

La réforme italienne, 18 ans après : historique, implantation et conséquences

The Italian psychiatric reform : history, implementation and aftermaths 18 years later

Lorenzo Burti

Volume 22, numéro 2, automne 1997

Le rôle des hôpitaux psychiatriques

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032416ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032416ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Burti, L. (1997). La réforme italienne, 18 ans après : historique, implantation et conséquences. *Santé mentale au Québec*, 22(2), 71–87.
<https://doi.org/10.7202/032416ar>

Résumé de l'article

En 1978, une réforme psychiatrique radicale qui révolutionna le système de dispensation de soins en santé mentale était adoptée en Italie. La réforme a attiré l'attention internationale pour son engagement ferme à se défaire des hôpitaux psychiatriques traditionnels et à mettre en place à travers le pays un système de soins éliminant ce type d'établissement. Cet article décrit la préparation de la réforme, illustre ses caractéristiques et ses conséquences et fournit des données sur son implantation. Dans les années qui suivirent, des législations pertinentes ont complété la réforme ; elles sont décrites ici. D'autres éléments du processus de mise en oeuvre sont mentionnés et les études empiriques existantes sont aussi passées en revue.



La réforme italienne, 18 ans après : historique, implantation et conséquences

Lorenzo Burti*

En 1978, une réforme psychiatrique radicale qui révolutionna le système de dispensation de soins en santé mentale était adoptée en Italie. La réforme a attiré l'attention internationale pour son engagement ferme à se défaire des hôpitaux psychiatriques traditionnels et à mettre en place à travers le pays un système de soins éliminant ce type d'établissement. Cet article décrit la préparation de la réforme, illustre ses caractéristiques et ses conséquences et fournit des données sur son implantation. Dans les années qui suivirent, des législations pertinentes ont complété la réforme ; elles sont décrites ici. D'autres éléments du processus de mise en œuvre sont mentionnés et les études empiriques existantes sont aussi passées en revue.

En Italie, la tradition de la pratique psychiatrique remonte au 18^e siècle lorsque Vincenzo Chiarugi (1759-1820) élaborait les règles de conduite de l'hôpital S. Bonifacio à Florence (1789) selon les principes éclairés du traitement moral. Avec l'unification de l'Italie en 1861, le besoin d'une législation nationale devenait pressant. Toutefois, ce n'est qu'en 1904 qu'une telle loi est adoptée par le parlement (Loi 36 : « Dispositions au sujet des hôpitaux psychiatriques publics et privés »). La loi 36 était manifestement orientée vers l'hôpital et pro-institutionnelle ; en conséquence, le nombre de résidants dans les hôpitaux psychiatriques a augmenté de façon constante pour atteindre un chiffre record en 1965. Ceci alimenta une critique virulente de la loi et commanda une législation nouvelle et plus moderne à orientation communautaire.

Le mouvement italien de désinstitutionnalisation

Le Dr Franco Basaglia, un brillant psychiatre d'orientation phénoménologique, avait visité la communauté thérapeutique de Maxwell Jones en Grande-Bretagne. Il décida de mettre en place un tel modèle en Italie lorsque lui et ses collègues prirent en charge l'hôpital d'État de Gorozia (un village du nord-est de l'Italie). Personnage pragmatique, Basaglia ne remettait pas en question, en dernière analyse, l'existence

* L'auteur, M.D., est professeur à l'Institut de psychiatrie de l'université de Vérone, Italie.

de la maladie mentale. Il était plutôt préoccupé par les conséquences qu'avait l'institution sur la maladie. Il soutenait que l'incarcération dans un hôpital psychiatrique rendait le patient impuissant et conséquemment, le traitement impossible. Redonner le pouvoir au patient (empowerment) en le libérant, dans un premier temps, était un prérequis essentiel au traitement. En quelques années seulement, l'hôpital était complètement transformé avec l'ouverture des pavillons et la libre circulation des patients au sein de l'hôpital et du village. Les électrochocs, l'isolement et la répression furent bannis et un programme de congé, mis sur pied. Le modèle original de Gorozia a ensuite été répété dans d'autres villes (Arezzo, Ferrara, Parma et Reggio Emilia). Basaglia déménagea à Trieste où il procéda au changement graduel de l'hôpital public et établit des services communautaires qui devinrent une expérience modèle pour la réforme de 1978 et les années à venir (Bennett, 1985 ; Jones et Poletti, 1985, 1986 ; Mosher, 1982).

La Loi 180

Le mouvement de désinstitutionnalisation, qui gagna l'appui des partis politiques progressistes au début de 1978, força le gouvernement à créer une commission inspirée de l'expérience de Basaglia pour réformer la législation psychiatrique. La Loi 180 fut adoptée le 13 mai 1978 presque à l'unanimité. Ses caractéristiques principales sont les suivantes :

- 1) Élimination graduelle des hôpitaux psychiatriques publics en bloquant toutes nouvelles admissions, en vigueur immédiatement, et toutes réadmissions deux ans plus tard (en vigueur à compter du 31 décembre 1980). Résultat : un système psychiatrique sans l'hôpital psychiatrique, et non pas seulement l'ajout de nouveaux services. De tels ajouts risquaient de recruter plus de nouveaux patients au lieu de servir les malades sévèrement atteints, qui continuent à utiliser les hôpitaux psychiatriques comme cela s'était produit dans les autres pays occidentaux. Toutefois, aucun congé prématuré de patients n'est prévue par la loi, favorisant ainsi leur réadaptation graduelle au lieu d'une désinstitutionnalisation soudaine avec ses effets négatifs bien connus.
- 2) De nouveaux services communautaires responsables de dispenser des traitements psychiatriques à la population d'un certain secteur. Ces services doivent être maintenus par le personnel existant, c'est-à-dire provenant de l'hôpital psychiatrique.

- 3) L'hospitalisation, lorsque nécessaire, prendra place dans des petites unités des hôpitaux généraux. Ces unités ne doivent pas excéder plus de 15 lits, pour ainsi éviter une concentration excessive de patients, une caractéristique de l'hôpital psychiatrique qui nuit au bien-être du patient.
- 4) Une évaluation obligatoire et le traitement en cure fermée s'effectueront dans les unités des hôpitaux généraux ; les critères pour une admission involontaire sont : a) une intervention d'urgence nécessaire ; b) un refus de traitement du patient ; c) un traitement communautaire alternatif impossible. La dangerosité n'est pas considérée, car contrairement aux règlements de 1904, la Loi 180 est une loi publique de la santé qui traite des soins et non de surveillance. Deux évaluations médicales indépendantes sont requises pour engager l'action de contrainte, qui doit être approuvée et exigée par les autorités locales de la santé (le maire, ou son représentant). Après qu'un patient a été retenu pendant sept jours, il faut une requête d'un psychiatre pour spécifier et justifier l'extension de cette période. Un juge doit être notifié et il doit ré-examiner le dossier au deuxième et au septième jour. Le patient ou toute autre personne peut en appeler de la décision devant les tribunaux. Certains droits des patients, comme le choix du médecin et de l'hôpital, doivent être respectés dans la mesure du possible, et le consentement du patient et sa collaboration doivent être constamment demandés.

À la fin de l'année, la Loi 180 a été incorporée à la Loi 833, qui a inauguré le Service national de la santé. Ainsi, la réforme psychiatrique devint partie d'une démarche plus globale de tout le système de santé. Le Service national italien assure les soins en santé à tous les citoyens à travers des administrations locales appelées USL (*Unità Sanitarie Locali*, ou unités locales de santé), chacune étant responsable d'une région ayant de 50 000 à 200 000 habitants.

L'implantation de la réforme psychiatrique italienne depuis 1980

Difficultés

Certains problèmes d'ordre politique, économique et organisationnel ont freiné l'implantation de la réforme.

Premièrement, une réforme aussi capitale commandait des changements radicaux à un système qui était, à toute fin pratique, resté le même depuis le début du siècle. Avant la réforme de 1978, les soins alternatifs à ceux de l'hôpital psychiatrique public étaient rares et primitifs : quelques unités dans les hôpitaux généraux, des services communautaires rudimentaires qui étaient gérés par les hôpitaux psychiatriques publics et qui ressemblaient davantage à des dispensaires qu'à des centres modernes de santé mentale. Les travailleurs en santé mentale étaient peu nombreux, sans formation adéquate, la plupart travaillant en milieu psychiatrique. Ainsi, ils étaient marginalisés et en quelque sorte subissaient une certaine discrimination comparativement à d'autres professionnels médicaux quant aux salaires, au statut professionnel et à la façon dont ils étaient considérés. Former ce personnel pour les nouveaux emplois n'était pas une tâche facile. Prescrit par la loi 180, le transfert de ce personnel aux nouveaux services prit un certain temps et entraîna de longues négociations entre les administrations et les syndicats.

Toutefois, les principales difficultés étaient d'ordre économique et politique. La réforme psychiatrique et la mise en œuvre du Service national de santé ont été adoptées en période de récession et dans un climat politique qui se détériorait. La coopération entre les Démocrates-chrétiens et le Parti communiste qui avait apporté un certain nombre de réformes sociales, allait devenir une coalition officielle (le « Compromis historique »). Cette coalition connut une fin brusque avec l'enlèvement et l'assassinat de son principal partisan, Aldo Moro (mai 1978, quelques jours avant l'adoption de la loi 180). De plus, en 1980, la réforme perdit son père et partisan, Basaglia qui meurt subitement.

La réallocation des fonds était aussi difficile : plusieurs années après la réforme, une importante proportion du budget du système de soins en santé mentale (70 à 80 %) était toujours utilisée pour maintenir les hôpitaux psychiatriques, à moitié vides (Ongaro Basaglia et al., 1987).

Étant donné les problèmes économiques et l'instabilité politique, une planification à moyen et long terme qui soit décente était pratiquement impossible. Aucun plan de soins en santé mentale ne put être adopté avant 1994.

Les effets de la réforme

Néanmoins, la réforme de 1978 apporta des changements substantiels au système de soins :

Les hôpitaux psychiatriques publics

À partir de 1984, le nombre de résidents des hôpitaux psychiatriques publics avait diminué de moitié, passant de 60 000 avant la réforme à moins de 30 000 (53 par 100 000 de population). La qualité des soins était généralement pauvre et allait en se détériorant (CENSIS, 1984 ; Maranesi et Piazza, 1986). En 1989, le nombre de patients des hôpitaux psychiatriques avait subi une nouvelle baisse. Toutefois, cette baisse semblait attribuable au taux de mortalité d'une population vieillissante plutôt qu'au succès du programme de congé (Ufficio Ricerca e Documentazione, 1992). Aujourd'hui, le nombre de patients est de moins de 20 000 (35 par 100 000) (la population italienne est de 57,8 millions).

Les hôpitaux psychiatriques privés

Les établissements privés varient dans leur dimension. Alors que la plupart sont de taille moyenne ou petite, quelques-uns situés dans le sud ont la même dimension qu'un hôpital d'État : 500 lits ou plus. Le nombre de patients a diminué au cours des années, au lieu d'augmenter comme l'avaient anticipé certains observateurs avec la politique de blocage des admissions dans les hôpitaux d'État. Aujourd'hui, le nombre de résidents au jour du recensement est d'environ 15 000 et les admissions par an, d'environ 50 000.

Les unités psychiatriques de l'hôpital général

Les services psychiatriques des hôpitaux généraux avaient été développés à travers le pays : 236 unités avec 3113 lits dans les hôpitaux généraux étaient disponibles (5,4 lits par 100 000 de population), sur un nombre total de 389 unités avec 5126 lits planifiés (9,0 par 100 000) (CENSIS, 1985). La plupart des unités étaient situées au sein de l'hôpital général plutôt que dans des immeubles annexes. Ces unités souffraient d'un manque d'espace et étaient souvent en piètre condition. En somme, elles étaient généralement inadéquates pour les besoins des malades mentaux. Ces unités accueillaient environ 80 000 personnes par année, un cinquième étant des malades qui s'y rendaient volontairement, et un autre tiers étant des réadmissions (CENSIS, 1985). Le personnel, essentiellement médical, provenait des hôpitaux psychiatriques publics et manquait de formation pour ce nouvel emploi. L'approche médicale et les interventions pharmacologiques dominaient. En 1989, le nombre de lits des unités psychiatriques des hôpitaux généraux avait augmenté à 4672, s'approchant ainsi du taux considéré optimal (Ufficio Ricerca e Documentazione, 1992).

Les soins globaux pour patients

La fermeture des hôpitaux psychiatriques n'a pas augmenté le nombre d'admissions des hôpitaux privés ni entraîné le phénomène de la porte tournante dans les unités des hôpitaux généraux. Le taux global des soins, incluant les admissions, est demeuré à peu près le même qu'avant la réforme : les unités psychiatriques des hôpitaux généraux ont simplement remplacé les hôpitaux publics en ce qui a trait aux soins des patients. Les hospitalisations involontaires ont diminué de façon significative, passant de 32 521 en 1977, à 13 375 en 1979 (57 et 23 par 100 000 de population, respectivement) (Misiti et al., 1981). De plus, les services communautaires affichaient des taux plus bas que 10 hospitalisations involontaires par 100 000, ou moins (De Salvia, 1984 ; Tansella et al., 1991).

Les services psychiatriques communautaires

Sur les 694 USL existant en Italie, 675 étaient en opération en 1984. Ces services psychiatriques communautaires n'étaient toujours pas distribués également entre les régions. Toutefois, si l'on prend en considération l'ensemble du pays, ils étaient disponibles à plus de 80 % de la population dans sa propre circonscription hospitalière. Ils étaient généralement petits et limités à des services de consultation et à des activités de jour. Une grande part des services étaient ouverts six jours par semaine. Le personnel variait beaucoup d'une région à l'autre par le nombre et la composition : il y avait généralement un mélange de travailleurs transférés des hôpitaux psychiatriques publics ou des services déjà existants et de nouveaux employés. Seulement la moitié des services avait offert des cours de formation. En 1984, environ 320 000 patients ont fait appel aux services psychiatriques communautaires. La plupart des interventions consistaient en des consultations et des visites à domicile. Les interventions pharmacologiques étaient plus fréquentes que celles d'ordre psychologique ou social. La coopération avec les divers autres services était généralement pauvre. Seulement la moitié des services psychiatriques communautaires rapportait en avoir à l'occasion. Une analyse de groupe a permis de caractériser cinq types de services communautaires : les caractéristiques considérées étaient les heures d'ouverture la semaine, le nombre de lits, la disponibilité d'un centre de jour, le nombre et la qualité du personnel, le type de données colligées. Les insuffisances communes étaient liées à la formation du personnel, à l'intégration à d'autres services dans la communauté et au style d'intervention (excessivement médicale) (CENSIS, 1985). Seulement un type, représenté par un des dix services, a été classé inadéquat ; trois

types (représentant plus de la moitié des services) étaient jugés adéquats. Le dernier type (environ un tiers des services) était moins qu'adéquat, toutefois il était jugé acceptable. En 1989, les services psychiatriques communautaires avaient augmenté d'environ 40 nouvelles unités, et les centres de jour s'étaient multipliés par six (Ufficio Ricerche e Documentazione, 1992).

Les services résidentiels

Le nombre insuffisant de services résidentiels pour les séjours de court, moyen et long terme alimentait le mécontentement depuis au moins une décennie. Aussi, le vide laissé par le système public était identifié et graduellement occupé par les organismes privés, particulièrement par les coopératives de services¹, dans une telle mesure qu'en certaines régions, la préoccupation augmenta au sujet du nombre total de malades logés dans ces services. Malheureusement, les données nationales spécifiques ne sont pas disponibles. Ainsi, la dimension globale du phénomène est encore floue, étant donné qu'il échappe aux statistiques officielles. Les données régionales existantes indiquent que les services résidentiels logent un nombre substantiel et grandissant de patients. Par contre, certains services ont des caractéristiques institutionnelles. En fait, alors que les services publics sont habituellement petits et plus familiaux, les services privés ressemblent davantage à des pavillons d'hôpital qu'à des appartements supervisés ou à des foyers de groupe (Gaia et al., 1993 ; Mastroeni, 1994). L'attention grandissante accordée aux dépenses du Service national de santé (qui défraie les coûts d'hébergement) devient le facteur de limitation. Néanmoins, on prévoit que le nombre de ces services privés ira en augmentant, à un rythme plus lent, alors que leur qualité augure mieux, étant donné la compétition féroce et les contrôles plus sévères du Département de santé mentale.

Les coopératives sociales de travail

Seulement 50 coopératives de travail ont été comptées au rapport du recensement de 1985, avec environ 1400 membres dont la moitié ou plus étaient handicapés. En 1989, leur nombre ainsi que celui des membres avaient presque doublé (Ufficio Ricerche e Documentazione, 1992). Au cours des récentes années, ces coopératives ont connu un succès au niveau de l'embauche des personnes souffrant de maladie mentale (Warner, 1994). Elles emploient à la fois des personnes handicapées et des gens ordinaires à des manufactures ou services de diverses dimensions, qui font souvent une concurrence réussie à d'autres

entreprises. En 1991, une nouvelle législation, la loi 381, offrait des incitatifs aux coopératives ayant au moins un tiers de personnes handicapées au sein de leur personnel. Elle accorde des abris fiscaux et permet des contrats directs avec les administrations publiques sans la concurrence des autres commerces.

Vue d'ensemble des études empiriques pertinentes sur l'implantation

Les usagers des services psychiatriques communautaires représentent toutes les catégories de diagnostic, avec un pourcentage élevé de psychoses (De Salvia, 1986; Tansella et al., 1991; Zimmermann Tansella et al., 1985). Même les cas les plus sévères sont traités en communauté; leur part dans le nombre total de patients varie entre 9,4 % et 56 %, selon diverses études (Aroasio et al., 1985; De Salvia et al., 1986; Gater et al., 1995; Tansella et al., 1986). Le nombre d'usagers provenant de classes sociales plus aisées augmente aussi (Martini et al., 1985), ce qui pourrait être l'un des effets de services plus accessibles, plus compétitifs et moins stigmatisés. Finalement, il y a des preuves de l'importance accrue de services communautaires au sein du système plus large de dispensation de soins psychiatriques (Baratta et Burti, 1984; De Salvia, 1986; Frisanco, 1989). De plus, le style d'intervention des services communautaires semble être davantage flexible et intégré que ceux des services hospitaliers. Des interventions combinées sont beaucoup plus représentées que celles strictement pharmacologiques bien que cette proportion soit normalement inversée au sein des services hospitaliers (Bollini et al., 1987; Frisanco, 1989; Muscettola et al., 1987).

Les préférences et la satisfaction à l'égard des services ont été examinées par Frisanco (1989) avec 400 familles de quatre régions échantillonnées, une dans le nord, une du centre et deux dans le sud. Soixante pour cent des familles interrogées préféraient les soins à domicile, en cas de crise, plutôt qu'une admission dans un hôpital, public ou privé. Quatre-vingt pour cent des usagers étaient satisfaits du niveau de soins dispensés.

Les études de suivi

Dans une recherche, 60 patients (11 résidents de l'hôpital public et 49 traités en communauté) avec un diagnostic de schizophrénie ont été suivis pendant sept ans. Les résidents de l'hôpital public n'avaient pas connu de changements au niveau des symptômes ou de leur performance sociale ou ils avaient connu une détérioration de leur perfor-

mance sociale. Une proportion importante de patients suivis dans la communauté avait tendance à demeurer dans le même état au cours des années ; toutefois, 46 % d'entre eux montraient une amélioration symptomatologique, et 26 %, de la performance sociale. Personne de la cohorte communautaire n'était devenu un nouveau patient au long cours (Mignolli et al., 1991).

Dans une autre étude de la même cohorte de patients suivis dans la communauté les besoins de soins ont été évalués en utilisant un instrument standard : le NFCAS (Brewin et al., 1987). Les résultats démontraient que les services psychiatriques de Sud Vérone répondaient aux besoins d'expertise clinique et d'hébergement du groupe de patients suivis (Lesage et al., 1991).

Sept centres avec divers degrés d'activités communautaires ont participé à une recherche multicentrique traitant des patterns de soins et du résultat psychosocial de patients souffrant de schizophrénie (Starace et al., 1988). Cent-seize patients, comparables pour la sévérité de leur maladie au moment de leur inclusion dans l'étude, ont été suivis au cours d'une période de trois ans. L'adaptation sociale de patients traités dans des centres offrant une continuité de soins en plus d'activités de réadaptation psychosociale s'est améliorée au cours du suivi. L'effet des patterns de soins était observable chez les jeunes souffrant de schizophrénie aussi bien que chez les patients plus âgés souffrant de troubles mentaux graves et persistants. Les auteurs ont conclu en mettant l'accent sur le rôle des soins communautaires pour expliquer un résultat psychosocial positif chez les patients schizophrènes.

Proposition pour une révision de la loi 180

Les délais et l'inefficacité déjà mentionnés ont alimenté le mécontentement et accentué l'opposition à la loi 180. Les organismes familiaux et le secteur conservateur professionnel ont milité en faveur d'une modification de la loi. À compter de 1982, sept projets de loi avaient déjà été présentés. Éventuellement, ces propositions ont été abandonnées pour des raisons économiques : aucun budget n'était disponible pour leur application. Les mêmes raisons ont aussi affecté les tentatives de contre-information, comme cela s'était produit avec la réforme.

Un Plan national de santé mentale fut éventuellement adopté par le parlement, en avril 1994. Ce plan reconnaît l'esprit de la loi 180, les effets positifs de son application, mais il en souligne aussi les limites. On y recommande ce qui suit :

- la construction dans toutes les USL d'un réseau de services (des unités dans les hôpitaux généraux, des services d'hébergement communautaire, supervisés et semi-supervisés);
- l'amélioration et la spécialisation de la compétence des travailleurs professionnels;
- l'incorporation de tous les services en santé mentale d'une région donnée sous un organisme administratif parapluie, le Département de santé mentale (DSM);
- le démantèlement des hôpitaux psychiatriques publics;
- l'établissement d'un système efficace d'information;
- la détermination des index de qualité.

Le Plan national de santé mentale établit les lignes directrices des caractéristiques des services du DSM à développer au niveau local dans diverses régions. Le DSM est un organisme regroupant les USL. Il a des responsabilités administratives et de planification; il est dirigé par un psychiatre avec la participation de membres clinique et administratif du conseil exécutif. Il reçoit des fonds sur une base per capita pour couvrir les besoins en santé mentale d'une circonscription hospitalière. Il décide des dépenses budgétaires et de l'utilisation des ressources humaines des services publics, et de l'intégration des services privés existants afin de fournir des soins efficaces et rentables à la population desservie. L'avantage fondamental du DSM est de rendre le budget directement disponible à ceux qui le dépensent (entre autres, les cliniciens), tout en les rendant responsables de la planification des programmes publics et de l'utilisation des programmes privés. Jusqu'à maintenant, le système est bureaucratique et inefficace : les cliniciens privés et publics se disputent l'argent, alors que les administrateurs sont écrasés par une bureaucratie excessive.

Un DSM est généralement responsable pour une population de 150 000 habitants, et dispense les services suivants :

- un centre communautaire de santé mentale (CCSM), ouvert 12 heures par jour et fournissant tous les types d'interventions, des services pour patients externes, aux soins à domicile, au counseling et au support aux familles. L'accent est mis sur la continuité des soins et sur la coordination ainsi que sur les besoins de réadaptation psychosociale en ce qui a trait au travail et à l'insertion d'anciens patients des hôpitaux publics.

- une unité psychiatrique au sein de l'hôpital général avec un lit par 10 000 de population ;
- des services semi-résidentiels, un espace réservé aux activités de jour, de réadaptation et de programmes de travail (par 10 000) ;
- des appartements supervisés et semi-supervisés avec au moins un espace réservé par 10 000 de population pour les anciens patients des hôpitaux psychiatriques et pour les « nouveaux patients avec troubles mentaux graves et persistants ». Ils devront être petits (pas plus de 20 lits) et offrir un environnement de type familial.
- des foyers de groupes.

Les subventions au secteur privé qui complète et intègre les services publics sont aussi décidées par le DSM selon les besoins et la disponibilité des fonds. L'intégration du secteur privé au secteur public est déjà une composante relativement importante du système, particulièrement dans le domaine des services résidentiels, et elle ira probablement en augmentant. Le DSM doit surveiller cette intégration afin de garantir une continuité des soins.

La réforme du Service national de santé

Le système de dispensation des soins en santé mentale est partie intégrante du Service national de santé. Ainsi l'un et l'autre ont subi des changements profonds. Entre 1991 et 1993, un certain nombre de lois ont définitivement révolutionné l'organisation du Service national. Chaque USL a été réorganisée comme une entreprise, un commerce avec une autonomie administrative, économique et technique. Le nombre total d'USL a été réduit de façon à faire correspondre généralement leur autorité à une province (l'équivalent d'un comté). Ces normes pourraient créer des difficultés pour le secteur de la santé mentale. Une préoccupation sans précédent de contenir les dépenses — typique des nouvelles entreprises USL — met la santé mentale en position désavantageuse par rapport à d'autres spécialités médicales plus lucratives ou plus politiquement rentables.

Finalement, après des années de stagnation, une percée décisive pour la fermeture des hôpitaux psychiatriques est venue d'une direction bien différente et surprenante. La loi financière de 1995 ordonna la fermeture de tous les hôpitaux psychiatriques à la fin de 1996. Les régions

ont tenté d'élaborer des moyens pour intégrer cette tâche dans leur planification pour les années 95-96. La récession économique et une toute nouvelle préoccupation pour réduire les coûts de santé ont probablement réussi là où la bonne volonté avait échoué pendant environ deux décennies. On ne sait pas si l'année 1997 va signaler la fin des hôpitaux psychiatriques en Italie, et si tel était le cas, si les conditions des résidents seront améliorées, resteront les mêmes ou se détérioreront. Cela reste à voir. Toutefois, une nouvelle et importante étape après la réforme de 1978 a été prescrite par la loi.

Les organismes de consommateurs

Les organismes familiaux ont été actifs pendant toute la durée de l'implantation de la réforme, dénonçant les déficiences et exprimant leur mécontentement. Ils ont aussi milité en faveur des propositions de loi plus conservatrices mentionnées plus haut. Toutefois, les organismes familiaux italiens n'ont pas été aussi influents ni aussi ouvertement favorables à la psychiatrie biologique et institutionnelle que ne l'ont été les groupes américains (Mosher et Burti, 1989, 1994). Les organismes familiaux prônant la mise en œuvre complète de la loi 180 ont aussi été à l'avant-scène et très actifs.

Récemment, une fédération nationale a été mise sur pied pour des organismes variés, y compris les organismes familiaux, les groupes d'usagers et les coopératives de travail pour handicapés, afin de faire le lien entre eux, les coordonner et leur permettre d'avoir une représentation internationale. L'esprit de la fédération est progressiste, c'est-à-dire favorable à la réforme.

Le développement de groupes d'entraide est assez récent en Italie. Toutefois, il y a un engagement ferme de rattraper le mouvement international. Ces groupes sont généralement moins radicaux que les groupes américains ou européens. Plusieurs ont des liens étroits avec les services psychiatriques locaux, ou ont même été lancés par eux et en sont encore appuyés. C'est la règle dans toutes les régions ayant une bonne tradition de pratique communautaire.

Conclusion

La loi 180 a apporté des changements radicaux au système de dispensation de soins en santé mentale, mais n'a toujours pas été complètement ni également mise en place au pays. Pour ces raisons, elle a été et est toujours controversée. Les commentaires dans la littérature vont de l'approbation fervente (Lacey, 1984; Mosher, 1982, 1983a, 1983b) aux

critiques sévères (Jones et Poletti 1985, 1986). Les évaluations faites par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) des services où la réforme a été appliquée sont élogieuses et encourageantes (Bennett, 1985 ; Jablensky et Henderson, 1983). Au cours des années, les preuves se sont accumulées dans la littérature : là où elle est appliquée, la réforme fonctionne bien (Burti et al., 1986 ; de Girolamo, 1989 ; Martini et al., 1985 ; Mosher, 1983b ; Tansella, 1991 ; Tansella et De Salvia, 1986 ; Torre et Marinoni, 1985).

L'impact de la loi 180 sur le système psychiatrique italien peut être résumé comme suit :

- 1) le nombre de patients dans les hôpitaux psychiatriques publics a baissé d'environ les deux tiers sans entraîner les effets dévastateurs de la désinstitutionnalisation massive observés en d'autres pays, incluant les États-Unis. Un engagement de démanteler finalement les hôpitaux psychiatriques a récemment été adopté ;
- 2) le blocage des admissions aux hôpitaux psychiatriques d'État a empêché l'institutionnalisation ou la ré-institutionnalisation de patients, sans accroître les admissions de court terme aux unités des hôpitaux généraux ou des hôpitaux privés (toutefois, plus de données sont nécessaires sur les services résidentiels des années récentes) ;
- 3) un réseau complet de services pour l'ensemble des patients (résidents ou externes) a été mis en place à travers le pays, desservant plus de 80 % de la population italienne, dans ses propres unités locales de services ;
- 4) l'impact négatif vient essentiellement d'un délai ou d'une implantation incomplète attribuables, en général, à des ressources limitées, à une mauvaise réallocation des ressources disponibles des hôpitaux publics aux nouveaux services. L'intégration médiocre des services et une formation insuffisante du personnel sont aussi des problèmes communs.

Toutefois, il y a suffisamment de preuves que, là où les services sont développés, la réforme a connu un succès. Bien que des régions mal desservies existent, particulièrement dans le sud, une grande partie du pays affiche à tout le moins des services en santé mentale qui sont décentés et assez complets.

Note

1. Ce sont des coopératives gérées par des gens qui fournissent des services aux personnes handicapées : ils faut les distinguer des coopératives sociales dont la mission est de fournir du travail aux personnes handicapées. Ces dernières sont décrites au paragraphe suivant.

RÉFÉRENCES

- AROASIO, L., BONIZZONNI, P., GIRARDENGO, C., MARINONI, A., EBBLI, D., TORRE, E., 1985, Gli alti utilizzatori dei servizi psichiatrici, *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 109, 431-438.
- BARATTA, S., BURTI, L., 1984, Potenziamento dell'attività extra-ospedaliera e contenimento dei ricoveri. Il lavoro di un'équipe psichiatrica, 1979/1983, *Unità Sanitaria*, 55, April-June, 1984, 41-48.
- BENNETT, D. H., 1985, The changing pattern of mental health care in Trieste, *International Journal of Mental Health*, 14, 70-92.
- BOLLINI, P., PIAZZA, A., TOGNONI, G., MUSCETTOLA, G., CASIELLO, M., 1987, Utilizzazione dei servizi e profilo di trattamenti dopo la legge di riforma psichiatrica. *Epidemiologia e Prevenzione*, 31, June 1987, 31-34.
- BREWIN, C. R., WING, J. K., MANGEN, S. P., BRUGHA, T. S., MACARTHY, B., LESAGE, A., 1988, Needs for care among the long-term mentally ill : A report from the Camberwell High Contact Survey, *Psychological Medicine*, 18, 457-468.
- BURTI, L., GARZOTTO, N., SICILIANI, O., ZIMMERMANN, Tansella, C., TANSELLA, M., 1986, South Verona's psychiatric service : An integrated system of community care, *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 809-813.
- CENSIS (Centro Studi Investimenti Sociali), 1984, *Le politiche psichiatriche regionali nel doporiforma e lo stato attuale dei servizi*, Mimeo, Roma : CENSIS.
- CENSIS (Centro Studi Investimenti Sociali), 1985, *L'attuazione della riforma psichiatrica nel quadro delle politiche regionali e dell'offerta quantitativa e qualitativa dei servizi*, Mimeo, Roma : CENSIS.
- DE GIROLAMO, G., 1989, Italian psychiatry and reform law : A review of the international literature, *The International Journal of Social Psychiatry*, 35, 21-37.
- DE SALVIA, D., 1984, Elementi di statistica ed epidemiologia sull'applicazione della 180, *Fogli di Informazione*, 106, 1-22.

- DE SALVIA, D., 1986, Rapporto dal registro psichiatrico dei casi di Portogruaro. Quinquennio 1982-1986, *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 111, 881-975.
- DE SALVIA, D., ROLLE, A., AMODEO, S., 1986, Epidemiologia della lungoassistenza psichiatrica. Risultati di una indagine a Portogruaro, *Epidemiologia e Prevenzione*, 28, September 1986, 23-29.
- FRISANCO, R., ed., 1989, *Utenza psichiatrica e servizi*, Roma, Ter.
- GAIA, S., PIETRASANTA, M., ZUCCOLIN, M., 1993, *La residenzialità non ospedaliera : Disponibilità attuale e progettualità future nell'ambito delle strutture intermedie*, Paper presented at the Giornata di studio della Sezione Piemontese della Società Italiana di Psichiatria : « Assistenza psichiatrica in Piemonte tra pubblico e privato : Dalle passate difficoltà a una maggiore integrazione », Torino, May 29, 1993.
- GATER, R., AMADDEO, F., TANELLA, M., JACKSON, G., GOLDBERG, D., 1995, A comparison of community based care for schizophrenia in South-Verona and South Manchester, *British Journal of Psychiatry*, 166, 344-352.
- JABLENSKY, A., HENDERSON, J., 1983, *Report on a visit to the South-Verona community psychiatric service*, WHO Assignment Report, Copenhagen and Geneva, WHO.
- JONES, K., POLETTI, A., 1985, Understanding the Italian experience, *British Journal of Psychiatry*, 146, 341-347.
- JONES, K., POLETTI, A., 1986, The "Italian experience" reconsidered, *British Journal of Psychiatry*, 148, 144-150.
- LACEY, R., 1984, Where have all the patients gone ?, *Guardian*, July 4.
- LESAGE, A. D., MIGNOLLI, G., FACCINCANI, C., TANELLA, M., 1991, Standardized assessment of the needs for care in a cohort of patients with schizophrenic psychoses, in M. Tansella, M., ed., *Community-based Psychiatry : Long-term Patterns of Care in South-Verona*, Psychological Medicine Monograph Supplement 9, 27-33, Cambridge, Cambridge University Press.
- MARANESI, T., PIAZZA, A., 1986, Dopo la 180 i dati della prima indagine sull'assistenza psichiatrica in Italia, La verità è dolce, *Scienza Esperienza*, 9, 17-21.
- MARTINI, P., CECCHINI, M., CORLITO, G., D'ARCO, A., NASCIMBENI, P., 1985, A model of a single comprehensive mental health service for a catchment area : a community alternative to hospitalization, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 72, 316, 95-120.

- MASTROENI, A., 1994, Pubblico e privato nella psichiatria lombarda : Le ragioni di una crisi, *Medicina Democratica*, 94, May-June 1994, 47-53.
- MIGNOLLI, G., FACCINCANI, C., PLATT, S., 1991, Psychopathology and social performance in a cohort of patients with schizophrenic psychoses. A 7-year follow-up study, in Tansella, M., ed., *Community-based Psychiatry : Long-term Patterns of Care in South Verona*, Psychological Medicine Monograph Supplement 9, pp. 17-26, Cambridge : Cambridge University Press.
- MISITI, R., DEBERNARDI, A., GERBALDO, C., GUARNIERI, M., 1981, *La riforma psichiatrica : Prima fase di attuazione*, Roma, Il Pensiero Scientifico.
- MOSHER, L. R., 1982, Italy's revolutionary mental health law : An assessment, *American Journal of Psychiatry*, 139, 199-203.
- MOSHER, L. R., 1983a, Radical deinstitutionalization : The Italian experience, *International Journal of Mental Health*, 11, 129-136.
- MOSHER, L. R., 1983b, Recent development in the care, treatment, and rehabilitation of the chronic mentally ill in Italy, *Hospital and Community Psychiatry*, 34, 945-950.
- MOSHER, L. R., BURTI, L., 1989, *Community mental health : Principles and practice*, New York, Norton.
- MOSHER, L. R., BURTI, L., 1994, *Community mental health : A practical guide*, New York, Norton.
- MUSCETTOLA, G., CASIELLO, M., BOLLINI, P., SEBASTINI, G., PAMPALLONA, S., TOGNONI, G., 1987, Pattern of therapeutic intervention and role of psychiatric settings : A survey in two regions of Italy, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 75, 55-61.
- ONGARO BASAGLIA, F. and 10 cosponsors, 1987, Disegno di Legge : Provvedimenti per la programmazione, l'attuazione e il finanziamento dei servizi di salute mentale ad integrazione ed attuazione di quanto disposto dagli articoli 33, 34, 35 e 64 della legge 23 dicembre 1978, No. 833, *Atti Parlamentari, Senato della Repubblica*, 2312, 1-14.
- STARACE, F., CATAPANO, F., MAGURNO, F., VALENTE, A., GRITTI, P., DELL'ACQUA, G., DE MARCO, F., DOMENICI, F., PASQUATO, D., RUDAS, N., VESCERA, M., 1988, Patterns assistenziali e outcome psicosociale in pazienti schizofrenici. Studio prospettivo triennale, *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 112, Suppl. 3, 629-646.
- TANSELLA, M., 1991, Community care without mental hospitals : Ten years experience, in Tansella, M., ed., *Community-based psychiatry : Long-term patterns of care in South-Verona*, Psychological Medicine Monograph Supplement 19, pp. 47-48, Cambridge : Cambridge University Press.

- TANSELLA, M., BALESTRIERI, M., MENEGHELLI, G., MICCIOLO, R., 1991, Trends in the provision of psychiatric care 1979-1988, in Tansella, M., ed., *Community-based Psychiatry : Long-term Patterns of Care in South-Verona*, Psychological Medicine Monograph Supplement 19, pp. 5-16, Cambridge, Cambridge University Press.
- TANSELLA, M., DE SALVIA, D., 1986, Case registers in comprehensive community psychiatric services areas in Italy, in ten Horn, G. H. M. M., Giel, R., Gulbinat, W.H., Henderson, J.H., eds., *Psychiatric Case Registers in Public Health, A worldwide inventory, 1960-1985*, Amsterdam, Elsevier.
- TANSELLA, M., DE SALVIA, D., WILLIAMS, P., 1987, The Italian psychiatric reform : Some quantitative data, *Social Psychiatry*, 22, 37-48.
- TANSELLA, M., MICCIOLO, R., BALESTRERI, M., GAVIOLI, I., 1986, High and long term users of mental health services, *Social Psychiatry*, 21, 96-103.
- TORRE, E., MARINONI, A., 1985, Register studies : Data from four areas in northern Italy, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 72, Suppl. 316, 87-94.
- UFFICIO RICERCHE E DOCUMENTAZIONE IN MATERIA AMBIENTALE, SOCIALE E CULTURALE, Dipartimento Socio-culturale, 1992, *La tutela della salute mentale*, Dossier Provvedimento No. 69, Novembre 1992, Roma, Camera dei Deputati : Servizio Studi.
- WARNER, R., 1994, *Recovery from Schizophrenia : Psychiatry and Political Economy*, 2nd ed., New York, Routledge.
- ZIMMERMANN, M., TANSELLA, C., BURTI, L., FACCINCANI, C., GARZOTTA, N., SICILIANI, O., TANSELLA, M., 1985, Bringing into action the psychiatric reform in South-Verona. A five-year experience, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 72, Suppl. 316, 71-86.

ABSTRACT

The Italian psychiatric reform : history, implementation and aftermaths 18 years later

In 1978 a radical psychiatric reform was passed in Italy, that revolutionized the mental health delivery system. The reform has attracted international attention for its resolute commitment to getting rid of the traditional state hospital and implementing a nationwide mental health system without this type of hospital. The paper begins by depicting its preparation, then after charting the main features of the reform and its implications, it moves on to providing data on the implementation. In the following years relevant legislation has supplemented the reform and is covered in the paper. Other concurrent elements of the implementation process are mentioned and existing empirical studies reviewed.