Document generated on 06/26/2025 2:28 a.m.

Santé mentale au Québec

La réinsertion sociale : entre l'enthousiasme et l'amertume

Céline Mercier

Volume 13, Number 1, June 1988

La réinsertion sociale

URI: https://id.erudit.org/iderudit/030422ar
DOI: https://doi.org/10.7202/030422ar

See table of contents

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)
1708-3923 (digital)

Explore this journal

Cite this document

Mercier, C. (1988). La réinsertion sociale : entre l'enthousiasme et l'amertume. *Santé mentale au Québec*, *13*(1), 11–17. https://doi.org/10.7202/030422ar

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec,1988

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

Santé mentale au Québec, 1988, *XIII*, 1, 11-17.

Éditorial

La réinsertion sociale: entre l'enthousiasme et l'amertume

Céline Mercier*

> « À dire vrai, le départ d'un patient est presque toujours thérapeutique pour l'hôpital et son personnel. »
> (Simon, 1965, 72)

Cette citation, déjà ancienne, exprime par l'absurde les rapports complexes et ambivalents que des intervenants[1] peuvent entretenir avec la notion de réinsertion sociale. Or, des éléments de contexte, qui tiennent tant à la situation des intervenants qu'aux caractéristiques de la clientèle peuvent expliquer le fait que la réinsertion sociale puisse être vécue tantôt comme un défi stimulant, tantôt comme un impossible fardeau. En fait, si on interroge la notion de réinsertion sociale elle-même, on en découvre les multiples facettes et on se trouve amenés à proposer de nouvelles façons de composer avec des objectifs d'intervention reliés à la réinsertion sociale.

Des intervenants en situation difficile...

En 1986, la revue *Psychiatric Annals* (Duhl et al., 1986) a consacré un numéro à la « crise » actuelle des intervenants en santé mentale. Pour les responsables de la publication, cette crise est due au fait que les règles du jeu sont en train de changer, ce qui représente une source considérable de stress pour tous les acteurs. La complexité croissante du champ est à la source de ce remue-ménage:

> « On peut maintenant définir un « complexe en santé mentale » où l'on trouve moins de contrôle, mais une plus grande interdépendance des champs dans le complexe. » (notre traduction) (Duhl et al., 1986, 444).

En même temps que le modèle en appelle de plus en plus à l'interdépendance, on assiste à l'éclatement et à la multiplication des rôles. Les tensions s'accumulent autour de la question « qui va faire quoi? ». Au Québec, le Comité de la politique en santé mentale a aussi souligné les contraintes organisationnelles vécues par les intervenants:

> « Les intervenants, et plus particulièrement ceux et celles qui sont engagés dans une relation d'aide, que l'on désigne par le terme « care », se heurtent quotidiennement à la dure réalité des personnes aux prises avec des problèmes intenses et sévères. Ils doivent composer avec les contraintes d'un système où les grands paramètres de leur environnement de travail sont établis selon des logiques souvent extérieures aux conditions particulières de pratique en santé mentale. L'encadrement professionnel et institutionnel auquel sont soumis les intervenants n'est pas toujours propice à une pratique qui doit considérer la personne dans sa globalité et l'accompagner dans les lieux qui lui sont significatifs. » (Comité de la politique de santé mentale, 1987, 69).

Dans ces conditions, l'intervenant auprès des clientèles à long terme se sent souvent impuissant face à une situation sur laquelle il n'a que peu de contrôle. Il a l'impression de se retrouver en porte-en-faux face à des objectifs et à des indicateurs de rendement généralement conçus dans une perspective de court terme

* L'auteure, Ph.D., travaille à l'unité de recherche psychosociale, Centre de recherche du Centre hospitalier Douglas.

(Mercier, 1986). Ce qui peut le conduire à la résignation acquise ou contribuer à l'épuisement professionnel (Bibeau, 1985; Lamb, 1979).

Aux transformations de type organisationnel, correspondent des modifications dans les pratiques professionnelles. Estroff remarque que les « praticiens de la réadaptation psychosociale sont habilités à traiter la souffrance psychique, la confusion et la psychose » (1983, 8), mais qu'ils passent beaucoup plus de temps à régler des problèmes de logement, de pauvreté, d'emploi, de solitude et de peur. Les nouvelles orientations vers la réinsertion sociale font appel à des compétences différentes de celles que les intervenants ont développées:

> « On met moins l'accent sur des changements de comportements ou sur le contrôle d'une pathologie, à l'aide de psychothérapies. Il s'agit plutôt d'assurer des fonctions d'encadrement, de liaison, de coordination et de défense des droits pour assurer l'accès aux services et aux ressources. » (notre traduction) (Rubin et Johnson, 1982, 4).

Pour être efficaces, les interventions doivent être suivies de près pour s'assurer que la clientèle aussi bien que les ressources donneront suite aux démarches engagées. Plus souvent qu'autrement, l'intervenant se retrouve au front (« society's front-line troops », Estroff, 1983, 7).

Face à ces nouvelles exigences de la pratique, différents types de réactions peuvent apparaître. Les résultats de la recherche de Rubin et Johnson révèlent que, sous couvert de coordination de plans de services, les praticiens ont tendance à réintroduire des pratiques plus familières, la psychothérapie en particulier. Un principe semble ici important à retenir: « Plus l'innovation prend un caractère général, plus grandes sont les chances que son implantation reflète les vues des praticiens plutôt que celles de ses concepteurs » (Rubin et Johnson, 1982, 11). En d'autres termes, l'adhésion à un principe ne garantit pas nécessairement sa traduction effective dans une pratique. La réinsertion sociale pourrait être un de ces principes auxquels on souscrit volontiers, sans que cela n'influence les modes d'intervention.

Selon l'Association des hôpitaux du Québec (1986), les intervenants représentent un frein à l'évolution des modes d'intervention:

> « La résistance des mentalités des professionnels serait sans doute un obstacle majeur à un modèle d'agencement de services favorable à des approches alternatives de traitement. » (Association des hôpitaux du Québec, 1986, 28).

Lorsqu'il s'agit de savoir d'où vient cette résistance, l'Association propose la lecture suivante:

> « Au Québec, les psychiatres qui dans les années 60 favorisaient une approche plus communautaire de la psychiatrie ont fortement été « échaudés » par les conflits inter-professionnels. Le bilan qu'ils tracent retient comme élément important le fait que le système ne leur a pas donné tous les outils administratifs nécessaires pour mener à bien cette mission. » (Association des hôpitaux du Québec, 1986, 29).

Les intervenants d'autres disciplines sont sans doute autant d'accord avec cette observation, qu'avec la constatation inverse: certains psychiatres sont peu empressés à se déplacer vers la communauté, les préoccupations pour la réinsertion sont davantage assumées par les autres membres de l'équipe multidisciplinaire et souvent conduites en marge ou en périphérie de l'activité du psychiatre. Suivant Minkoff et Stern (1985), l'approche psychosociale pourrait être particulièrement confondante pour les personnes formées en psychiatrie, dans la mesure où les résidents sont préparés à soigner une maladie. Or, l'intervention psychosociale met davantage l'accent sur la personne malade que sur la maladie, sur l'adaptation à l'incapacité et sur la réadaptation. Pour un médecin, cela peut représenter un aveu d'impuissance et l'intervention de type psychosocial risque d'être perçue comme inefficace, puisqu'elle n'a pas la prétention de guérir. L'intervention auprès des clientèles au long cours soulève aussi d'autres paradoxes, reliés cette fois aux caractéristiques des clientèles et sans doute vécus par l'ensemble des intervenants.

Et des clientèles difficiles ...

L'absence de progrès rapide, le manque de motivation ou des facteurs cliniques (symptômes négatifs) sont régulièrement évoqués pour expliquer la difficulté de l'intervention auprès des personnes qui souffrent de problèmes émotifs sévères (Gallop et Wynn, 1987; Menninger, 1984; Mercier, 1986). L'étendue de leurs demandes et de leurs besoins, la nécessité d'assurer un soutien continu et à long terme représentent autant

de raisons de préférer des clientèles moins lourdes (Kirk et Therrien, 1975; Minkoff et Stern, 1985; Mirabi et al., 1985). La dépendance extrême et la passivité des patients psychiatriques chroniques heurtent particulièrement les intervenants (Colson et al., 1985; Jones, 1975). Le retrait et la résistance au changement entraînent chez le personnel des réactions d'impuissance et de colère (Colson et al., 1986). Quant aux patients plus jeunes qui sont au contraire débordants d'énergie et très demandants, ils soulèvent tout autant la frustration (Sheets et al., 1982). De façon générale, les patients psychiatriques chroniques souffrent « de ne pas être aimés » dans le réseau des services. Ils sont perçus comme antipathiques, exigeants et menaçants ou, au contraire, comme ennuyeux, obstinés et paresseux (Pomeroy, 1982). Suivant Kirk et Therrien (1975) et Lamb (1979), l'idéal de la réinsertion pourrait avoir eu comme effet inattendu d'exacerber la perception des déficits fonctionnels des patients à long terme. On doit aussi considérer que suite à la désinstitutionnalisation, la personne visée par l'intervention a changé de statut: de « patient » elle est devenue une « personne libre »:

> « Il est évident que la liberté nouvelle de l'ère post-institutionnelle est stressante pour les planificateurs et les intervenants, aussi bien que pour les patients. La désinstitutionnalisation leur donne la possibilité de faire des choix et plusieurs patients psychiatriques chroniques ne vont pas faire le meilleur. Ils choisissent d'être plus dépendants que nécessaire ou de refuser le traitement dont ils ont besoin. Et on ne peut pas y changer grand chose. » (notre traduction) (Minkoff, 1987, 949).

Finalement, quand on évoque la question de la réinsertion sociale des patients psychiatriques chroniques, on se réfère implicitement à ceux et celles pour qui cette réinsertion fait problème. À l'évidence, lorsque ceux-ci sont effectivement réinsérés, ils ne sont plus visibles, n'existent plus à titre de patients, de malades mentaux, de chroniques. On peut ainsi facilement oublier que certains ont effectivement continué d'occuper une place dans leur milieu malgré leurs difficultés et que d'autres se sont progressivement réinsérés, après un temps de retrait plus ou moins long.

Maintenant que l'on dispose d'études à long terme (plus de 20 ans) sur des populations de schizophrènes, on réalise que 46 à 68 % des personnes s'améliorent de façon sensible ou se rétablissent complètement (Harding et al., 1987). Par rapport à l'évolution des patients au long cours, les cliniciens comme les chercheurs ont en fait une perception biaisée. Les cliniciens parce que les personnes qu'ils continuent à voir ou à revoir de façon périodique sont précisément celles qui continuent à avoir besoin de soins et d'assistance. Quant aux chercheurs, ils recrutent généralement leurs échantillons parmi les populations en traitement ou parmi des usagers des services, si bien que là encore, les personnes qui ont davantage de difficultés ont plus de chances d'être sélectionnées pour des recherches.

Ainsi, est-on davantage sensible aux personnes dont la réinsertion s'avère la plus problématique: celles qui sont réinsérées à titre de patients ou de malades et qui vivent en milieu naturel de façon aussi restrictive et isolée qu'en institution; celles qui sont sans cesse rejetées vers l'institution (les portes tournantes); celles qui sont tombées du filet (les itinérants). C'est en référence à ces clientèles que se pose la question de la légitimité de la réinsertion sociale.

Les paradoxes de la réinsertion sociale

Les personnes qui souffrent de problèmes émotifs sévères sont souvent perçues à partir des services qui ont été mis en place pour faciliter leur réinsertion sociale (les portes tournantes, les exclus du système). Or, Corin et Lauzon (1986) ont attiré l'attention sur ce qu'avait de paradoxale l'association services et réinsertion sociale:

> « Au niveau même de la désinstitutionnalisation, l'un des paradoxes de notre système est la contradiction, vécue et exprimée comme telle par plusieurs des patients que nous avons interrogés, entre l'idéal d'une réinsertion « normale » et le fait que nous mettions en place un ensemble de programmes et de ressources qui cherchent souvent à s'assurer que le patient demeure bien en contact avec le système et ne tombe pas entre les mailles de nos interventions. » (Corin et Lauzon, 1986, 51).

En Belgique, Zénoni fait le même constat d'une impasse. Il remarque que les interventions extra-hospitalières « finissent par adapter le patient à cette sorte de nouveau milieu qu'est le milieu de la prise en charge » (1986, 739). Au bout du compte,

« Réinséré social » un individu risque de l'être pour toujours, sans que ses difficultés personnelles soient pour autant résolues et sans que le but social lui-même soit atteint: géographiquement inséré, il le sera pourtant au titre de son handicap ou de sa déviance, rejoignant donc socialement la catégorie des personnes qui demandent des mesures d'accueil et de soutien dont les gens ordinaires peuvent se passer. » (Zénoni, 1986, 740).

Ce paradoxe de la réinsertion par des structures cliniquement identifiées est entretenu par le fait que la réinsertion sociale représente tantôt un objectif, tantôt un moyen de réadaptation. Objectif et moyen sont parfois même complètement confondus l'un et l'autre:

« Le placement d'une personne « désinstitutionnalisée » dans une ressource de petite taille, que l'on aura gratifiée d'un nom associé à la « communauté » plutôt qu'au terme odieux d'« institution » n'entraîne pas *ipso facto* l'autonomie, des expériences « normalisantes », ou un plus grand plaisir de vivre. » (notre traduction) (Noble et Conley, 1981, 104).

À l'intérieur de cette confusion entre objectif et moyen, la dimension « processus » de la réinsertion sociale risque d'être occultée. Qui dit processus parle d'interaction entre des personnes et leur milieu de vie, ce qui a conduit Corin et Lauzon (1984, 1986) à faire l'hypothèse d'une désinstitutionnalisation sociale des ex-patients psychiatriques:

« Les patients psychiatriques ont du mal à réintégrer une position dans le cadre des institutions sociales de base de notre société (famille, travail ...) et au sein des rapports sociaux. Ce processus que nous qualifions de désinstitutionnalisation sociale fait obstacle à la réinsertion sociale qui était visée par la désinstitutionnalisation en rapport à l'institution-hôpital. Les patients se trouvent dès lors rejetés du côté de leur rôle de malade, ce qui accentue leurs chances d'être réhospitalisés ou les amène à une position de repli social. » (Corin et Lauzon, 1984, 169).

C'est en observant les processus de réinsertion de patients schizophrènes et leur issue, que ces chercheurs ont pu mesurer l'écart entre les conceptions de la réinsertion véhiculées dans les discours politiques et professionnels et les stratégies réelles des personnes:

« Nos entrevues montrent ainsi que c'est souvent à partir de la marge que se réinsèrent les personnes qui ont reçu un diagnostic de schizophrénie (...). Le danger d'une optique qui voudrait définir a priori ce que seraient une « bonne » et une « mauvaise » réinsertion sociale est d'occulter ou de nier la valeur positive possible de ce qui se met ainsi en place en des lieux différents des nôtres. » (Corin et Lauzon, 1986, 51).

Cette centration sur le processus de la réinsertion sociale a l'immense mérite de permettre l'entrée en scène de l'acteur principal, soit la personne en voie de réinsertion. À un premier niveau, on est ainsi amené à réaliser que la réinsertion ou l'insertion sociale représente d'abord un besoin personnel:

« Quand on part un programme de désinstitutionnalisation, il faudrait au moins s'assurer que les besoins remplis en institution le soient également dans la communauté. Besoins de base auxquels on doit, de plus, ajouter la réintégration communautaire. Cette évidence est souvent oubliée. » (Guay, 1987, 94).

À un autre niveau, cette considération pour la personne permet d'être attentif aux différents styles de rapport que les personnes entretiennent avec leur milieu. On constate alors que les modalités de la réinsertion sont multiples et marquées par les caractéristiques des personnes et du milieu d'appartenance. La démonstration la plus frappante de ce fait est celle de la position différente qu'occupent les hommes et les femmes face à la réinsertion (Bachrach, 1984; Randolf et al., 1986; Santé et Bien-être social Canada, 1986; Segal et Everett-Dille, 1980).

Une même diversité des rapports avec le milieu a aussi été observée parmi les jeunes (Sheets et al., 1982), parmi la clientèle de structures d'hébergement (Lamb et Goertzel, 1977), d'un centre de psychiatrie communautaire (Zellmer et al., 1986) ou d'un programme de suivi communautaire (Braucht et Kirby, 1986).

À la lecture de ces travaux, on se trouve sensibilisé au risque d'une intervention trop directive, intervention qui ne tiendrait pas suffisamment compte de la personnalité et des dispositions de la personne concernée. Drake et Sederer (1986) signalent ainsi les effets défavorables d'un traitement intensif de la schizophrénie. Ils sont d'avis que « les traitements les plus adéquats sont ceux qui s'apparentent à un soutien léger au processus naturel de la guérison d'une blessure ». Ils sont d'avis que « le patient est un agent actif dans le cours de sa propre maladie et que son point de vue est bien fondé » (p. 321). Par ailleurs, Minkoff rappelle qu'« à

l'ère post-institutionnelle, les patients ne sont plus des bénéficiaires passifs de soins. Il ne suffit plus de mettre sur pied de bons programmes; il faut s'assurer que les patients décident d'y participer» (1987, 947).

Conclusion

De la réinsertion sociale conçue comme un objectif, un moyen, un processus ou un besoin, on en est finalement venu à la considérer aussi comme l'expression d'un style personnel et unique de rapport au milieu. Quand l'esprit commence ainsi à s'égarer dans les méandres des appropriations sémantiques d'un même terme, il est bon de pouvoir se raccrocher au sens premier des mots et de se tourner vers un bon vieux dictionnaire. Dans mon cas, mon préféré est vraiment un «vieux» dictionnaire, le Littré (1863-1872), excellent pour mettre les mots en perspective. Le Littré nous apprend donc que le mot «intervenant» (substantif) a le sens légal de caution. L'intervention est-elle définie comme:

1. une opération par laquelle on intervient, ou se mêle de quelque affaire;
2. une action par laquelle on intervient soit comme médiateur, soit comme supérieur;
3. dans une affaire légale ou judiciaire, l'action de s'introduire dans une instance pendante entre deux ou plusieurs parties.

En 1987, «intervention» conserve toujours sa connotation légale «d'intercession». «Intervenant» continue à être défini comme un terme de droit: «qui intervient dans une instance, un procès (Petit Robert, 1024)».

Ce détour par le dictionnaire révèle que les termes intervention et intervenant sont associés aux notions de «médiation-intercession» et de «caution». Or, il m'apparaît que sur le continuum institution-communauté, que le long du cheminement depuis les interventions les plus spécialisées vers les plus normalisantes, que dans les passages de milieux de moins en moins contraignants, le rôle de l'intervenant en est souvent un de médiateur, alors que la demande du milieu en est une de caution. Les exemples en sont nombreux et à tous les niveaux.

Déjà, dans le cas de l'implantation du plan de psychiatrie communautaire de l'Hôpital des Laurentides, Dorvil a démontré combien les préposés aux malades de l'hôpital avaient contribué à «soutenir les premiers pas du patient dans la communauté» (1987, 62).

Au dernier congrès de la Fédération des CLSC, ces derniers se sont dits «partie prenante de la désinstitutionnalisation et de la réinsertion sociale» (Fédération des CLSC, 1987), mais à la condition d'avoir l'assurance du soutien des intervenants de deuxième et de troisième ligne. Des programmes résidentiels vont accepter des références en autant que la personne soit suivie par un psychiatre, un travailleur social, qui jouera en quelque sorte le rôle de caution. Ce rôle de caution, ces programmes de transition le joueront à leur tour lorsqu'ils intercèderont auprès de groupes communautaires ou de ressources du milieu pour y inscrire leurs clients. Ils s'en porteront alors garants: «S'il y a quelque chose, appelez-nous». Des ressources alternatives comme PAL ou Projet Suivi Communautaire se sont ainsi données comme mission de négocier pour leurs membres l'accès aux ressources. À PAL, par exemple, on «soigne» particulièrement les concierges et les propriétaires de maisons de chambre. Les membres de PAL en deviennent de bons locataires, puisqu'ils sont plus stables, paient régulièrement leur loyer, et que s'il y a un problème, on sait à qui s'adresser.

Cette position de négociateur et de caution peut expliquer le succès de certains programmes américains de réinsertion au travail. À Fountain House, par exemple, on dispose d'un bassin d'emplois dans différentes entreprises. Or, Fountain House offre pour chaque contrat au moins deux garanties: l'organisme prend en charge la formation pour le poste; il assure l'employeur de la présence quotidienne d'un employé à ce poste. Ce qui permet à Fountain House d'aménager la formation et les temps de travail (plus d'une personne peuvent occuper un même poste) suivant les capacités de ses clients. L'entreprise y trouve par ailleurs son compte puisque cette formule règle les problèmes d'absentéisme et de rotation du personnel fréquents dans les emplois subalternes.

Ce type d'échange bi-latéral entre la communauté et une structure de réinsertion démontre combien la réinsertion sociale ne se construit pas à coup de bonne volonté et qu'un accord de principe gagne à s'appuyer sur des intérêts partagés. Il me semble que c'est là un préalable essentiel à «l'alliance thérapeutique», au «plan de services individualisé», «au partenariat élargi». Devant un projet d'intervention, une proposition

d'activités, une idée de référence, cela peut être sain de se demander: 1) quel en est l'intérêt pour les personnes ou les organismes concernés et 2) quelles garanties peut-on offrir?

La réinsertion sociale n'est ni un principe abstrait, ni un processus normatif. Il s'agit plutôt d'une réalité changeante où la liaison entre des besoins, des ressources et un milieu d'accueil n'est jamais définitive. En se donnant un rôle de facilitateur et de soutien, l'intervenant peut davantage adopter une attitude attentive plutôt que directive. Il lui appartient alors de doter la personne d'une marge de manœuvre suffisante pour que se jouent, avec le moins de contraintes possible, les dynamiques personne-milieu.

Note

1. Le terme « intervenant » est utilisé dans son sens large: « Par intervenant, nous entendons tout individu, professionnel ou non, en relation d'aide, quelle que soit l'organisation au sein de laquelle s'effectue cette relation » (Comité de la politique de santé mentale, 1987, 14).

Références

Association des hôpitaux du Québec, 1986, *Vers une ré-orientation des services psychiatriques au Québec*, Mémoire présenté au comité, présidé par le Docteur Gaston Harnois, et mandaté par la ministre de la Santé et des services sociaux pour élaborer un projet de politique de santé mentale, Montréal, Association des hôpitaux du Québec, Miméo.

Bachrach, L.L., 1984, Deinstitutionalization and women. Assessing the consequences of public policy, *American Psychologist, 39*, no. 10, 1171-1177.

Bibeau, G., 1985, Le burn-out: dix ans après, *Santé mentale au Québec, X*, no. 2, 30-44.

Braucht, G.N., Kirby, M.W., 1986, An empirical typology of the chronically mentally ill, *Community Mental Health Journal, 22*, no. 1, 3-20.

Colson, D.B., Allen, J.G., Coyne, L., Deering, D., Jehl, N., Kearns, W., Spohn, H., 1985, Patterns of staff perception of difficult patients in a long-term psychiatric hospital, *Hospital and Community Psychiatry, 36*, no. 2, 168-172.

Colson, D.B., Allen, J.G., Coyne, L., Dexter, N., Jehl, N., Mayer, C.A., Spohn, G., 1986, An anatomy of countertransference: Staff reactions to difficult psychiatric hospital patients, *Hospital and Community Psychiatry, 37*, no. 9, 923-928.

Comité de la politique de santé mentale, 1987, *Pour un partenariat élargi: projet de politique de santé mentale pour le Québec.*

Corin, E., Lauzon, G., 1984, Chronicité psychiatrique et désinstitutionnalisation: une approche sociale en psychiatrie, *Santé mentale au Québec, IX*, no. 2, 168-172.

Corin, E., Lauzon, G., 1986, Les évidences en question, *Santé mentale au Québec, XI*, no. 1, 42-59.

Dorvil, H., 1987, La tolérance de la communauté à l'égard du malade mental, *Santé mentale au Québec, XII*, no. 1, 55-66.

Drake, R.E., Sederer, L.I., 1986, The adverse effects of intensive treatment of chronic schizophrenia, *Comprehensive Psychiatry, 27*, no. 4, 313-326.

Duhl, L.J., Cummings, N.A., Hynes, J.J., 1986, The emergence of the mental health complex: Introduction, *Psychiatric Annals, 16*, no. 8, 442-447.

Estroff, S.E., 1983, How social is psychosocial rehabilitation?, *Psychosocial Rehabilitation Journal, VII*, no. 2, 6-20.

FCLSCQ, 1987, *Synthèse des rapports des ateliers*, 13è Congrès de la Fédération des CLSC du Québec, Montréal, FCLSCQ, Miméo.

Gallop, R., Wynn, F., 1987, The difficult inpatient: Identification and response by staff, *Canadian Journal of Psychiatry, 32*, 211-215.

Guay, J., 1987, Allocution prononcée au Colloque: Une politique ... pour qui?, Association canadienne pour la Santé mentale, Division du Québec, *Une politique pour qui? Rapport final du colloque annuel*, Montréal, ACSM, 90-113.

Harding, C.M., Zubin, J., Strauss, J.S., 1987, Chronicity in schizophrenia: Fact, partial fact or antifact?, *Hospital and Community Psychiatry, 38*, no. 5, 477-486.

Jones, M., 1975, Community care for chronic mental patients: The need for a reassessment, *Hospital and Community Psychiatry, 26*, no. 2, 94-98.

Kirk, S.A., Therrien, M.E., 1975, Community mental health myths and the fate of former hospitalized patients, *Psychiatry, 38*, 209-217.

Lamb, H.R., 1979, Staff burn-out in work with long-term patients, *Hospital and Community Psychiatry, 30*, no. 6, 396-398.

Lamb, H.R., Goertzel, V., 1987, The long-term patient in the era of community treatment, *Archives of General Psychiatry, 34*, 679-682.

Littré, P.E., 1863-1872, *Dictionnaire de la langue française*, Tome 2, Chicago, Encyclopaedia Britannica, 1982.

Menninger, W.W., 1984, Dealing with staff reactions to perceived lack of progress by chronic mental patients, *Hospital and Community Psychiatry, 35*, no. 8, 805-808.

Mercier, C., 1986, L'intervention à l'hôpital psychiatrique à l'ère de la déshospitalisation, *Santé mentale au Canada*, *34*, no. 3, 15-20.

Minkoff, K., 1987, Beyond deinstitutionalization: A new ideology for the postinstitutional era, *Hospital and Community Psychiatry*, *38*, no. 9, 945-950.

Minkoff, K., Stern, R., 1985, Paradoxes faced by residents being trained in the psychosocial treatment of people with chronic schizophrenia, *Hospital and Community Psychiatry*, *36*, no. 8, 859-864.

Mirabi, M., Weinman, M.L., Magnetti, S.M., Keppler, K.M., 1985, Professional attitudes toward the chronic mentally ill, *Hospital and Community Psychiatry*, *36*, no. 4, 404-405.

Noble, J.H., Conley, R.W., 1981, Fact and conjecture in the policy of deinstitutionalization, *Health Policy Quarterly*, *1*, no. 2, 99-124.

Pomeroy, E., 1982, Community care of the chronic or long-term psychiatric patient, *Canadian Journal of Community Mental Health*, *1*, no. 1, 53-59.

Randolf, F.L., Lindenberg, R.E., Menn, A.Z., 1986, Residential facilities for the mentally ill: Needs assessment and community planning, *Community Mental Health Journal*, *22*, no. 2, 77-89.

Rubin, A., Johnson, P.J., 1982, Practitioner orientations toward the chronically disabled: Prospects for policy implementation, *Administration in Mental Health*, *10*, no. 1, 3-12.

Santé et Bien-être social Canada, 1986, *Étude post-thérapeutique de malades schizophrènes dans quatre provinces au Canada*, Ottawa, Division de la santé mentale, Santé et Bien-être social Canada.

Segal, S.P., Everett-Dille, L., 1980, Coping styles and factors in male/female social integration, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *61*, 8-20.

Sheets, J., Prevost, J., Richman, L., 1982, Young adult chronic patients: Three hypothesized subgroups, *Hospital and Community Psychiatry*, *33*, 197-203.

Simon, W.B., 1965, A skeptic's view of the mental illness game or: An old state hospital hand's jaundiced look at progress, *Mental Hygiene*, *49*, 63-73.

Zellmer, D., Maurer, C.L., Kanter, J.S., 1985, Treating the whole elephant: Delivering comprehensive services to the chronic mentally ill, *New Directions for Mental Health Services*, no. 27, San Francisco, Jossey-Bass.

Zénoni, A., 1986, Réinsertion sociale ou sortie de la psychiatrie?, *L'information psychiatrique*, *62*, no. 6, 739-744.