

# De l'Italie au Québec : implications de la réforme psychiatrique italienne

## From Italy to Québec : impact of the Italian psychiatric reform

Luciano Bozzini

Volume 11, Number 1, June 1986

Politiques et modèles I

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/030326ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/030326ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Bozzini, L. (1986). De l'Italie au Québec : implications de la réforme psychiatrique italienne. *Santé mentale au Québec*, 11(1), 133-148. <https://doi.org/10.7202/030326ar>

Article abstract

This article has two aims: 1) to help in the understanding of the much discussed Italian reform in psychiatry. 2) to offer for review, discussion or action, a certain number of implications uncovered by this reform with regard to the ongoing discussions on the reorganization of Mental Health Services in Québec. On the first aim, the key message is as follows: it is possible to create another psychiatry if society in general and those actually participating really want such a project. On the second aim, the main conditions of success for a global and deinstitutionalized psychiatry seem to be as follows: Sufficient resources, freedom to develop policies (a deep decentralisation of the decision making process and the organization) that are central to the integration of the services in a given territory; a dedicated study of the culture and the local social life; a continuous presence (intime and space) of the service in the territory; a total response (and deinstitutionalization) to the patient's needs; a democratic team work. However, there are no miracles in Italy; in the cooled down society of the 80's there is room for experimentation.

## De l'Italie au Québec: implications de la réforme psychiatrique italienne

Luciano Bozzini\*

Cet article a deux objectifs. 1) Contribuer à mieux faire connaître la tant discutée réforme psychiatrique italienne. 2) Proposer, pour réflexion, débat et action, un certain nombre d'implications que cette réforme soulève par rapport à la discussion actuelle sur la réorganisation des services de santé mentale au Québec. Sur le premier point, le message central des faits est le suivant: il y a moyen de faire une autre psychiatrie si société et intervenants veulent se donner un tel projet. Sur le deuxième point, les principales conditions de succès d'une psychiatrie globale et désinstitutionnalisée apparaissent être les suivantes: des ressources suffisantes; une base aux mains libres (décentralisation poussée de la décision et de l'organisation) mais responsable de l'intégration des services sur un territoire; un patient travail sur la culture et le tissu social local; l'omniprésence (temps/espace) du service sur le territoire; une réponse globale (et désinstitutionnalisée) aux besoins des patients; un travail d'équipe démocratique. Pas de miracles en Italie cependant: dans la société «refroidie» des années 80, la place est à l'expérimentation.

Malgré l'intérêt qu'elle a suscité ces derniers temps, la réforme psychiatrique italienne reste relativement méconnue au Québec. On a surtout entendu parler de l'expérience de Trieste, celle-ci ayant acquis une notoriété internationale. L'expérience italienne de réforme des services psychiatriques est cependant beaucoup plus large que la seule expérience de Trieste. Le texte qui suit veut contribuer à la connaissance d'une réforme qui provoque une large réflexion parmi intervenants et décideurs en santé mentale. Le «voyage guidé en Italie» qui va suivre se déroulera en trois temps: La première partie sera consacrée à une description de

la nature et du contexte de la réforme, ainsi que du fonctionnement des services psychiatriques. La deuxième partie donnera une première évaluation des résultats. Enfin, un certain nombre de réflexions personnelles sur les implications, pour le Québec, de l'expérience italienne seront livrées au débat public.

### LA RÉFORME PSYCHIATRIQUE ET LE FONCTIONNEMENT DES SERVICES<sup>1</sup>

#### La loi de 1978 et le contexte de la réforme

Les caractéristiques centrales de cette loi peuvent être très schématiquement décrites comme suit: 1) Élimination totale à court terme de l'hôpital psychiatrique: aucun nouveau patient ne peut être admis à l'hôpital psychiatrique. L'admission volontaire d'ex-patients est permise jusqu'au 31.12.81. 2) Création d'une structure particulière pour la dispensation des services: le «Service de Santé Mentale», responsable de l'ensemble des services de santé mentale sur un territoire. 3) Règles très élaborées pour la limitation maximum des traitements sanitaires obligatoires (cure fermée).

On ne peut cependant comprendre le sens et les caractéristiques de cette loi si on ignore les vicissi-

\* Sociologue, Professeur agrégé, Département d'Administration de la santé, Université de Montréal.

Ce texte est le résultat d'une étude documentaire sur le système psychiatrique italien et d'un séjour d'un mois et demi sur le terrain (septembre 1984 et juin 1985) pendant lequel j'eus la possibilité d'observer le fonctionnement concret d'un certain nombre de services - à Rome, Pérouse, Bologne, Trieste - et d'interviewer un éventail de personnes: psychiatres, autres intervenants, administrateurs, analystes, représentants de malades. Cette étude a été effectuée pour le compte et grâce à l'appui du Comité de la santé mentale du Québec dans le cadre de l'Avis *Sortir de l'asile? Des politiques et des pratiques en pays étrangers*. (Eds.: Ellen Corin, Lise Tessier, Guylaine Séguin-Tremblay), Éditeur Officiel du Québec, juillet 1986. Le Fonds Jean-Yves-Rivard du Département d'Administration de la santé de l'Université de Montréal a également contribué au soutien financier de cette étude.

tudes historiques et la dynamique sociale dont elle est l'aboutissement. Pour ce qui est du troisième point, il faut savoir que l'Italie partait de très loin. Avant 1978, la psychiatrie publique italienne était régie par une loi de 1904 qui la subordonnait fortement au pouvoir judiciaire: traitement en cure fermée des malades dangereux; admissions ordinaires autorisées par magistrat et d'urgence autorisées par la police; après 30 jours, admission définitive confirmée par le tribunal. Dans la pratique, presque toutes les admissions étaient d'urgence et un bon nombre se transformaient en admissions à vie. Ce n'est qu'en 1968 qu'une modification à la loi introduisit le concept d'admission volontaire, ce qui fut un des éléments qui permirent aux psychiatres progressistes<sup>2</sup> de mettre en branle le processus de désinstitutionnalisation.

Quant aux deux premiers points, ils renvoient à un contexte beaucoup plus large: le paradigme scientifique et social sous-tendant la réforme, et le contexte social dans lequel elle a été mise en branle.

#### 1. LE PARADIGME DE BASE

Il comporte trois principes: 1) le principe qu'afin de construire une psychiatrie communautaire réellement alternative à l'hôpital psychiatrique, celui-ci doit être *entièrement éliminé*. 2) le principe qu'un Centre de santé mentale doit être la *structure-pivot* autour de laquelle tous les services gravitent. 3) le principe qu'une *décentralisation radicale* devrait commander l'organisation de l'ensemble des services de santé (y compris les services psychiatriques).

#### *L'élimination de l'asile*

Le raisonnement sous-tendant le premier principe peut être synthétisé comme suit. Premièrement, capitalisant sur les critiques anglosaxonnes de l'institutionnalisation, les réformateurs italiens se croient autorisés à faire un pas de plus. Il est difficile sinon impossible, croient-ils, de réformer les institutions psychiatriques ségrégatives (réclusion plus ou moins prolongée et plus ou moins chronique dans une institution isolée). Même propres et modernes, elles tendent à être non thérapeutiques car elles ont tendance à objectifier la vie. Des catégories de patients, des types de diagnostic et de traitement, des lieux de vie artificiels (lorsqu'ils ne sont pas carrément lugubres) prennent la place des personnes réelles

et de leur cadre de vie naturel. Les institutions ségrégatives réduisent donc les possibilités de vie des êtres humains et, par l'impact tendanciellement négatif qu'elles ont sur les professionnels, empêchent l'interaction humaine authentique, comme la condition première de la thérapie: elles n'ont pas leur place dans une psychiatrie communautaire moderne. Ce qui ne signifie pas que certaines fonctions de l'asile (Losson, 1981) ne doivent pas être prévues dans un système intégré de psychiatrie communautaire.

Deuxièmement, les réformateurs italiens font l'hypothèse que les arguments traditionnels en faveur de l'existence de l'hôpital psychiatrique et de lits hospitaliers sont soit invalides ou susceptibles d'être mis en cause par des pratiques alternatives. Il n'est généralement pas vrai que le malade mental est dangereux: l'aspect danger est largement le résultat de la manière dont les intervenants et le milieu réagissent au malade; ce qui reste de danger réel est infinitésimal et ne justifie pas la ségrégation de centaines de personnes. Il n'est pas vrai non plus que la crise aiguë exige nécessairement l'hospitalisation (credo que les Italiens ont du reste importé). Finalement, en se limitant à la schizophrénie comme la psychose la plus prévalente, le consensus professionnel à l'effet qu'environ un tiers des patients schizophréniques deviendront inévitablement des «chroniques processuels» condamnés à la mort sociale, en asile ou hors-asile, est hautement discutable. Une approche alternative à la schizophrénie — précoce, suivie, hautement personnalisée, soucieuse de l'ensemble écologique du patient — prouvera qu'on peut à la fois réduire le *nombre et la gravité* de la *chronicité fonctionnelle* et, ce qui y est lié, au moins la *gravité* de la *chronicité de la pathologie*. Un service thérapeutique et humain doit refuser la notion de *chronicité naturelle*: la *chronicité* n'est un état ni stable ni à juger une fois pour toutes comme plus ou moins handicapant. Le postulat inverse conduit à sa confirmation: si l'étiquette chronique est appliquée, on laisse tomber les bras et la *chronicité* empire.

Troisièmement, le retard relatif<sup>3</sup> du système psychiatrique italien des années 1960-1970 par rapport aux pays modernistes permit aux réformateurs italiens d'étudier les expériences étrangères de désinstitutionnalisation. Ils en conclurent que si on laisse subsister l'hôpital psychiatrique comme der-

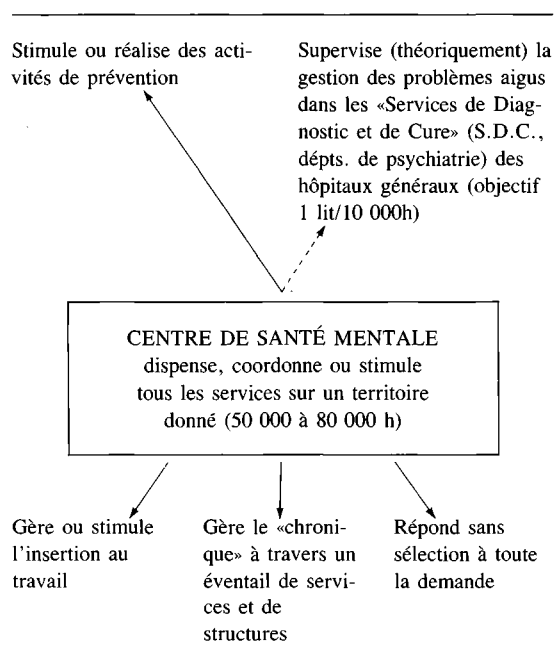
nier recours, celui-ci aura tendance «naturellement» à se remplir à cause de la prophétie auto-confirmante ci-dessus: les cas les plus lourds auront tendance à y être rejetés avec le risque de confirmation de la carrière chronicisante. Au moins les expériences américaines et françaises donnent du crédit à l'hypothèse italienne<sup>4</sup>.

#### L'idée de la psychiatrie de territoire<sup>5</sup>

La deuxième caractéristique du paradigme italien est illustrée par le diagramme ci-dessous:

TABLEAU 1

#### Modèle idéal de la psychiatrie de territoire



Bref, pour ce qui est du fonctionnement concret des services, l'idée de base du «modèle italien» (inspiré en ceci de la psychiatrie de secteur et des Community Mental Health Centers américains) est que – théoriquement au moins – une *structure-pivot*, qui est en l'occurrence le Centre de Santé Mentale, est l'axe autour duquel tous les services sont organisés. Le Centre de santé mentale a la responsabilité totale pour la fourniture, la coordination ou la stimulation de *toute la réponse à toute la demande* (toute = la demande/réponse biopsychosociale, voir plus loin): en ce sens, les besoins des patients et les réponses correspondantes ne doivent pas être

fragmentés selon des catégories de besoins ou des segmentations institutionnelles. En d'autres termes: la *continuité* sera la mieux atteinte si entre l'équipe de base et le patient il n'y a pas d'interruption de courant, continu ou alternatif... Ce modèle tend à remettre en question par conséquent les concepts – sur-déterminés professionnellement et institutionnellement – de première, deuxième et troisième lignes. Il existe des phases dans la stratégie soignante mais celles-ci ne doivent pas être rigidifiées par les schémas professionnels et institutionnels: l'équipe de base suit le patient partout. Cela a l'avantage supplémentaire que le case-mix de l'équipe de base est varié par opposition à un modèle d'escalade où le degré de burn-out et de «bad work» risque d'être corrélé avec la lourdeur du case-mix (la flèche pointillée signifie que cette partie du modèle est la plus faible, même dans les expériences avancées. Voir plus loin «Évaluation»).

#### La décentralisation radicale

Pour bien saisir cette caractéristique de base du système psychiatrique italien, il faut la situer à l'intérieur de l'organisation générale des services de santé. De 1978 également date la loi créant le «Service Sanitaire National», loi qui a réorganisé – sous l'égide de l'État – l'ensemble des services de santé. Le moyen institutionnel central de cette réforme est l'Unité Sanitaire Locale (U.S.L.), organe de programmation et de gestion socio-sanitaire, qui planifie/gère tous les services de santé (et une partie des services sociaux) pour un bassin de population donné (variant entre 50 000 et 200 000 h). Le budget vient de la Région (niveau politico-administratif intermédiaire entre l'État central et la commune), mais la nature et le mode de dispensation des services sont décidés au plan local (à l'intérieur d'orientations générales, nationales ou régionales). Le territoire d'une U.S.L. peut être une commune, une association de petites communes, un quartier ou plusieurs quartiers d'une ville ou une combinaison de quartiers et de communes. L'U.S.L. comprend une instance administrative permanente qui est cependant redevable à un Conseil d'administration et à une Assemblée générale composée de citoyens (surtout de conseillers communaux) qui, en principe, décident des questions majeures (répartition des budgets, services à offrir, règlements-cadres, etc.).

Le Service de santé mentale est ainsi un parmi les autres services gérés au plan local (service des activités hospitalières, service des activités médicales, service social, etc.). Dans les petites U.S.L., le Centre de santé mentale est tout un avec le Service de santé mentale; dans les U.S.L. plus étendues, où il y a plusieurs Centres de santé mentale sur le territoire, le «Service de santé mentale» est l'organe coordonnateur des différents centres. L'organisation du système de santé et de la psychiatrie est donc très décentralisée: chaque U.S.L. organise ses services à sa manière. Chaque Centre de santé mentale organise ses services selon les besoins locaux et selon ses orientations. C'est la richesse du système italien, et sa faiblesse aussi: le système de santé et la psychiatrie souffrent d'une absence flagrante de planification et de péréquation des ressources; les écarts de ressources entre U.S.L. ou entre Centres de santé peuvent être extrêmes.

## 2. LE CONTEXTE SOCIAL DE LA RÉFORME

L'idée de la fermeture de l'asile et d'une psychiatrie décentralisée ne sont pas le fruit du hasard, ni de mesures administratives coulées d'en haut. Le projet de dépassement de l'asile n'a pas été non plus le simple résultat d'une analyse sur papier (telle que décrite ci-dessus): il constituait l'aboutissement, sur le plan national, d'une longue histoire de luttes locales pour changer les pratiques psychiatriques.

Entre 1963 et 1978, une douzaine environ d'expériences de désinstitutionnalisation furent initiées, surtout dans plusieurs villes du Nord et du Centre (Parme, Reggio Emilia, Ferrare, Trieste, Pérouse, Arezzo, en majorité des villes gouvernées par des coalitions de gauche, social-communistes) mais aussi au Sud (Naples). Les mieux réussies de ces expériences avaient montré, dans la pratique, qu'il était possible de répondre à l'ensemble de la demande psychiatrique sur un territoire sans le soutien, en dernier recours, de l'asile (voir IIe partie, Évaluation). Bref, *la réforme italienne est issue de la base*: elle a été animée par les travailleurs de la santé mentale, par ceux donc vivant quotidiennement et péniblement les aberrations de la «psychiatrie de contrôle», et donc motivée à chercher d'autres réponses. C'est ce qui fera la force du mouvement et ses succès malgré les difficultés. D'autre part, le mouvement ne s'est pas cantonné (comme dans certaines expériences d'autres pays) à des

contre-institutions isolées, mais il est parti du secteur public en investissant des zones de plus en plus étendues de celui-ci.

Finalement, pour les réformateurs italiens, «changer la psychiatrie» ne sera jamais réductible à une tâche technique. Toute interrogation sur la psychiatrie ne peut pas ne pas être aussi une interrogation sur la société: sur le rejet social, sur les causes sociales de la «souffrance»<sup>6</sup> mentale. Dès lors, le mouvement devait *s'intégrer aux luttes sociales*, chercher des alliances auprès des organisations officielles porteuses de la lutte sociale (syndicats, partis politiques). Le mouvement italien n'a pas été un mouvement de «techniciens illuminés», séparé des grandes contestations sociales qui ont marqué les nations occidentales dans les années soixante et soixante-dix. En fait, la lutte anti-asilaire s'est liée et a bénéficié du momentum que les divers mouvements anti-institutionnels et contre la marginalisation et la pathologie sociales (mouvement féministe, mouvement en faveur des autonomies locales, défense de la santé des travailleurs, mouvement d'intégration des handicapés dans les écoles, mouvement en faveur d'un système socio-sanitaire intégré et décentralisé) ont su créer dans la classe dirigeante, dans la classe ouvrière et dans l'opinion publique.

Par ailleurs, remplacer la réclusion asilaire par une psychiatrie réellement communautaire ne peut pas ne pas être une *affaire locale*: le traitement dans la communauté de la «souffrance mentale» suppose à la fois un *travail social* avec l'ensemble des institutions locales pour adapter les services aux réalités, ressources et besoins locaux et un *travail culturel* sur l'ensemble du tissu social. La nouvelle psychiatrie italienne – là où elle a réussi – ne s'est pas construite sans un long et patient travail sur la culture locale à travers mass-media, débats, expositions, travail dans les écoles et les usines, etc. Bref, l'idée de *décentralisation* a été le résultat d'un long débat social qui s'est déroulé à la fois dans l'arène psychiatrique et, plus largement, autour de la réorganisation de l'ensemble des services socio-sanitaires dans les années soixante-dix.

### Les caractéristiques idéales de la psychiatrie de territoire

Elles peuvent être synthétisées de la façon suivante:

— Fourniture ou coordination *en continu* de toute la réponse à toute la demande, c'est-à-dire: pas de sélection et renvoi de patients, réponse globale à tous les besoins (thérapie, travail, logement, relations familiales, loisirs, etc.), pas de morcellement ni d'abandon du patient. La continuité est une condition fondamentale de la thérapie (la notion de patient «résistant, fuyant» est considérée comme une idéologie professionnelle commode de tout service qui ne met pas la continuité du contact comme une des conditions de base de la stratégie thérapeutique).

— *Accessibilité* maximum de l'offre: longues heures d'ouverture, (généralement 8h AM – 8h PM, 6 jours-semaine), disponibilité sur les 24h, «outreaching» à domicile prononcé (composante quantitativement majeure du travail).

— *Action thérapeutique* mettant un fort accent sur la modification du contexte microsociale, sur les besoins concrets (matériels et psychologiques) de l'individu, sur les possibilités de *fonctionnement social* – la psychothérapie sur le «monde interne» étant conçue comme *un* des éléments du processus thérapeutique.

— Refus paradigmatique de la notion de *chronicité naturelle*: la chronicité est en grande partie le résultat d'une prise en charge inadéquate.

— *Insertion sociale*: on favorise au maximum l'*insertion-au-travail*, même minime (garantie de vie), en milieu naturel et taillée sur mesure. Méfiance envers l'insertion ghettoisée (ateliers protégés), ces derniers livrant aux patients un message invalidant. Moyen de ré-insertion-au-travail privilégié actuellement: les coopératives mixtes (patients, autres marginaux, chômeurs), en raison de la crise économique mais aussi de la plus grande souplesse permise (nombre d'heures négociables individuellement).

— *Centralité du travail d'équipe* et des conditions concrètes de son fonctionnement: critique de la hiérarchie, valorisation de chacun, les capacités pratiques priment sur le diplôme (tendance à la polyvalence), travail de groupe constant sur les cas, formation permanente, etc. Idée de la *valence psychothérapeutique* du groupe.

— *Travail en continu* et en profondeur avec l'*ensemble du tissu social* (des institutions à la population): débats, actions conjointes avec les institutions et les mouvements sociaux, travail avec le système politico-administratif au plan local.

— *Flexibilité*, pragmatisme local.

Et alors? On pourrait opiner que ces principes d'une «bonne psychiatrie communautaire» ne sont pas différents de ceux qui sont pratiqués sous des formes et à des degrés divers, dans les diverses expériences innovatrices – institutionnelles ou alternatives – qui surgissent dans plusieurs pays occidentaux. Les réformateurs italiens, bien que fiers de leur travail, seraient les premiers à reconnaître cette internationalisation de l'innovation psychiatrique. On pourrait en même temps soutenir que la psychiatrie italienne possède une certaine originalité. D'une part, le modèle représente une synthèse originale des enseignements théoriques et pratiques des dernières décennies de la psychiatrie sociale. D'autre part, certaines des caractéristiques du modèle reçoivent en Italie une attention plus élevée qu'en moyenne: l'accent mis sur la présence du service, sur la continuité, sur la centralité du travail d'équipe et de la motivation, sur le travail avec les diverses instances du tissu social. Il faut rappeler finalement que l'Italie est le seul pays occidental où une façon différente de pratiquer la psychiatrie (sans l'appui de l'hospitalisation à moyen et long terme) est en train d'être étendue à l'ensemble d'une société: ceci est en soi une expérience à suivre.

Mais, «est-ce ainsi que les hommes vivent?» Il est hautement probable que la réalité s'écarte, à des degrés divers d'un endroit à l'autre, du modèle idéal; écarts que seule une longue observation participante permettrait de préciser. Toutefois, les documents publiés et les comptes rendus de divers observateurs indiquent que, dans les «meilleures équipes avancées» (une cinquantaine peut-être), le fonctionnement réel s'approche du modèle-idéal ci-dessus.

## ÉVALUATION DE LA RÉFORME

La réforme italienne est donc en cours depuis sept ans. Il est impossible d'en faire, au plan national, une évaluation serrée car l'extrême diversité culturelle, sociologique et administrative du pays interdit qu'on puisse donner un tableau homogène de toute situation, dont celle des services psychiatriques.

En schématisant à l'extrême, l'Italie des services psychiatriques peut être divisée en trois parties: les régions où la loi est appliquée dans son esprit et sa

lettre (régions avancées, 10 à 20% du territoire), les régions où la loi est appliquée à moitié (certaines régions du Nord et du Centre), les régions où la loi n'est pratiquement pas appliquée (surtout dans le Sud).

L'évaluation sommaire<sup>7</sup> ci-après se réfère aux expériences avancées, celles qui avaient précédé la loi et celles où la loi a pu être appliquée. Même restreinte à ces expériences cependant, cette évaluation doit être considérée comme préliminaire, car toutes les données nécessaires à une évaluation définitive ne sont pas disponibles et parce que, vu leur relative diversité, une évaluation circonstancielle de chacune des expériences s'imposerait. Néanmoins, une première lecture des données quantitatives existantes (Antonucci, 1983; Bonizzoni, 1983; Giannichedda, 1983; Martini et al., 1985; Massignan, 1984; Zimmermann-Tansella et al., 1985), des faits connus sinon quantifiés, des opinions des différents acteurs ou experts, des compte rendus de divers observateurs étrangers (Legrand, 1983; Mosher, 1983; Ramon, 1983, 1985; Jones-Poletti, 1986) – permet de poser un premier jugement qui reste à confirmer par des recherches plus systématiques.

## Évaluation sommaire

### RÉSULTATS DE LA DÉSINSTITUTIONNALISATION

— Les expériences d'Arezzo, Parme, Pérouse, Vérone, Trieste, etc., montrent que la vaste majorité des lits de l'asile peut être fermée lorsqu'existent la volonté et les ressources nécessaires. Un petit nombre de lits (10 à 20%) pour patients «âgés, irrécupérables», disparaîtront avec le temps.

— La désinstitutionnalisation peut être réalisée sans abandon *dès lors que tel est le projet du service*, et avec une augmentation visible de la qualité-de-vie de la majorité des ex-institutionnalisés.<sup>8</sup>

### NOUVEAUX PATIENTS PSYCHOTIQUES

#### — Hospitalisation:

- Long terme: pas de données. Bien que cela devra être confirmé par des recherches évaluatives (en cours), il n'y a pas de raison de refuser a priori la prétention systématique des équipes avancées à l'effet que l'hospitalisation à plus ou moins long terme est infinitésimale.<sup>9</sup>

- Court terme: partout où le Centre assure une prise en charge globale et continue, les réadmissions et les longueurs de séjour sont sensiblement rédui-

tes par comparaison à la situation traditionnelle. Les «Services de Diagnostic et de Cure» sont cependant, pour diverses raisons, le maillon le plus faible du réseau. À bien des endroits, le S.D.C. joue sans doute la fonction de «porte tournante» proportionnellement à la qualité de la prise en charge territoriale. Autres raisons du mal fonctionnement des S.D.C.: c'est là que s'est réfugiée la psychiatrie traditionnelle (hostile ou dépassée par les événements) à quoi s'ajoute, parfois, l'omission d'encadrement de la part du leadership territorial accaparé par le travail sur le territoire (pénurie de ressources).

#### — Chronicité, qualité-de-vie

L'absence d'abandon est vérifiable partout. Il n'y a pas d'indication que la violence a augmenté.<sup>10</sup> On considère que l'amélioration du fonctionnement social est majeure: des recherches systématiques restent à faire pour vérifier l'hypothèse de travail que la «chronicité schizophrénique» peut être sensiblement comprimée.

#### — Qualité-des-soins, pharmacologie

Plusieurs observateurs ont noté des caractéristiques «visibles» de la qualité-des-soins: accessibilité informelle, soins humanisés, soutien professionnel et stimulation de l'entraide, préoccupation constante avec l'évolution du patient. Les soins globaux et continus permettent une réduction drastique de la pharmacologie (à confirmer par des recherches systématiques)<sup>11</sup>. La réduction et l'autogestion des médicaments sont considérés comme un objectif majeur de la thérapie.

#### — Relations avec les familles et la communauté

Le soutien aux familles est hautement développé: nombre élevé de visites à domicile, disponibilité constante, travail éducatif sur la famille. Les nouveaux psychiatres italiens ne prétendent pas que l'acceptation des malades est plus élevée en Italie qu'ailleurs: la présence du service toutefois *sécure* la population.

#### — Motivation

Ici aussi, il n'y a pas de recherches systématiques au sens nord-américain du terme. Pourtant, plusieurs observateurs ont noté l'existence d'un degré élevé de motivation et d'un effort conscient de garder haut le niveau de satisfaction (à travers la considération de chacun et le soutien collectif). Dans les équipes avancées, le burn-out semble inconnu.

Cette évaluation préliminaire de la nouvelle psychiatrie italienne devra certes être confirmée par des recherches plus systématiques. Néanmoins, un fait général est là pour l'observation: partout où des soins psychiatriques globaux sont disponibles, on arrive à fonctionner avec un besoin très réduit d'hospitalisation de toutes sortes (court et long terme), sans abandon ni sédation excessive, avec des succès thérapeutiques au sens large plus élevés. Ces résultats ne sont du reste pas surprenants: ils sont cohérents avec ceux des diverses expériences de pointe dans divers pays occidentaux (Lamontagne, Lavoie, Tessier, 1985). Les réformateurs italiens ont simplement considéré que ces expériences pouvaient être poussées à leur extrême logique et étendues à l'ensemble d'un pays<sup>12</sup>.

#### UN REGARD RAPIDE À LA SITUATION NATIONALE

La situation dans l'ensemble du pays n'est pas aussi encourageante que celle des expériences avancées. Dans les régions plus sous-développées (une bonne partie du Sud et d'autres régions conservatrices), les réformateurs doivent surmonter un défi impossible: appliquer une réforme psychiatrique avancée dans un contexte relativement arriéré (culturellement, institutionnellement, médicalement) et, surtout, en l'absence de ressources adéquates.

Dans les régions intermédiaires (qui incluent la plus grande partie du Nord et du Centre et quelques-unes des grandes villes comme Gênes et Turin), les choses bougent en dépit de grosses difficultés (dues surtout à la pénurie de ressources en période de crise économique). Dans ces régions, la réforme progresse à des vitesses variées: le nombre de lits hospitaliers baisse régulièrement et les services alternatifs augmentent régulièrement, ces derniers étant indubitablement de qualité différente selon les situations locales.

### DE L'ITALIE AU QUÉBEC: QUELQUES ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION

Un voyageur italien de passage confiait: «Entre l'Italie et l'Amérique du Nord, il y a l'océan». C'était une façon d'exprimer en termes physiques une distance qui, à l'âge de l'avion à réaction, est d'abord sociale et culturelle. La réforme psychiatrique italienne s'est faite et se construit aujourd'hui

dans un contexte politique, social et culturel très spécifique qui interdit, à la lumière des déconvenues de l'import-export de soft-ware culturel, qu'on importe même des parties du modèle sans examen attentif<sup>13</sup>.

Ceci dit, les pages qui suivent sont une élaboration de l'idée que la réforme italienne peut contribuer quelque chose à la réflexion sur la réorganisation au Québec des services psychiatriques. Que peut-on donc apprendre de l'expérience italienne?

#### Une autre manière de travailler

On peut se demander si ce n'est pas ici que réside la *leçon majeure et la plus exportable* – toutes adaptations étant faites – de la psychiatrie à l'italienne. Il a été dit plus haut que si le modèle italien ressemble globalement à ce qu'on pourrait nommer la «bonne psychiatrie communautaire», certaines caractéristiques ont fait l'objet en Italie d'un approfondissement particulier. C'est sur celles-ci qu'il convient d'insister.

##### 1. LA NOTION DE TERRITOIRE

L'équation proposée «psychiatrie de territoire» = «psychiatrie communautaire» est valable en première approximation. Encore faut-il clarifier ce qu'est le territoire et en quoi cette notion peut alimenter la réflexion. Utiliser le mot «territoire» est une façon d'insister sur deux choses. Sur le fait qu'à un territoire, c'est-à-dire à un bassin de population, correspond du côté de la structure-pivot qu'est le Centre de santé mentale, une *responsabilité totale* à la fois *pour toute la demande* émergeant sur le territoire comme pour la coordination et l'intégration de *tous les éléments de l'offre* de services formels et de soutiens informels; que ce soit sur le plan de la prévention, du traitement ou de la réadaptation — maintien dans la communauté.

La responsabilité totale signifie que le Centre doit faire siens les problèmes de santé mentale du territoire, pas en les gérant tous nécessairement mais en y jouant toujours des rôles-clé: de consultation, de coordination, d'intégration, de mobilisation sociale et politique, etc. La responsabilité totale signifie également que le Centre s'impose l'absolue non-sélection de la demande et s'interdit le renvoi du bénéficiaire à d'autres instances professionnelles et bureaucratiques sans la participation du Centre. S'il y a une nécessité d'une main accompa-



gnante — au sens littéral puisque le travail à l'extérieur des bureaux est une composante majeure des activités — le Centre répond «Présent!».

*Faire du territoire* signifie, en deuxième lieu, aller sur le terrain physiquement et socialement. *Socialement*, vingt années d'expérience démontrent qu'une condition primordiale de la mise en place d'un réseau différent de gestion professionnelle et sociale de l'handicap mental, est la disponibilité et la volonté des intervenants à travailler en continu sur le tissu social, de la culture à l'ensemble des institutions locales (écoles, usines, organismes sociaux et politiques, administrations, mass-média, etc.). *Faire du territoire* signifie également aller *physiquement* sur le terrain, ce qui a deux conséquences positives. La confirmation incessante pour les intervenants que le travail en santé mentale est autant travail sur le contexte que sur le souffrant. La confirmation pour la population que les intervenants en santé mentale ne sont pas des techniciens étrangers et abstraits qui concoctent en vase clos des stratégies thérapeutiques plus ou moins compréhensibles mais des êtres de chair et d'os réalistes, préoccupés, présents, donc *sécurisants* (on reviendra un peu plus loin sur ce point). À un psychiatre québécois qui demandait comment en Italie les psychiatres réussissaient à s'intégrer dans le tissu social, il fut répondu: ce n'est pas facile à faire, mais c'est simple. Il faut aller, précisément, sur le territoire...

## 2. UNE PSYCHIATRIE GLOBALE ET CONTINUE

La globalité et la continuité sont poursuivies sur un autre plan: celui du contenu des interventions et des manières de répondre aux besoins du patient individuel. On a vu que lorsque d'autres institutions sont appelées à intervenir dans la vie du patient, la main accompagnante du Centre est la garantie de la continuité et de la cohérence de ces interventions. Il y a deux postulats derrière ce qui peut apparaître comme un rôle hégémonique du Centre. Le premier est que la liaison équilibre psychologique et besoins sociaux ne peut pas être défaite. *La loi d'airain est: on ne délègue pas le social pas plus qu'on ne le psychiatrise.* Autrement dit, on ne fournit pas une réponse strictement psychiatrique (qu'elle soit pharmacologique, de l'ordre de la psychothérapie individuelle ou du contrôle social à travers la surveillance ouverte ou masquée) à des besoins qui se cumulent la plupart du temps avec le besoin

psychiatrique strict: besoin de logement, de travail, d'une ambiance familiale favorable, de sociabilité, etc.

Le deuxième — en particulier dans le cas des psychoses mais pas uniquement — est qu'il n'y a pas de possibilités de travail psychothérapeutique au sens ambitieux du terme sans l'optimisation préalable ou simultanée du contexte microsociale du patient, sans qu'on ait répondu d'abord aux besoins de fonctionnement quotidien du patient et de son entourage. On pense à Maslow... Au fond, la question à laquelle on essaie de répondre est «Qu'est-ce que la thérapie?» Parmi les équipes avancées en Italie, un important débat fait rage actuellement entre ceux qui sont sceptiques envers les techniques psychothérapeutiques «individualisantes» (soupçonnées d'inefficacité, de privatiser les problèmes collectifs et comportant le danger de négligence de la demande lourde) et ceux qui reprochent aux premiers leur scepticisme. Indépendamment de leur attitude envers les psychothérapies, les deux groupes partagent cependant, à des degrés divers, un préjugé favorable envers l'importance — comme élément de la stratégie thérapeutique générale — d'actions thérapeutiques qu'on pourrait, en simplifiant, synthétiser comme suit: réponses aux besoins concrets de l'individu et de son entourage (en agissant, le cas échéant, surtout sur des choses externes au patient); réponses tendues vers l'avenir, vers la stimulation des habiletés et des capacités du patient, vers l'offre de possibilités de vie alternatives (par opposition uniquement à l'attention au passé, aux symptômes, au travail verbal ou autre sur les problèmes internes de l'individu<sup>14</sup>).

Qu'est-ce que la psychothérapie donc? Quelle différence y a-t-il entre une psychothérapie de soutien (intra-muros et duale) et des actions de soutien (extra-muros et collectives) sur les besoins concrets des patients — pas sur le plan ontologique, il va de soi, mais sur le plan de leur valence psychothérapeutique? Bref, on est convié à méditer l'idée que la Vie est thérapeutique et que psychothérapie au sens traditionnel et réponse aux besoins concrets du patient ne peuvent être scindés: les deux doivent être intégrés dans un projet unitaire qui est le projet thérapeutique global, d'où l'importance de l'intégration, de la cohérence, de la continuité des diverses interventions.

On comprend mieux maintenant les remarques précédentes à l'effet que la notion de responsabilité territoriale à travers la structure-pivot du Centre — ajoutée à la notion de psychiatrie globale et continue — implique la négation de tout modèle rigide étagé, professionnalisé et fragmenté d'intervention. Dans un modèle de psychiatrie globale et continue les frontières professionnelles et institutionnelles doivent être réduites au minimum, et être extrêmement souples lorsqu'elles existent. L'institué — professionnel et institutionnel — ne doit pas commander la nature et le mode de la réponse, mais au contraire se plier aux besoins concrets, hic et nunc, du patient et de l'entourage.

Une remarque sur la *notion de désinstitutionnalisation* est ici de rigueur. La désinstitutionnalisation ne consiste pas uniquement dans la réduction maximum des institutions ségrégatives. Le défi ultérieur d'une psychiatrie réellement thérapeutique et humaine est la lutte contre toutes formes de réponses professionnelles et institutionnelles rigides, objectifiantes, extérieures aux besoins des personnes. L'institution est la forme que prend toute réponse lorsqu'elle devient *rituel institutionnel ou technique*, d'où l'examen critique des «techniques» psychothérapeutiques. Désinstitutionnaliser donc, c'est plus que dé-hospitaliser (en abandonnant le patient), ce n'est pas non plus transporter l'institution sur le territoire, c'est l'effort quotidien d'étendre au territoire un projet d'interaction humaine authentique et inséré dans le social, condition d'un projet réellement psychothérapeutique...

### 3. AVANT ÉTAIT L'OFFRE, ENSUITE VIENT LA DEMANDE ET LA CULTURE

On a vu que l'accessibilité de l'offre de services est une des caractéristiques importantes de la psychiatrie de territoire. Elle répond à l'idée qu'il ne peut y avoir de psychiatrie globale et continue sans offre de soins *omniprésente* dans le *temps* (24h00 sur 24 idéalement) et dans l'*espace* (partout sur le territoire). La raison en est bien simple: le besoin de services du patient, de son entourage, de la communauté ne suit pas les horaires classiques de jour et ne peut pas toujours s'exprimer dans les bureaux des intervenants. On ne peut répondre de façon continue, flexible, rapide à tous les besoins que si on est là ou disposé à se déplacer sur le terrain. Par ailleurs, l'accessibilité est promue en maximisant

les rapports informels entre Centre, équipe et usagers: accessibilité sans rendez-vous, libre circulation des patients dans les Centres, etc.

C'est cette accessibilité au sens large qui permet à l'équipe de travailler sur le *passage du besoin à la demande*: c'est l'intervention rapide à domicile (ou ailleurs dans la communauté) qui empêche, parfois le déclenchement, toujours la détérioration de la crise/situation. C'est cette disponibilité qui *sécurise*, éduque et soutient la famille (lorsque la cohabitation est possible). Plus globalement, seule cette *omniprésence de l'offre de services permet que soit modifiée la culture publique sur l'handicap mental*.

Lorsqu'il est question de désinstitutionnalisation au Québec, on entend couramment parler de l'imaturité de la culture populaire, de la difficulté de désinstitutionnaliser sans que préalablement le niveau de tolérance de la population ait été augmenté. On insiste beaucoup sur les caractéristiques de la *demande et du contexte*. Sur ce point, les réformateurs italiens tiennent un discours simple<sup>15</sup> mais crucial. Si la demande psychiatrique et la culture (la tolérance, l'acceptation) sur la maladie mentale font du sur place, c'est que l'absence d'une offre alternative interdit qu'on puisse les modifier. De St-François d'Assise à Giacomo Casanova (pour prendre deux exemples extrêmes)... L'Italie a la réputation d'une terre à miracles. Dans le champ psychiatrique, pas de miracles: la tolérance, et surtout l'acceptation charitable de l'handicapé mental, n'est sans doute pas plus élevée qu'ailleurs. La *présence* rapide et ubiquitaire du service cependant, dans un premier temps, *sécurise* la population et augmente le seuil de quiétude, donc de tolérance. Dans un deuxième temps, des indications existent que le travail quotidien du service dans les milieux de vie contribue à créer autour de l'handicapé des attitudes de solidarité<sup>16</sup>. En Ontario, on fait confiance aux campagnes de mass-media afin de modifier la culture sur l'handicap mental. Les réformateurs italiens proposent, pour réflexion, une hypothèse alternative ou complémentaire...

### 4. LA VALENCE THÉRAPEUTIQUE DU GROUPE

La psychiatrie italienne avancée se caractérise aussi par la *centralité du travail d'équipe* et, avec des variations selon les endroits, par une forte charge *déprofessionnalisante, démocratique*. C'est le psychiatre qui va par exemple avec le patient au

stade de football<sup>17</sup> ou à la mairie si l'équipe a jugé que de tels gestes par telle personne pourraient représenter la meilleure indication thérapeutique. Par ailleurs, le travail d'équipe, la contribution de chacun au programme thérapeutique, les compétences pratiques (indépendamment du diplôme), sont systématiquement valorisés.

Ceci ne signifie pas qu'il n'y ait pas de division du travail: on a laissé tomber la mode soixante-huitarde de l'intervenant unique. Certaines tâches sont effectuées généralement par certaines catégories professionnelles: le psychiatre prescrit et est surtout mobilisé pour les cas urgents; l'infirmier distribue les médicaments et travaille beaucoup à domicile; le travailleur social s'occupe des droits et bénéfices sociaux des patients. Dans les équipes où se développent les psychothérapies, celles-ci sont effectuées par ceux formés pour les faire (ce qui peut inclure des infirmiers).

Au-delà de certaines tâches cependant, la tendance est à «tout le monde peut faire tout dans la mesure de ses compétences»: les capacités pratiques priment sur le diplôme, et la formation permanente sur le tas, adaptée aux exigences des nouvelles tâches de la psychiatrie de territoire, est un des soucis majeurs des équipes. Il faut insister: division n'implique pas hiérarchisation. Il arrive que le psychiatre-psychanalyste fasse une visite à domicile (économiquement non rentable) non pas parce que sa présence est nécessaire, mais parce que personne d'autre est disponible. Par ailleurs, aux yeux des membres inférieurs de l'équipe, cela démontre que ce geste a sa propre importance thérapeutique.

Plusieurs raisons sont sous-jacentes à la centralité du travail d'équipe. Elle découle d'abord nécessairement du paradigme thérapeutique général: car la valeur de l'action thérapeutique réside dans *la cohérence et le tonus motivationnel des diverses réponses* aux besoins biopsychosociaux variés de l'individu. En deuxième lieu, on postule que le monopole du bon geste, ou de la bonne idée thérapeutique ne réside pas dans un rôle professionnel spécifique, de sorte que les discussions d'équipe sur les cas sont un des moments importants du travail. La meilleure stratégie à un moment donné est celle découlant de la mise en commun des observations et des solutions.<sup>18</sup>

Finalement, le travail d'équipe et la valorisation de chacun sont jugés fortement instrumentaux dans

le partage de l'anxiété devant les difficultés et les décisions à prendre, comme dans le soutien de la motivation. Bref, au-delà de la qualité des relations thérapeutiques duales, on accorde une importance extrême à la *valence thérapeutique du groupe entier*, d'autant plus que les interventions se font souvent en groupe (travail en couple pour les visites à domicile, contacts collectifs informels à l'intérieur des Centres).

En résumé: travail assidu et intégré sur le territoire, importance de l'omniprésence de l'offre de services, importance d'une intervention globale et unitaire sur tous les besoins du patient, importance du travail d'équipe — telles apparaissent être les caractéristiques majeures de la psychiatrie de territoire à l'italienne. On comprendra aussi pourquoi il fut question en début de section de caractéristiques importables: il s'agit là, au demeurant, de principes théoriques qui ont valeur transculturelle. On s'interrogera dans la prochaine section sur quelques conditions de leur adaptation réussie au Québec.

## De quelques conditions du succès

### 1. UNE BASE AUX MAINS LIBRES

On apprend de l'expérience italienne que la désinstitutionnalisation et la construction de la nouvelle psychiatrie de territoire est un processus *long et ardu* (15 ans à Trieste, 20 ans à Pérouse et ce n'est pas fini) impliquant la lente préparation des patients, des familles, des professionnels, des administrateurs et de la communauté à un mode alternatif de gestion de la maladie mentale. Cela se comprend aisément: l'entreprise est de taille, elle est risquée, elle est tâtonnante, elle implique de la part de tous un changement radical d'attitudes et de rôles.

La désinstitutionnalisation ne peut donc être qu'un long *processus social* et non pas une mesure administrative aux effets rapides. De plus, il s'agit d'un processus qui doit éminemment s'adapter au *contexte local* (attitudes des intervenants, attitudes de la communauté, ressources disponibles, etc.), d'un processus *créateur*, et d'un processus qui doit être fondé sur la *participation*, le consensus des intervenants (ou d'une majorité) à un changement radical de rôles. La désinstitutionnalisation exige donc une décentralisation maximum de la décision. Seule une *base aux mains libres* peut réaliser un tel pro-

jet. Ceci ramène à la discussion sur le territoire. On pourrait dire qu'il faut avoir les mains libres pour faire une psychiatrie de territoire créative, responsable, intégrée. Qu'est-ce que cela peut bien signifier au Québec?

Le vocable décentralisation est en l'air depuis la réforme Castonguay. Aux dires de plusieurs observateurs cependant, il n'a pas encore réellement les pieds sur terre. Le discours décentralisateur s'emballa à la mesure de la crise de l'État-Providence et de celle de la technobureaucratie centralisatrice, mais dans les faits les réformes à intention décentralisatrice des dernières années sont timides et aboutissent apparemment, selon plusieurs observateurs (Godbout, 1985; Jalbert, 1985) beaucoup plus à la «participation encadrée», au contrôle cybernético-bureaucratique du local où, dans les termes de Godbout (1985), «le local est devenu, soit le dernier échelon du central, soit son lieu d'intervention, composé non pas de communautés dynamiques et de citoyens actifs, mais de bénéficiaires, d'usagers, d'«affectés» par le système central.» En parlant d'une perversion qui menace, à des degrés divers, le réseau des C.L.S.C., Godbout ajoute:

«Voilà où conduit le modèle implicite de relation avec le local qui s'est implanté avec la montée du professionnalisme dans les institutions publiques. Ce modèle est fondé sur la participation (et non sur la démocratie), sur l'abondance des ressources centrales, abondance telle que l'organisme se referme sur lui-même, et pense n'avoir aucun besoin des citoyens qui se transforment en bénéficiaires, en lieu d'intervention, en objet passif dont on définit les vrais besoins auxquels ils n'ont qu'à «répondre». Le C.L.S.C. n'a aucun compte à rendre, contrairement au système municipal, et contrairement même au curé qui a des comptes à rendre aux marguilliers.» (Godbout, 1985, 128)

Le modèle italien de psychiatrie de territoire interpelle le Québec à ce point précis du questionnement très actuel des relations entre le central et le local. L'hypothèse qui est proposée pour réflexion est que seules une *décentralisation poussée* de la décision et des manières de faire et une *territorialisation de l'organisation des services* permettent de répondre simultanément aux exigences d'adaptation, d'intégration de toutes les ressources sur le territoire, de

travail avec les diverses instances locales (municipales, scolaires, etc.).

La notion de territorialisation de l'organisation de services soulève par ailleurs deux types de difficultés. D'un côté, il faut concilier la notion de responsabilité pour un territoire (un secteur) avec la notion de libre choix du patient, dont on sait qu'elle constitue actuellement un des obstacles à la politique de sectorisation. Il faut noter ici que pas plus au Québec qu'en Italie (et ailleurs), le modèle du territoire lie rigidement la clientèle à l'offre: on peut se faire soigner en-dehors du territoire. Cependant, l'expérience montre que l'action en continu sur le territoire tend à rendre marginaux ces phénomènes d'autant plus qu'avec le temps la psychiatrie globale de territoire démontre à la population qu'elle constitue bien la seule réponse humaine et thérapeutique à la souffrance mentale. Ceci n'exclut pas que certains Centres pourront avoir des effets centripètes à cause de la qualité de leurs services. Si on admet par ailleurs qu'une psychiatrie communautaire doit réellement être intégrée avec l'ensemble de la vie sociale d'un territoire donné, la question du libre choix devient purement legaliste et abstraite, même si le dépassement éventuel de ce droit et de ce stéréotype culturel exigera du travail à la fois sur la demande comme sur le problème de la qualité des soins. Il faut trouver une réponse à la possibilité de qualité différentielle des services à travers par exemple la communication intersecteurs, le partage des expériences et des difficultés, l'émulation réciproque. Est-ce impossible?

La deuxième difficulté est plus vaste. Dans la conception du territoire psychiatrique dont il est question ici, le territoire n'est pas simplement un secteur géographique: idéalement, il correspond à *l'instance sociale locale*, à ce fameux *tissu social* sous ses différentes formes — niveau politico-administratif, niveau de l'associationnisme local, niveau du territoire scolaire, niveau de l'organisation culturelle — là où des citoyens actifs sont conviés maintenant à construire leur vie sociale et leurs réponses à leurs besoins. La réflexion québécoise actuelle sur la psychiatrie communautaire pourrait bien être un des multiplicateurs privilégiés de la réflexion générale sur la nécessité de revitaliser le local. En termes pratiques, toutes les portes sont ouvertes. Une solution minimum consisterait à *décentraliser au maximum* l'organisation et la gestion des ressources au

niveau des intervenants responsables d'un secteur de population. Cette solution questionnerait déjà cette partie du fonctionnement actuel caractérisée par des phénomènes de fragmentation, de bureaucratisation, par d'impossibles efforts de coordonner l'incoordonnable quand les coordonnateurs sont trop loin des réponses à donner aux besoins et quand le besoin exige intégration et non pas simple coordination...

Au-delà de cette décentralisation minimum — condition sine qua non d'une réelle psychiatrie communautaire — des solutions additionnelles ou plus ambitieuses sont envisageables comme l'homogénéisation des territoires des différents organismes locaux (secteurs psychiatrique et pédopsychiatriques, secteurs scolaires, C.L.S.C., secteurs de services sociaux, frontières municipales à la rigueur). Plus loin encore, on peut examiner l'hypothèse italienne dans son entier: la liaison services psychiatriques (et de santé) avec les organismes politico-administratifs locaux... Mais cela, c'est l'Histoire à faire...

## 2. UN NIVEAU ÉLEVÉ DE MOTIVATION

Implicite dans la discussion précédente est l'idée que seule une base aux mains libres peut secréter *la motivation* nécessaire à un travail patient, ardu, constamment créateur, thérapeutique en bout de ligne. La preuve empirique, s'il en fallait une autre!, que les possibilités d'action de la base nourrissent la motivation est du reste fournie par l'évolution de la réforme en Italie: il y a actuellement un essoufflement de la motivation dû, entre autres, à certaines tendances bureaucratiques et au fait que les possibilités d'action des intervenants ont été réduites (restriction des ressources). Un niveau élevé de motivation est bien la deuxième condition du succès.

On ne peut l'affirmer hors de tout doute, mais plusieurs observateurs étrangers des services psychiatriques italiens ont eu l'impression de constater un niveau élevé de motivation, d'allant, de conviction... Si telle est bien la situation dans les meilleures équipes, à quoi est-elle due et que pouvons-nous en apprendre? Il y a un deuxième ingrédient derrière la motivation, c'est la priorité accordée au *travail d'équipe démocratique*. On a vu combien un travail d'équipe intensif et démocratique est considéré comme central, garant qu'il est à la fois de la cohérence du projet thérapeuti-

que, de la valorisation de chacun, de la sécurité devant l'anxiété et les difficultés, tout ceci soutenant le tonus motivationnel.

## 3. DÉMOCRATIE, LEADERSHIP, FORMATION

Toute la question est alors de savoir ce qu'est un travail démocratique en psychiatrie communautaire et les rapports qu'une telle notion entretient avec le leadership professionnel et légal, et la formation.

Il se définit le mieux par rapport au type idéal opposé, le travail d'équipe non démocratique. Celui-ci peut être décrit succinctement de la façon suivante: juxtaposition d'actes professionnels autonomes (c.a.d. somme non intégrée de compétences techniques abstraites) et valorisation différentielle — explicite ou implicite — des activités, dont les indicateurs les plus clairs sont l'autorité hiérarchique, l'importance du diplôme, une liaison rigide tâches-diplômes et les avantages statutaires (salaires, horaires, etc.). L'expression «parallélisme disciplinaire» (Brunet/Vinet, 1979) augmentée de l'épithète «hiérarchisé» convient bien à cette réalité. On a vu que l'équipe multidisciplinaire démocratique est précisément l'inverse: valorisation de tous les gestes, priorité de la compétence pratique sur le diplôme technique, participation égalitaire aux discussions, recherche du consensus, formation permanente sur le tas, leadership fluide.

Justement, qui est le leader dans tout cela? Légalement, c'est le psychiatre qui est responsable. Mais le recours à la responsabilité légale ou à l'autorité du diplôme ne sont que très rarement les critères d'imposition d'une décision. Presque toujours, la décision est consensuelle ce qui ne signifie pas que tout le monde a le même poids: les psychiatres et psychologues tendent certainement à dominer le processus décisionnel au niveau du projet thérapeutique en même temps que c'est la pertinence et non le diplôme qui force l'écoute.

À divers endroits (dans le secteur public, dans les ressources alternatives) du réseau psychiatrique québécois, il existe apparemment encore (même dans les années quatre-vingt) un certain nombre d'équipes dont le fonctionnement se rapproche du modèle intégré et démocratique. Il n'est pas rare en même temps qu'on entende et lise sur les dysfonctionnements et les conflits d'équipe, en particulier entre psychiatres et psychologues... On en connaît du reste largement les raisons. 1) La culture et les pra-

tiques «professionnalisantes»: création de zones spécialisées (exclusives ou déléguables) d'intervention avec rituels incommunicables (donc ségrégatifs); idôlatrie du diplôme; distillation, dans les années de formation et par la suite, d'une culture hautaine, hiérarchisante. 2) L'encapsulation des intervenants dans des lignes administratives disjointes. 3) Une perversion de la fonction syndicale réduite (pour plusieurs raisons) à du «bumping» bureaucratique au lieu de la participation responsable. 4) Le repli naturel des intervenants, devant les difficultés, dans divers interstices plus confortables. Etc.

La dégradation ou la fragilité des rapports inter-professionnels au Québec ne sont du reste pas particulières à la psychiatrie. Ce sont peut-être les services psychiatriques cependant — eux qui ne peuvent échapper à la multidisciplinarité intégrée — qui en ressentent le plus fortement les effets. Par ailleurs, le diagnostic sur ce thème apparaît suffisamment avancé pour que l'on passe à la recherche et la mise-sur-pied des solutions...

Le problème de la formation mérite également quelques commentaires. On entend couramment au Québec des lamentations sur les lacunes de la formation actuelle en psychiatrie communautaire. En même temps, l'idéologie professionnalisante (encouragée par l'idéologie scientiste) promeut la thèse que plus de diplômes, plus de formation universitaire est la voie royale pour le perfectionnement technique et le renforcement de l'identité des divers paramédicaux. Est-on bien sûr?

Les réformateurs italiens proposent l'hypothèse que le nouveau lieu de l'intervention, le territoire, a des conséquences importantes sur le lieu de la formation. Ce qui est en cause, ce sont les *nouvelles aptitudes* requises pour *tous les intervenants* (dans l'optique d'une certaine polyvalence favorable à un discours et à une pratique intégrés) dans le cadre de la psychiatrie de territoire. Il faut certes qu'une bonne partie des intervenants soit formée aux techniques psychothérapeutiques classiques, mais cela est insuffisant: si celles-ci doivent devenir «hérétiques» (voir note 14) dans le cadre d'un service public, la formation doit se pencher sur cet aspect. Si la psychanalyse comme méthode est utile pour le traitement de la schizophrénie, comment ses techniques peuvent-elles être adaptées pour une utilisation dans le cadre d'un service public qui ne

sélectionne pas? Se pourrait-il que la réponse doive être cherchée ailleurs qu'à l'Institut ou qu'à l'Université? À titre d'exemple: en-deça du luxe d'une analyse personnelle (pour un infirmier «sain»), que doit-on lui apprendre et comment de la psychanalyse pour enrichir et rendre son travail plus efficace avec des psychotiques?

D'autre part, la formation doit être adaptée aux nouvelles situations qu'il faut affronter dans le nouveau lieu de travail: la rencontre avec la souffrance à sa naissance, la crise aiguë, l'impact avec le contexte social. Les intervenants doivent apprendre un éventail de réponses nouvelles en symbiose avec la vie quotidienne, y compris la réponse qui consiste à travailler sur la demande (de médicalisation, de dépendance, de protection). Au-delà des habiletés relationnelles et psychothérapeutiques, il faut ensuite conceptualiser les nouvelles habiletés requises et mettre sur pied les programmes de formation correspondants. Il peut s'agir de formation au travail communautaire, à l'action politique, au travail d'équipe, à la programmation et à la vérification collective des objectifs et des procédures, etc. Dans ce contexte, le territoire doit être un lieu important, sinon le lieu principal de la formation. Hypothèse à méditer.

#### 4. LA NÉCESSITÉ D'EXPÉRIMENTER

On a vu que la réforme psychiatrique italienne a été l'aboutissement de quinze années d'expérimentations diverses et de débats professionnels et culturels sur ces expériences. Par ailleurs, au-delà de certaines caractéristiques déjà mentionnées (la liberté d'action des réformateurs), elle a été rendue possible en vertu d'un contexte favorable très précis: 1) L'existence d'un paradigme d'action simple (la lutte anti-asilaire) porté à la base par un leadership professionnel investi d'une mission et au sommet par un mouvement professionnel uni et dynamique (Psichiatria Democratica). 2) Une certaine réceptivité idéologique du tissu social et de la culture (les années 1965-1978 sont celles de la contestation, de l'anti-autoritarisme, de la lutte à la marginalisation, de l'utopie de la bonne société, de l'égalitarisme professionnel). 3) Des ressources suffisantes. Ce contexte a changé et explique pourquoi aujourd'hui la réforme est «grippée» même si sa progression continue.

D'une part, la psychiatrie sociale est traversée par une crise paradigmatique et le mouvement social par une crise d'identité. Crises qui ont des raisons complexes qu'on peut, en simplifiant, réduire à deux. D'un côté, le modèle original très sociologisant de la psychiatrie est ébranlé par la montée en force d'une psychiatrie plus technique (biologique et psychologisante). D'un autre côté, le paradigme simple de la lutte anti-asilaire ne suffit plus, ni comme mot d'ordre unifiant, ni dans la construction de la nouvelle psychiatrie de territoire qui s'avère peut-être plus complexe que prévue et qui secrète une grande diversification dans les approches. Il semblerait que les réformateurs italiens inaugurent une troisième phase — (première phase: négation de l'asile dans les expériences avancées; deuxième phase: la tentative de nationaliser la lutte anti-asilaire) — une phase qu'on pourrait qualifier d'*expérimentation scientifique de la psychiatrie de territoire*: expérimentation de nouveaux modèles d'intervention, recherches sur les pratiques, analyse des échecs, etc. La psychiatrie «politisée et polémique» des années soixante-dix fait place à la prudence, au réalisme, à une attitude plus expérimentale.

D'autre part, le contexte idéologique et socio-politique a changé: on est à l'heure de l'après-socialisme. Les forces politiques de gauche — leadership et base — et la population en général sont prudentes avec les utopies généreuses. On est à l'ère de l'analyse coûts-bénéfices: on compte ses chroniques et ses sous...

Par ailleurs, l'absence de ressources pour la psychiatrie de territoire (ressources physiques et de personnel) suite à la crise économique est la raison principale des lenteurs et difficultés que subit actuellement la réforme. Bref, on en est plus à l'époque glorieuse et unifiante du dépassement de l'asile... Le mot d'ordre de la désinstitutionnalisation au sens large guide la réflexion et l'action mais, dans un contexte social et culturel moins fertile et plus complexe, l'*expérimentation* est la seule issue...

Cette situation est transportable au Québec. Le contexte idéologique a changé ici aussi. L'heure n'est ni aux grandes utopies généreuses, ni aux modèles rationnels infaillibles. Les capacités culturelles d'intégration de la déviance doivent être vérifiées et travaillées. La crise paradigmatique de la psychiatrie est naturellement internationale: la

voie royale d'une psychiatrie globale sans difficultés et échecs n'est pas connue. Quant aux ressources, il faut faire plus avec moins comme on dit.

Bref, la boucle est bouclée. L'expérimentation exige une base aux mains libres, mais celle-ci ne pourra faire à moins qu'expérimenter sur tous les plans. Aussi parce que beaucoup de choses bougent maintenant au Québec dans le secteur de la santé mentale. Les patients et leurs porte-paroles se rebiffent; les intervenants semblent prêts — survie et hygiène mentale obligent — à reprendre le flambeau de la psychiatrie communautaire; les C.L.S.C. méditent une opportunité et une responsabilité; les psychiatres voudraient bien ne pas perdre plusieurs trains, l'Express-Biologisant et le Rapide Écologique; les professionnels butent contre les dégâts du professionnalisme; le problème de la formation est ouvert, comme celui de la psychiatrie à l'acte; le gouvernement en appelle aux ressources alternatives, au bénévolat et à la base... Il ne reste qu'à travailler.

Que l'on regarde en Italie ou ailleurs dans les expériences-témoin, on retrouve une certaine convergence dans le modèle scientifique et social général qui peut informer la construction de la nouvelle psychiatrie. Mais, précisément, c'est à chaque équipe de la construire, de l'expérimenter patiemment, proche d'elle-même et de la population qu'elle doit servir. Il n'y a pas de recettes miracles, italiennes ou autres. Il n'y a peut-être rien d'autre que la lente accumulation des petits miracles de tous les jours...

#### NOTES

1. Les Ière et IIe parties de ce texte seront traitées, pour des raisons d'espace, de façon très schématique. Pour plus de détails (sur d'autres aspects aussi), le lecteur est renvoyé à l'Avis précité.
2. Dans la suite de ce texte, on utilisera comme termes équivalents (et sans l'utilisation de guillemets) les expressions: «psychiatres progressistes», «psychiatres de territoire», «psychiatres sociaux», «réformateurs», «équipes avancées» pour dénoter, par rapport à la psychiatrie hospitalière traditionnelle, les psychiatres/équipes impliqués dans la construction de la nouvelle «psychiatrie de territoire», ce terme étant l'équivalent italien de l'expression psychiatrie communautaire au Québec.
3. Au quadruple plan des techniques psychiatriques, de l'encadrement législatif, du mouvement de désinstitutionnalisation et de la qualité des services.

4. Il y avait en France en 1981 approximativement autant de lits psychiatriques qu'en 1960, en dépit donc de vingt années de psychiatrie de secteur (Castel, 1981).
5. Expression italienne pour psychiatrie communautaire.
6. Sur la notion de «maladie mentale», il n'existe pas en Italie, comme ailleurs, de consensus facile. Une chose est certaine: la nouvelle psychiatrie de territoire — avec son impact vérifiable sur les tableaux cliniques — va amener un long débat sur ce sujet.  
Sans entrer ici dans de longs développements qui dépasseraient le cadre de ce texte, on peut schématiser comme suit une tendance de fond au sein de la psychiatrie sociale italienne. Le lecteur étranger notera que dans les textes italiens, le vocable «souffrance» est aussi fréquent, sinon plus, que celui de maladie. Ce n'est pas un hasard: ceci reflète une tendance de fond des psychiatres sociaux à se méfier de la médicalisation des «malaises mentaux», et de la rigidification nosographique. Au début, le mouvement réformateur avait plus ou moins fait sien le slogan de Basaglia: «La maladie mentale, nous ne savons pas ce que c'est tant que — en désinstitutionnalisant — nous ne l'aurons pas purifiée des croûtes qui la recouvrent. En attendant, il faut la mettre entre parenthèses.» Aujourd'hui, on constate (comme on s'y attendait) que, sans asile, la «maladie/souffrance» mentale reste. Mais d'une part, on continue de constater quotidiennement son imbrication avec la misère sociale et psychologique: d'où une certaine réticence à l'utilisation du terme «maladie» avec toutes ses connotations réelles ou potentielles (nécessité de l'intervention pharmacologique, fatalisme, etc.). D'autre part, la pratique quotidienne démontre aussi que le type d'intervention (en particulier l'intervention biopsychosociale intégrée) modifie largement les tableaux cliniques classiques et les rend constamment fluides: d'où la méfiance envers toute codification rigide. Finalement, un symptôme/syndrome varie, dans ses conséquences fonctionnelles, selon les individus, le contexte et surtout le mode de prise en charge: il y a des schizophrènes qui mènent une vie entièrement normale. La question de la définition de la maladie mentale reste donc ouverte.
7. Pour une évaluation plus détaillée, le lecteur est renvoyé à l'Avis du C.S.M.Q. précité (L'expérience de l'Italie, chap. III).
8. Parmi les patients désinstitutionnalisés, certains ont réintégré leur famille; d'autres travaillent à temps plein; d'autres travaillent à temps partiel et ont une vie autonome; même les moins «fonctionnels» ont récupéré, dans des appartements de groupe ou des communautés thérapeutiques, un minimum d'autonomie et de «subjectivité». Inversement, dans les régions où la «dés-hospitalisation» n'est pas accompagnée d'un projet alternatif sérieux, les cliniques privées suppléent à une prise en charge déficiente.
9. Les Centres savent ce qui arrive à leurs patients: l'hospitalisation sur le territoire et hors-territoire est connue en vertu de mécanismes de remboursement et parce que, dans des villes moyennes, tout se sait.
10. Il n'y a pas d'indications de transinstitutionnalisation dans les hôpitaux judiciaires (Daga 1985). Par contre, là où il y a abandon, on suspecte des phénomènes de transinstitutionnalisation dans les prisons ordinaires. De la même manière, des données non publiées en Émilie-Romagne montrent que le taux de suicide augmente lorsque le service laisse les patients à découvert.
11. Dans le cas d'un Centre, le taux de médication en période de crise serait, selon des visiteurs nord-américains, inférieur de deux-tiers à la pratique nord-américaine.
12. Une brève allusion aux articles iconoclastes de Jones-Poletti (1985, 1986) est ici nécessaire. Le caractère non scientifique, biaisé, hautain du premier article a déjà été dénoncé dans le *British Journal of Psychiatry*. Dans leur deuxième texte, les auteurs sont un peu plus modérées. Une réponse exhaustive à ces compte rendus exigerait un article en soi.
13. À titre illustratif: 1) On a vu que la réforme italienne a été construite dans les années chaudes et dorées des utopies généreuses et socialisantes. Même en Italie, le «refroidissement» actuel de la société n'est pas sans conditionner l'évolution de la réforme. 2) La famille — en particulier en dehors des métropoles — est une institution de soutien-clé à la psychiatrie de territoire. La famille au Québec ne peut jouer les mêmes fonctions de la même manière. Etc., etc.
14. À l'intérieur du mouvement réformateur, le débat sur les psychothérapies occupe maintenant le devant de la scène: dans certaines expériences avancées, on travaille à une importation/greffe «critique et créative» des méthodes/techniques psychothérapeutiques. Les psychiatres italiens distinguent la méthode (le paradigme) de la technique: beaucoup d'entre eux sont ouverts aux apports des méthodes, des paradigmes (psychanalyse, théorie systémique etc.) sans prendre pour acquis que les techniques thérapeutiques dérivées (le divan, le colloque singulier etc.) soient nécessairement bonnes. La raison en est simple: ces techniques sont toutes ou presque dérivées de la pratique privée sur une clientèle super-sélectionnée. Cette situation est radicalement différente de celle d'un service psychiatrique public dont le rôle est de répondre à toute la demande, en particulier la plus lourde. Dans ce contexte, il s'agit de rien de moins que de créer les «techniques de territoire»: éliminer les techniques classiques inutiles, en adapter d'autres, en créer de nouvelles. Un psychiatre me disait: «Oui aux techniques, à condition qu'elles deviennent hérétiques».
15. Il est bien connu qu'on oublie souvent les vérités les plus simples. La littérature nord-américaine sur la psychiatrie foisonne de recherches et de discours du genre: «Si donc le patient était moins résistant/si donc il ne fuguait pas et prenait gentiment ses pilules/si donc son père n'avait pas bu autant/si donc sa schizophrénie n'était pas autant «processuelle»/si donc sa famille et le milieu ne le rejetaient pas, etc.». On parle beaucoup des caractéristiques de la demande et du contexte. Les réformateurs italiens proposent — au moins pour équilibrer un peu les choses — de renverser la vapeur: changeons l'offre et observons ce qui se passe au niveau de la demande et du contexte.
16. Quelques exemples à portée symbolique 1) Il n'est pas rare que le psychiatre italien («Il Dottore», avec l'ascendant que ce titre comporte en Italie comme ailleurs) travaille à l'extérieur: dans les bars, sur le lieu de travail, au stade de football, etc. 2) À Trieste, n'importe quel citoyen a un accès téléphonique au chef-psychiatre dès qu'un incident surgit; dans cette même ville, on dit des patients «Ghè sè un' de Basaglia»: «c'est un de Basaglia», phrase symbolique — témoin de la présence du service. 3) Sur le plan de l'augmentation de la solidarité, le service arrive parfois — après une patiente présence — à enrôler la voisine de palier dans le soutien social ou psychiatrique.
17. L'épisode est réel. Autre exemple, un psychiatre italien peut passer trois heures d'affilée à domicile pour régler des problèmes suscités par une crise ou autre chose.
18. J'ai pu vérifier ceci dans quelques réunions d'équipe sur les cas auxquelles j'ai assisté. Au-delà du fait que chacun a tendance à y donner son point de vue, on observe deux choses: le leadership de la discussion tend à être fluide et rarement



on ne procède autrement que par consensus. À titre d'exemples: j'ai vu dans une réunion un infirmier proposer et faire accepter, dans le cas d'un jeune schizophrène à tendance alcoolique, que le groupe arrête, à titre d'essai, la pharmacothérapie et travaille à ce que le patient diminue sa consommation de café et d'alcool. Dans un autre cas, le leadership d'une longue discussion était dans les mains d'une sociologue (avec dix ans d'expérience de terrain) et non du psychiatre théoriquement responsable du cas.

## RÉFÉRENCES

- ANTONUCCI, F., PIPERNO, R., LUONI, G., 1983, *Tra il dire e il fare*, Roma, Bulzoni.
- BONIZZONI, PL., 1983, Dopo la grande svolta: autonomia del quotidiano, *Entropia*, gennaio-marzo, 10-25.
- BRUNET, M., VINET, A., 1979, Le pouvoir professionnel dans le domaine de la santé et des services sociaux, *Analyses de politiques*, 2, no. 1, 168-180.
- CASTEL, R., 1981, *La gestion des risques*, Paris, Edit. de Minuit.
- CORIN, E., TESSIER, L., SÉGUIN-TREMBLAY, G., 1986, *Sortir de l'asile? Des politiques et des pratiques en pays étrangers*, Avis du C.S.M.Q., Direction générale des publications gouvernementales, gouvernement du Québec.
- DAGA, L., 1985, Ospedali psichiatrici giudiziari e sistema penitenziario, Manuscrit non publié, Mantova, USLL46.
- GIANNICEDDA, M.G. 1983, Mental health services in Trieste pilot area, *Report to the WHO*.
- GODBOUT, J., 1985, Les relations central-local ou le rendez-vous manqué, *Revue Internationale d'action communautaire*, 13/53, 125-130.
- JALBERT, L., 1985, Décentralisation ou autonomie administrée: la réforme municipale et régionale au Québec, *Cahiers de recherche sociologique*, 3, no. 1, 75-98.
- 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.
- LEGRAND, M., 1983, Quelques éléments pour un bilan de la situation actuelle en Italie, *Perspectives*, No. 2, 49-75.
- LOSSON, J.P., 1981, Réflexions sur l'importance et le rôle de l'hôpital psychiatrique dans une psychiatrie contemporaine, *Santé mentale au Québec*, 6, no. 2, 55-61.
- MARTINI, P., CECCHINI, M., CORLITO, G., D'ARCO, A., NASCIMBENI, P., 1985, A model of a single comprehensive mental health service, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl. 316, 95-120.
- MASSIGNAN, L., 1984, Psychiatric reform in the Veneto Region of Italy: the state after five years, *Acta psychiatr. scand.*, 70, 36-43.
- MOSHER, L.R., 1983, Radical de-institutionalization: the Italian Experience, *International Journal of Mental Health*, 11, No 4, 129-136.
- RAMON, S., 1983, Psichiatria Democratica: a case study of an Italian community mental health service, *International Journal of Health Services*, 13 No 2, 307-324.
- RAMON, S., 1985, The Italian psychiatric reform: the experience of de-institutionalizing and restructuring a national psychiatric system. In Mangan, S., ed., *European Community Mental Health*. London, Croom Helm.
- TESSIER, L., LAVOIE, F., LAMONTAGNE, Y., 1985, *L'Efficacité de la réadaptation*, Avis du C.S.M.Q., Direction générale des publications gouvernementales, gouvernement du Québec.
- ZIMMERMANN-TANSELLA, C., BURTI, L., FACCINCANI, C., GARZOTTO, N., SICILIANI, O., TANSELLA, M., 1985, Bringing into action the psychiatric reform in South-Verona, A five-year experience, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl. 316, 71-86.

## SUMMARY

This article has two aims: 1) to help in the understanding of the much discussed Italian reform in psychiatry. 2) to offer for review, discussion or action, a certain number of implications uncovered by this reform with regard to the ongoing discussions on the reorganization of Mental Health Services in Quebec. On the first aim, the key message is as follows: it is possible to create another psychiatry if society in general and those actually participating really want such a project. On the second aim, the main conditions of success for a global and deinstitutionalized psychiatry seem to be as follows: Sufficient resources, freedom to develop policies (a deep decentralisation of the decision making process and the organization) that are central to the integration of the services in a given territory; a dedicated study of the culture and the local social life; a continuous presence (intime and space) of the service in the territory; a total response (and deinstitutionalization) to the patient's needs; a democratic team work. However, there are no miracles in Italy; in the cooled down society of the 80's there is room for experimentation.