

Confrontation entre professionnels et usagers : vers une modification de la pratique en Italie

Angelo Barbato, Psychiatre, Chercheur à l'Unité d'Épidémiologie et Psychiatrie Sociale, Institut Mario Negri, Milan.

La psychiatrie italienne a vu des transformations très importantes entre le début des années soixante-dix et le début des années quatre-vingt, par le décentrement de l'assistance de l'hôpital psychiatrique vers la communauté, même si la fermeture finale des hôpitaux psychiatriques a été achevée seulement à la fin de l'année 2000. (Chapireau, 2008). Ces transformations ont entraîné aussi des changements significatifs dans la composition professionnelle des services.

Jusqu'à la fin des années soixante-dix, les équipes psychiatriques étaient presque entièrement composées de médecins et infirmiers. La présence des autres professions socio-sanitaires était très faible. L'arrivée des psychologues sur la scène des services a été très tardive en Italie par rapport aux autres pays de l'occident industrialisé, à cause de la situation très arriérée de l'université, longtemps influencée par les effets de la réforme fasciste de Gentile du 1923, qui avait marginalisé la psychologie, considérée comme une « philosophie de deuxième rang ». Le premier cours de licence en psychologie a été ouvert en 1971 et la première Faculté de Psychologie seulement en 1991.

Dans ce contexte, un groupe de psychiatres a alors pris la tête d'un mouvement de renaissance dont le résultat a été paradoxal: Le changement institutionnel basé sur la contestation du mandat social de la psychiatrie a été dirigé par des représentants du pouvoir psychiatrique au plus haut niveau. Cela explique que la révolution copernicienne de Basaglia et de ses disciples, en dépit des analyses superficielles de plusieurs observateurs (Lantéri-Laura, 2002; Rissmiller et Rissmiller, 2006) n'a jamais pris une direction anti-psychiatrique, tel que cela est arrivé par exemple en Angleterre avec Laing et surtout Cooper (Tantum, 1991). On pourrait définir la révolution psychiatrique italienne comme octroyée, en ce qui concerne plus spécifiquement le rôle des usagers des services. En effet, elle a été conduite par une élite de directeurs d'asile éclairés, qui jouissaient d'un grand pouvoir institutionnel et qui ont utilisé ce pouvoir pour introduire des changements radicaux.

Néanmoins, dans les dernières dix années, les relations entre les différents acteurs du champ de la santé mentale ont grandement évolué. Les données diffusées il y a quelques années par le Ministère de la Santé montrent que les infirmiers et les psychiatres forment désormais seulement 65% du personnel des services psychiatriques publics. D'autres professions, en particulier les éducateurs ou les techniciens de la

réhabilitation psychosociale, ont récemment fait irruption. Si on considère que de nombreux services de psychologie s'ajoutent aujourd'hui aux services psychiatriques, on peut comprendre que la scène professionnelle est devenue beaucoup plus articulée qu'auparavant.

Quoiqu'il en soit, la présence et l'influence culturelle des psychiatres comme groupe professionnel dans la société italienne demeure toujours assez faible; le dernier rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé sur les politiques de santé mentale en Europe indique que le nombre de psychiatres est de 9,8 pour 100.000 habitants en Italie, c'est à dire beaucoup plus faible que dans la plupart des pays de l'Europe occidentale : Suisse 30; Suède 24; Belgique 23; France 22; Pays-Bas 14,5; Angleterre 12,7 (OMS, 2008).

Mais le changement le plus remarquable n'a pas eu lieu dedans, mais à côté des services. Il s'agit de l'essor, à partir de la fin des années quatre-vingt, des coopératives ou entreprises sociales du tiers secteur (De Leonardis et Vitale, 2001). Selon un recensement de l'Institut National de Statistique, le tiers secteur comptait en 2001, en Italie, plus de 200.000 organisations, dont 60% était constitué de coopératives appelées de solidarité sociale qui fournissent des services (pour exemple les centres d'accueil) et 40% de coopératives appelées de travail pour l'insertion au travail. Les premières assurent des services sociaux (les usagers reçoivent des services), en gérant à la fois des résidences ou des centres d'accueil pour personnes ayant des troubles mentaux, tandis que les secondes s'occupent de l'insertion de malades mentaux et autres personnes défavorisées dans le monde du travail (les usagers sont eux-mêmes protagonistes). Ces deux types de coopératives se réfèrent à des philosophies différentes: Alors qu'elles sont destinataires des prestations dans les premières, les personnes en difficulté peuvent être actrices dans les secondes. C'est surtout dans les coopératives de travail que se pratique la stratégie de l'entreprise sociale qui, en transformant les services en espaces de vie et d'action, vise à valoriser les capacités des sujets impliqués, qui sont souvent des usagers des services psychiatriques (De Leonardis et Vitale, 2001). Les organisations du tiers secteur déclarent globalement des revenus de près de 38 milliards d'euros et plus de 35 milliards d'euros de dépenses. Ces montants sont distribués de façon non homogène entre les secteurs d'activité principaux : 60 % du total se concentre dans les secteurs de l'assistance sociale, de la santé, de la culture, des sports et des loisirs.

Ce développement a attiré l'attention de plusieurs observateurs. Des sociologues ont soulevé des critiques, en remarquant que l'affirmation du tiers secteur représente une tendance à la privatisation du social, et en même temps à l'affaiblissement de la référence aux problèmes et aux biens collectifs, aux choix publics; tendance qui produirait une dépolitisation des critères de justice et une forme de diffusion, dans le système des services socio-sanitaires, de cultures et de pratiques affairistes. Ce risque, selon De Leonardis et Vitale (2001), paraît peut-être plus insidieux en Italie où le champ du welfare state (Etat-providence) est caractérisé par une vision instrumentale de l'état et des institutions, typique d'une certaine pensée de gauche, séduite par les conceptions spontanéistes^[1] de la libération du social, ainsi que des cultures anti-institutionnelles et privatistes de la tradition catholique.

En assurant aux opérateurs sociaux ou socio-sanitaires qu'y travaillent une place et un rôle professionnel dans le réseau des services, beaucoup de coopératives agissent en relation plus ou moins étroite, quoique parfois conflictuelle, avec les départements de santé mentale publics. De plus, les coopératives ont acquis une importance croissante dans la création de parcours d'habilitation/réhabilitation basés sur des initiatives qui intègrent des activités sociales, d'apprentissage, de formation et d'insertion professionnelle de personnes ayant des troubles mentaux. Par conséquent, les entreprises sociales ont permis aux usagers de se tailler peu à peu un espace de partenaires incontournables qu'ils n'avaient jamais eu jusque-là. En effet, le changement du rôle des usagers vis-à-vis des professionnels, qui a investi d'abord les pays anglo-saxons et l'Europe du Nord et qui maintenant touche les pays de l'Europe du sud, peut être considéré comme la vraie nouveauté du champ de la psychiatrie au début du troisième millénaire (Deutsch, 2003; Reaume, 2006). Les choses ont énormément changé pour les personnes souffrant de troubles mentaux. Alors que sa parole était systématiquement invalidée, alors que par le passé il était muet ou obligé de l'être, aujourd'hui le patient, commence à faire entendre sa propre voix, en redevenant citoyen et en se considérant comme un sujet à part entière.

Quelle a été la réaction de la psychiatrie italienne devant cette vague impétueuse ? On a déjà souligné que le radicalisme des positions anti-institutionnelles a été accompagné en Italie par un certain paternalisme, lié à l'habitude d'interpréter à la fois les demandes et les besoins des usagers. Cependant, la proximité des services communautaires et donc des psychiatres eux-mêmes, ainsi que la disparition de l'asile avec son imposant déploiement de pouvoir, et la réduction du recours aux soins sous contrainte, ont permis au mouvement des usagers de ne pas s'engager dans le chemin de la contestation dure des cliniciens et des services psychiatriques, tel que cela est arrivé aux Etats-Unis (Agnetti, 2007). Aujourd'hui, la plupart des groupes d'usagers s'appuient sur les services sanitaires pour organiser leurs activités, comme le groupe

d'entraide. Plus, dans quelques régions les autorités locales ont commencé à les soutenir directement, en leur permettant d'obtenir une certaine autonomie face aux services sanitaires.

Jusqu'à présent, ces nouveaux modes de relations avec ces usagers organisés concernent et impliquent plus spécifiquement les travailleurs sociaux, les éducateurs ou les techniciens de la réhabilitation psychosociale. En ce qui concerne les cliniciens (psychiatres et psychologues), il faudra attendre les prochaines années pour voir si la croissance du mouvement des usagers, en introduisant des éléments de crise dans le système des services, va les aider à recouvrer une vocation sociale affaiblie dans le champ psychiatrique par la diffusion du modèle biologique des maladies mentales et, pour les psychologues, par la spécialisation technique. Nul doute que la confrontation directe entre cliniciens et usagers continuera à se déployer en mettant en question des aspects clés de la pratique professionnelle et de ses fondations.

Note de bas de page



[1] Sur le "mythe spontanéiste", cf. l'analyse sociologique de De Leonardis et Vitale (2001). Les auteurs pensent que le welfare state italien a été affaibli par les conceptions anti-institutionnelles à la fois d'une partie de la gauche (à travers l'idéalisation de la spontanéité sociale opposée aux médiations de la politique) et du mouvement catholique, avec sa tradition d'opposition à l'Etat laïque.

ORSPERE SAMDARRA
CENTRE HOSPITALIER LE VINATIER BP 30039 - 95
BD PINEL 69678 BRON CEDEX