politique de Parme demeurait fragile et bientôt Basaglia et Tommasini devinrent des cibles de l'hostilité de l'administrateur socialiste de l'hôpital.<sup>54</sup>

---

52 *Ibid.*, p. 169. Le tout, en repoussant une véritable attaque fasciste.

53 Il semblerait pourtant que Basaglia ait adopté un rapport plus ambivalent avec la question du Secteur. Luciano Carrino lui-même fait état d'une anecdote marquante concernant les liens entre Bonnafé et Basaglia. À la fin de l'expérience gorizienne, Basaglia fit réaliser un documentaire sur une expérience du Secteur en France, filmant notamment les visites à domicile et tout le travail extra-hospitalier d'assistance aux personnes en souffrance. Ce reportage eut beaucoup de succès à la télévision italienne, et, sur ces bases, Basaglia relança le débat sur la permanence des asiles en Italie. Probablement méfiant à propos du Secteur sur un plan théorique, Basaglia reste un pragmatique. Pour Luciano Carrino, l'idée de Basaglia était de montrer aux Italiens que si les Français avaient réussi à mettre en place des soins « hors les murs », cela ne devait plus être une utopie pour l'Italie.

54 Suzanne Parizot, « Rencontre avec Luciano Carrino », in *L'Information Psychiatrique Volume 89*, 2013/6, p. 453-464.

Mario Tommasini dira que cette expérience est à comprendre dans un contexte plus large de diffusion d'une « culture de la participation » au sein des habitants sur les problèmes qui les concernent, à travers la constitution de « conseils de quartier »<sup>55</sup> qui administrent la vie sociale – santé, assistance, éducation – en s'appuyant sur des solidarités réelles.

Malheureusement, l'expérience tourna court. Basaglia et Tommasini furent éjectés par l'administration locale, gérée par le parti communiste. L'asile était un créateur d'emplois majeur à Parme, ce qui engendra d'importantes résistances de la part des travailleurs, des partis et des syndicats engagés dans une lutte corporatiste pour la défense de leur « outil de travail »<sup>56</sup>. On fit alors à Basaglia des reproches absurdes : trop de lessives des draps des malades, trop de téléphone en service... Mais ce que l'administration et le personnel semblaient craindre par-dessus tout, c'était l'extrême agitation qui régnait à l'hôpital de Colorno, ces « allées et venues de jeunes gens », ces « garçons qui travaillaient bénévolement, attirés par cette nouvelle façon de vivre les relations ». Ainsi, ce ne fut pas à « Parme la Rouge » que Basaglia put mettre en pratique ses idées. « Le PCI [n'a] même [pas été] effleurée par les significations politiques de cette lutte », dira Tommasini. Et non seulement, la gauche n'aura rien compris à l'apport théorico-pratique de Basaglia, mais elle aura surtout fait la preuve que ses forces récemment installées au pouvoir n'étaient pas plus dignes de confiance que les vieilles institutions traditionnelles. Préoccupée davantage par la préservation du nouvel ordre politique et économique, il manquait à la gauche, dira Basaglia en 78, « une capacité globale de critique et de transformation de la vie quotidienne »<sup>57</sup>. À partir de ce moment-là, les alliances ne pouvaient plus se faire qu'avec la base des mouvements ouvriers et étudiants, des associations, syndicats et collectifs divers ; seules organisations à même de faire émerger une forme de lutte qui ne se sépare jamais de la pratique et de la quotidienneté – tout en ne se refusant pas à tisser des liens avec certaines des personnalités politiques les plus audacieuses sur le plan de la réorganisation des équipements psychiatriques publics. Et ces liens, c'est à Trieste qu'ils seront les plus denses et les plus solides !

Mais avant de suivre Basaglia dans le Frioul, restons encore un moment en Emilie Romagne, à quelques kilomètres de Parme. Et allons voir là où Giovanni Jervis continua à travailler à la destitution de l'asile après son séjour à Gorizia auprès de Basaglia. Alors que le voyage à Parme fut de courte durée pour Basaglia, Jervis resta sept ans (entre 1969 et 1976) dans la ville voisine de Reggio Emilia à expérimenter un travail sur le territoire. Pratiques en réseau, lutte contre la stigmatisation, implication de la communauté entière sur les questions de santé mentale... l'expérience de Reggio Emilia était exclusivement extra-hospitalière, et ressemblait, selon Jervis, à la psychiatrie de secteur à la française. Implantée dans la ville communiste (140 000 habitants) puis s'étendant peu à peu à toute la province, la logique était la même : se lier aux dynamiques locales et aux divers acteurs de la communauté. Pour Giovanni Jervis en effet, « il [était] clair que, ou bien [la] tâche psychiatrique [...] [s'intégrait] à la vie, aux luttes, aux convictions de tous [les membres de la communauté], ou bien elle [n'avait] pas beaucoup de sens »<sup>58</sup>. Concrètement, cela signifiait, dans un geste très bonnaféen, de se rendre sur la place publique et de voir ce qu'il était possible de faire pour aider les personnes qui en faisaient la demande.

---

55 En Italie, les « conseils de quartier » ne sont pas des structures autonomes et gérées par les habitants eux-mêmes mais des instances communales institutionnelles. Lors des élections communales, on procède à des élections pour les différents quartiers d'une commune. Ces derniers mettent dès lors en place des « conseils » en fonction du nombre de quartiers délimités administrativement.

56 Ce qui relativise quelque peu les propos unanimistes de Luciano Carrino.

57 Pierangelo di Vittorio, Mario Colucci, *op. cit.*, p. 175-176.

58 Giovanni Jervis, « L'expérience de Reggio Emilia », in Mony Elkaïm (coord.), *op. cit.*, p. 176.

Travailler le plus possible sur place au domicile des personnes assistées, avec les voisins, les familles, dans les usines, au cours de réunions avec les ouvriers, dans les bars, dans les écoles, dans les mairies, dans les petits hôpitaux de campagne. Bien souvent, il s'agissait de longues réunions où l'on essayait d'attirer le plus de gens possible. Parfois on partageait le repas des paysans, on discutait dans une grange, ou dans un champ avec un patient psychotique en difficulté, ou avec ses parents.<sup>59</sup>

Bien consciente de la sensibilité croissante de la classe ouvrière aux problèmes de santé, l'équipe soignante autour de Jervis commença par mener des enquêtes dans les usines sur les névroses ouvrières. À partir de 1972, six équipes s'établirent dans six zones de la province, disposant d'un local servant de lieu de ralliement. Chaque équipe de travail était composée de psychiatres, d'un ou d'une assistante sociale, d'infirmiers mais aussi de personnels « non-spécialisés » qui furent recrutés pour leurs motivations et en fonction de leurs qualités individuelles, parmi les coiffeurs ou les ouvriers de la ville notamment. Les dispensaires accueillirent des thérapies de groupe, des entretiens individuels, des thérapies familiales ou conjugales. Les semaines étaient rythmées par des réunions collectives, d'organisation ou de formation. Ce travail en réseau s'accompagnait donc d'un fonctionnement horizontal – les décisions étant prises et débattues en commun, au sein de chaque équipe –, et du refus de la spécialisation – tout le monde participait aux activités « thérapeutiques ». Les techniques, « terrain de recherche inépuisable », étaient considérées comme des instruments « à connaître et utiliser et non pas comme des écoles de pensée qu'il fallait accepter ou rejeter »<sup>60</sup>, et la remise en cause des savoirs institués par le personnel « non-spécialisé » était permanente. Jervis dira à ce propos que les équipes de Reggio-Emilia avaient bien saisi dès le départ « qu'il n'existait aucune orientation susceptible de représenter la solution thérapeutique par excellence »<sup>61</sup>. Il s'agissait donc de faire feu de tout bois et de s'adapter à chaque fois à la singularité des personnes qui demandaient un soutien.

À partir de 1974, l'administration locale décide d'un contrôle de plus en plus strict, et interdit certaines réunions d'équipe, accusées de n'être que des rassemblements de « gauchistes ». Paradoxalement donc, c'est lorsque les équipes cessèrent de dépendre de l'administration centrale de la province pour être soumises à l'autorité des conseils communaux – peu intéressés sans doute par les questions psychiatriques – que l'expérimentation commença à se dégrader. Priorité fut redonnée au grand hôpital central, dans le contexte de la crise économique de 1970 et de la perspective du « compromis historique » – provoquant un durcissement des administrations locales, devenues par endroits plus conservatrices que le PCI central, et mettant fin en 1976 à cette expérience de santé mentale « communautaire ». Pendant ce temps, c'est à Trieste que Basaglia démarre, après son éviction de Parme, sa nouvelle aventure...

### ***Trieste, la « communauté possible »***

Basaglia est nommé à la tête de l'hôpital psychiatrique de Trieste en 1971. C'est alors la province qui a la charge de la structure hospitalière. Michele Zanetti, président de l'alliance de centre-gauche au pouvoir, avait assuré Basaglia de son soutien total concernant l'abolition de l'asile et la mise en place de petits services ouverts dans la ville. Dès lors, Basaglia et son équipe s'attellent à construire un réseau de lieux en dehors de l'hôpital – pour accueillir les personnes qui en auraient besoin et accompagner celles qui sortent de l'asile. En 1973, Trieste est désignée « zone pilote » par l'OMS

<sup>59</sup> Jean-Luc Metge, *op. cit.*, p. 140.

<sup>60</sup> Giovanni Jervis, *op. cit.*, p. 183.

<sup>61</sup> Jean-Luc Metge, *op. cit.*, p. 141.

dans le cadre d'une recherche sur l'organisation des services de santé mentale en Europe. Basaglia est convaincu que les temps sont mûrs pour abolir l'asile, et qu'il faut désormais *passer la seconde*. On ne peut se satisfaire d'un second Gorizia, et se limiter à l'humanisation de l'institution ! « Il n'y a plus de place pour les compromis et les atermoiements, il faut mettre les bouchées doubles, abattre les murs de l'hôpital et dessiner les structures d'une *communauté possible* au niveau de la cité »<sup>62</sup>. De jeunes médecins<sup>63</sup>, des travailleurs bénévoles, des stagiaires et des objecteurs de conscience affluent. Ils travaillent parfois dans les services les plus difficiles, et les relations avec les infirmiers « historiques », plus réticents à l'égard des transformations, sont souvent conflictuelles. Des assemblées avec les habitants se constituent ; des fêtes, des excursions, des ateliers, des séjours à la mer ou à la montagne sont organisés. L'hôpital s'ouvre sur la ville : création du journal 847 – comme le nombre de malades présents dans l'enceinte de l'asile ; organisation de concerts dans le parc du complexe hospitalier ; ouverture d'appartements collectifs pour loger les anciens « internés » faisant face à la défiance de la population et à la crise du marché<sup>64</sup>. Et en 1975, les premiers Centres de santé mentale ouvrent leurs portes en ville – à partir de ces lieux d'accueil de jour et de nuit sont également organisés des événements publics sur la santé mentale, la grande précarité ou l'exclusion sociale. Mise en minorité, la coalition dirigée par Zanetti doit pourtant démissionner. Mais l'essentiel est là : le 24 janvier 1977, Zanetti et Basaglia organisent une conférence de presse : l'hôpital psychiatrique doit être fermé avant la fin de l'année – il ne le sera définitivement que deux ans plus tard – et les Centres de santé mentale, au nombre de cinq, sont officialisés.

Ces centres de santé mentale participent d'une perception de la communauté comme « territoire », dans lequel des « institutions de la désinstitutionnalisation »<sup>65</sup> sont créées afin de produire des potentialités de socialités et de rencontres nouvelles, des possibilités de vie et de récréation d'une forme d'hospitalité dans la ville, points d'ancrage et d'ouverture vers d'autres lieux. C'est ainsi qu'en parlait Maria Grazia Giannichedda, sept ans après l'adoption de la loi 180 en Italie.

Sont ainsi nés en Italie [...] des services de santé mentale conçus avant tout comme *point d'accrochage, espace de vie*, « lieu » ouvert tendanciellement

---

62 Pierangelo di Vittorio, Mario Colucci, *op. cit.*, p. 179. L'expression « communauté possible » est tirée d'un texte de Roberto Mezzina, Mario Colucci et Pepe Dell'Acqua, ce dernier étant le successeur de Basaglia et Rotelli à Trieste.

63 Basaglia comptait énormément sur ces nouveaux venus. Selon Mario Colucci et Pierangelo di Vittorio, il était persuadé qu'il valait mieux embaucher des psychiatres fraîchement diplômés et enthousiastes à l'idée de travailler (même en tant que boursier ou bénévole) dans des services novateurs que d'essayer de changer les habitudes de travail des anciens médecins de l'asile. Dans le même ordre d'idée, l'introduction de volontaires (bénévoles) et de personnels non-spécialisés (les paysans de la région d'Emilia, les ouvriers des usines à Parme, des techniciens de l'audiovisuel à Ferrare, ou encore les mouvements féministes à Trieste) sont des pratiques courantes à l'époque. Cela ne se fait pas sans difficulté, mais a le grand mérite d'ouvrir la question psychiatrique à un ensemble de personnes qui n'y étaient pas associées auparavant, et d'activer les potentialités thérapeutiques de personnes non formées à ces questions. Notons que la Loi 180 n'a pas pris en compte cette pratique, n'imaginant notamment aucune forme de gratification financière pour ce type de participation pourtant essentielle.

64 Pour pallier ces difficultés, ce sont bien souvent les psychiatres eux-mêmes qui signent les contrats de location, en leur nom.

65 L'expression est de Franco Rotelli – reprise par Michel Legrand –, titre d'une conférence de 1985 : *La legge 180 a Trieste : le istituzioni della deistituzionalizzazione*. Revenant sur les conséquences théorico-pratiques et les débouchés des expériences italiennes et s'appuyant notamment sur des témoignages énoncés dans les années 80 par Carlo Brutti (Perrugia) et Franco Rotelli (Trieste), Michel Legrand reprend dans son livre sur la psychiatrie alternative italienne des énoncés proches de ceux formulés par les tenants français de la psychothérapie institutionnelle, Tosquelles en tête : « Si on ne se libère pas des institutions, écrit Rotelli, du moins les traverse-t-on, les modifie-t-on, les rend-on toujours plus transparentes. Et de renchérir : ce qui est en cause, dit-il, ce n'est pas l'institution en soi, c'est la part d'"institutionnel" qui est présente dans toute institution, sa part figée, arrêtée, morte aveuglément reproductrice ». Michel Legrand, *op. cit.*, p. 411.



disponible tout le jour et tous les jours. Dotés de ressources en état d'organiser le temps de vie des usagers, tant dans le service qu'au dehors, et d'accroître leur autonomie et responsabilité (argent, travail, vacances, ateliers, etc.). En somme, lieux qui reconnaissent la nécessité d'offrir l'« asile » aux sujets socialement les plus faibles, mais qui n'acceptent pas que cette protection doive être payée au prix de leurs droits personnels.<sup>66</sup>

Au même titre que les Centres de santé mentale<sup>67</sup>, la coopérative de travailleurs<sup>68</sup> issus de l'hôpital psychiatrique restera comme l'une des grandes inventions du modèle triestin. Le principe : lutter contre l'exploitation dont sont victimes les patients. En 1973, la CLU (Coopérative des travailleurs unis) obtient une reconnaissance juridique<sup>69</sup>. Elle réunit soixante travailleurs hospitalisés, qui exerçaient des activités d'entretien, de logistique et de maintenance au sein de l'hôpital (charbon, ordures, blanchisserie, jardins, imprimerie, reliure, menuiserie, cordonnerie, etc.). D'emblée, l'idée des coopératives rencontre des résistances, notamment de la part des syndicats d'infirmiers qui craignent que la reconnaissance du travail des patients empêche de nouvelles embauches. Quant à l'administration provinciale, elle accepte mal de devoir gratifier des « fous » pour les tâches qu'ils occupent, « admettant implicitement les avoir jusqu'alors exploités dans un système ergothérapique »<sup>70</sup>. Mais l'idée est aussi discutée au sein de l'équipe soignante. Les désaccords portent sur les bienfaits du travail dans la réintégration des personnes « psychiatisées » dans la cité. Pour certains, le travail est par essence porteur d'exploitation et de servitude, une « norme sociale » qui ne peut que reproduire les schémas d'oppression et de domination. Ils plaident pour l'allocation d'une pension sans contrepartie, en guise de dédommagement après tant d'années de violence et d'isolement. Basaglia, lui, pense au contraire que le travail peut être un outil contre les préjugés d'irresponsabilité et d'incapacité dont sont victimes les personnes psychiatisées – tant dans les murs de l'hôpital qu'à l'extérieur<sup>71</sup>. L'accueil de personnes « psychiatisées » au sein des coopératives sociales sera une pratique courante par la suite en Italie<sup>72</sup>, et l'expérience de Trieste

---

66 Maria Grazia Giannichedda, *Famiglia e istituzioni : tre scenari a confronto*, in CENSIS, *Psichiatria : il doppio 180*, 1985, p. 76 cité in Michel Legrand, *op. cit.*, p. 362.

67 Aujourd'hui, le département de santé mentale de Trieste (environ 250 000 habitants) se compose de quatre Centres de santé mentale fonctionnant 24 heures sur 24 (avec 8 lits d'hospitalisation chacun). Le Centre de santé mentale est le pivot de ce système, assurant l'accueil de jour et de nuit, les consultations ambulatoires, les visites à domicile, les thérapies – individuelles, de groupe ou familiales –, le travail de prévention et d'accompagnement, la gestion des structures résidentielles (appartements, communautés, etc.) et les consultations dans les services hospitaliers et les prisons. À ces Centres, s'ajoutent une Clinique psychiatrique universitaire (16 lits), un Service résidentiel ou semi-résidentiel de réinsertion sociale (qui coordonne les coopératives visant à la formation et à l'insertion des utilisateurs des services de santé mentale) et un Service psychiatrique hospitalier de diagnostic et de soin (8 lits, dans le cadre de l'hôpital général).

68 À propos des coopératives des psychiatisés de Trieste, Giovanna Gallio : « J'ai cherché à imaginer l'origine de cette idée chez Franco Basaglia [...], j'ai repensé à ce que m'avait dit le vieux Tosquelles [...]. Il parlait de l'instauration, déjà au début du siècle dernier, d'une coopérative de secours mutuel dans le village catalan où il avait grandi, attachée à l'hôpital psychiatrique au point de ne faire qu'un avec lui. Il disait que la tradition coopératiste était très ancienne en Catalogne et que c'était une forme d'autodéfense et de survie du village/hôpital. » Mario Colucci, Pierangelo di Vittorio, *op. cit.*, p. 181.

69 En 2000, Roberto Colapietro, président de la CLU, résumait de manière limpide : « Basaglia va décider [...] que si les internés rendaient un quelconque service, ils devaient être payés. Pour être payés, ils devaient avoir une entreprise : c'est ainsi qu'est née notre coopérative ». *Ibid.*, p. 182.

70 *Ibid.*

71 Par exemple, l'un des premiers contrats que la CLU obtint à l'extérieur de l'hôpital concerne le nettoyage d'un lycée, dans le but d'amorcer un processus concret de réintégration des malades dans le quotidien de la communauté, devenus ainsi producteurs et non plus uniquement consommateurs. *Ibid.*, p. 183.

72 Ce qui n'est pas sans poser un certain nombre de difficultés. Lors d'un colloque organisé à Paris en 2018, Giorgio Callea, psychiatre à Brescia et co-fondateur d'une coopérative d'emploi de patients psychiatriques montre bien les

existe toujours aujourd'hui. En 2015, la journaliste Mathilde Goannec, qui mène une enquête à Trieste auprès de l'équipe dirigée par Mario Colucci, rapporte une discussion qu'elle eut avec lui autour de l'accueil des personnes en crise.

Des urgences psychiatriques existent toujours au sein de l'hôpital général. L'ambiance est décontractée : aucune porte n'est fermée, tout est clair, propre, accueillant. Huit lits seulement. La contention (le fait d'être attaché sur un lit ou un fauteuil) est bannie. La loi italienne réserve le traitement sanitaire obligatoire à des situations exceptionnelles, en dernier recours, et le limite à une semaine au maximum. « Clairement, pour nous, l'hôpital est pathogène », explique Mario Colucci, « mais la crise est toujours possible, pour un schizophrène, par exemple, en proie à une psychose intense. S'il arrive aux urgences, il doit tout de suite sentir qu'il ne s'agit pas d'une prison, qu'il n'a pas d'ennemi dans ces murs, et qu'il pourra sortir rapidement. C'est essentiel pour faire accepter un traitement ».<sup>73</sup>

### ***Pour conclure***

Le mouvement italien, par son action pratique, a cherché à ouvrir la question de la « santé » à l'ensemble de la communauté, en remettant en cause le rôle et la persistance de l'institution asilaire en Italie. Mais ne pas retomber dans des logiques asilaires une fois l'asile disparu obligeait à questionner ce qui était véritablement émancipateur dans l'extra-hospitalier tout en s'interrogeant sur les pratiques aliénantes qui pouvaient subsister en dehors. Si l'idéologie asilaire correspond à une idéologie plus globale de marginalisation et de normalisation des comportements déviants, il fallait dès lors faire en sorte que la communauté dans son ensemble puisse la comprendre, l'observer, et se réapproprier les modes d'existence commune qui la mettent en crise. Au-delà de ses conséquences pratiques sur la psychiatrie italienne, l'histoire de la lutte anti-asilaire italienne, marquée par une forte vitalité militante, a été un vaste mouvement politique de défense et de respect des droits des personnes concernées par la souffrance psychique, et à ce titre toujours porteur d'espoir et vecteur d'engagement pour toute personne se sentant concernée par ces problématiques. Comme nombre d'initiatives politiques et sociales dans le champ psychiatrique, si le mouvement italien résonne encore aujourd'hui, c'est aussi comme une formidable aventure de destitution permanente de l'ordre imposé par de supposés sachants sur des communautés supposées ignorantes.

Les expériences anti-institutionnelles italiennes ont constitué une matrice théorico-pratique inspirante pour toute une génération – les membres du *Réseau-Alternative à la psychiatrie* ne font pas exception<sup>74</sup>. Bien des années après la création du *Réseau*, Guattari réitérera son soutien aux tentatives italiennes. En 1989, il publie en effet un texte dans lequel il revient sur son parcours et sur

---

difficultés de faire co-exister une coopérative sociale dans un contexte où la crise économique et les logiques managériales se sont accrues en Italie, comme partout ailleurs. Dans ce contexte, le soutien du service de psychiatrie, et de l'ensemble des travailleurs est primordial. Or « le marché néolibéral détruit le travail thérapeutique », abolissant les réunions jugées improductives mais cruciales pour l'ambiance, se débarrassant des éléments les moins productifs, et exacerbant l'individualisme au sein des équipes – ce qui fait dire à Callea : « Nous pensions avoir réussi, à travers la construction de coopératives dédiées, à l'insertion des malades, mais la crise les a placées hors du marché ». Voir Giorgio Callea, « Psychose et travail : l'insertion au travail des malades mentaux face à la logique managériale » in Pascale Molinier (dir.), *François Tosquelles et le travail*, Éditions d'une, 2018, p. 87-100.

<sup>73</sup> Mathilde Goannec, « Fous à délier » in *Le Monde Diplomatique* (janvier 2015). Disponible en ligne.

<sup>74</sup> Voir à ce propos l'entretien avec Jacques Lesage de la Haye paru en 2019 dans « Truander le réel », deuxième numéro de *Parades*.

la manière avec laquelle il a cherché à inscrire les questions politiques et sociales dans le champ psychiatrique. S'il y rappelle ses réticences vis-à-vis de l'antipsychiatrie anglaise – son familialisme réducteur et son absence de propositions concrètes –, il revient à l'inverse sur l'importance du mouvement italien qui fut, s'agissant des pratiques de soin, l'un des premiers à insister sur la nécessité de la mobilisation de l'ensemble de la communauté et du contexte social dans son ensemble<sup>75</sup>. Partagée par Guattari, l'inspiration italienne, décroissant et réinventant la psychiatrie en même temps qu'elle « développait d'autres pratiques sociales avec le concours direct des populations concernées » fut à l'origine d'un mouvement qui sut à la fois transformer la situation globale en Italie – par la Loi 180, qui fit progressivement fermer les asiles<sup>76</sup> et élimina le jugement de « dangerosité » accolé aux malades psychiques – ; créer par endroits un ensemble de lieux d'accueil inscrits dans la communauté ; et concentrer *in fine* le principal de son activité sur le champ social global, allant ainsi dans le sens d'une « déségrégation générale ».

---

<sup>75</sup> Félix Guattari, *De Léros à la Borde*, 2012, p. 73. On lira également dans ce texte de très belles pages sur l'histoire et l'organisation singulière de la clinique de la Borde.

<sup>76</sup> Nous ne reviendrons pas ici sur les réussites et les limites de la Loi 180. Précisons toutefois que les avancées concrètes sont rétrospectivement toutes relatives. Ce qui apparaît, c'est bien plus le semi-échec de la loi, symbolisé par le manque de services sectorisés et de structures intermédiaires, pourtant censés devenir la base de l'assistance psychiatrique. Cela s'explique de deux manières : aucun budget défini ne lui avait été alloué ; aucune transition n'avait été prévue. Cette loi est d'abord le fruit d'un compromis politique complexe : défendue par les partis de gauche pour ce qu'elle représentait de « libération », soutenue par les partis de droite qui souhaitaient en profiter pour faire des économies. Et par ailleurs, l'application de la loi a été confiée aux régions et aux provinces autonomes, produisant d'importantes disparités territoriales, notamment entre les régions du Sud plus pauvres et celles du Nord plus favorisées. C'était le sens des propos de Sylvana Montagano lors d'une table ronde organisée par Mony Elkaïm en 1987. Interrogée sur la situation italienne, elle dira : « Chez nous, nous avons une loi qui est très avancée et des structures qui sont les mêmes structures qu'il a vingt ans et dans cette situation ceux qui veulent faire un travail dans le sens des temps nouveaux ont des difficultés énormes. On a l'impression parfois que ce sont les gens qui servent aux structures et non pas les structures qui servent aux gens. » Impossible, donc, d'idéaliser la situation italienne, ni d'imaginer une transposition pure et simple du « modèle » italien en France.