

Réadaptation sociale des patients psychiatriques dans la province de Parme, en Italie

Social rehabilitation of psychiatric patients in the province of Parma, Italy

Cesare Maria Eugenio D'Ecclesiis, Stefano Bianchi, Ester Pasetti, Luigi Raffaini and Vincenzo Bagnasco

Volume 20, Number 1, Spring 1995

Jalons pour une politique en santé mentale

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/032339ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/032339ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

D'Ecclesiis, C. M. E., Bianchi, S., Pasetti, E., Raffaini, L. & Bagnasco, V. (1995). Réadaptation sociale des patients psychiatriques dans la province de Parme, en Italie. *Santé mentale au Québec*, 20(1), 207–219. <https://doi.org/10.7202/032339ar>

Article abstract

In this article, the authors shed light on important changes that have affected psychiatric caregiving in the province of Parma and, by ricochet, in the whole of Italy. Up to 1960, there was a marked centralizing trend toward concentrating therapeutic interventions within a large psychiatric institution, namely Colorno Psychiatric Hospital. When the psychiatric care reform bill took effect, in 1978, all activities were relocated throughout the territory. As this ambitious project was being implemented, a number of rehabilitation problems were encountered. In addition to analyzing these problems, the authors examine specific intervention models that were used to definitively replace Colorno Psychiatric Hospital.



Réadaptation sociale des patients psychiatriques dans la province de Parme, en Italie

Cesare Maria Eugenio D'Ecclesiis*
Stefano Bianchi*
Ester Pasetti*
Luigi Raffaini*
Vincenzo Bagnasco*

Dans cet article, les auteurs soulignent les importants changements qui ont affecté la prestation des soins psychiatriques dispensés dans la province de Parme et, par ricochet, dans l'ensemble de l'Italie. Avant 1960, on notait une tendance centralisatrice caractéristique visant à regrouper les interventions thérapeutiques au sein d'une grande institution psychiatrique, l'Hôpital psychiatrique de Colorno. Par la suite, avec l'entrée en vigueur de la Loi de la réforme des soins psychiatriques, en 1978, toutes les activités ont été relocalisées sur le territoire. Les problèmes de réadaptation rencontrés lors de la mise en place de cet ambitieux projet sont analysés ici, et en particulier, les modèles d'intervention qui furent privilégiés pour le remplacement définitif de l'Hôpital psychiatrique de Colorno.

L'Hôpital psychiatrique de Colorno est situé dans un vieil et important complexe architectural du 17^e et 18^e siècle qui comprend un palais avec jardin, qui a été la demeure d'été des ducs de Parme jusqu'à l'unification de l'Italie (1860), et l'église de San Liborio avec son couvent bâti en annexe du palais.

Colorno est une petite ville d'environ 7000 habitants, située à 15 km du chef-lieu de la province (Parme, environ 180000 habitants) où fut transféré l'ensemble des soins psychiatriques en 1870, pour faire face à un taux d'hospitalisation sans cesse croissant (figure 1).

* Les quatre premiers auteurs sont médecins psychiatres à l'Hôpital psychiatrique de Parme à Colorno, Italie, alors que le dernier est directeur du service sanitaire à l'Azienda U.S.L. de Parme.

Jusqu'aux années 1960, cet hôpital fut le principal établissement où les malades psychiatriques de toute la province (soit un bassin de population d'environ 470000 habitants) étaient envoyés, quoiqu'il faille également signaler l'existence de la clinique psychiatrique de l'Université de Parme et d'une clinique privée pour malades psychiatriques.

À cette époque, l'hôpital psychiatrique atteignit le plus fort taux d'occupation de toute son histoire (en 1964, il hébergeait 1100 patients); cette période fut suivie d'une lente mais notable réduction du nombre d'hospitalisations, semblablement à ce qui s'observait dans d'autres structures analogues. Ce phénomène fut en partie attribué à la mise en marché de nouveaux produits pharmaceutiques neuroleptiques, mais aussi et surtout, à une nouvelle école de pensée en matière de médecine psychiatrique, qui privilégiait désormais la communauté comme milieu thérapeutique.

FIGURE 1

Renseignements sur la population. Données de référence

	POPULATION GÉNÉRALE	POPULATION PSYCHIATRIQUE HOSPITALISÉE
POPULATION DE L'ITALIE	50000000 env.	23000 env.
RÉGION DE L'ÉMILIE ROMAGNE	4000000 env.	2000 env.
PROVINCE DE PARME	400000 env.	
U.S.L. 4 PARME	240000 env.	200 env.
VILLE DE PARME	180000 env.	
DISTRICT DE COLORNO	25000 env.	
VILLE DE COLORNO	7000 env.	

U.S.L.: Unité sanitaire locale

Les dates qui jalonnèrent cette portion de notre histoire se confondent ici avec les événements marquants de la même période à l'échelle nationale (figure 2).

En effet, simultanément, en Italie, le cadre de référence législatif changeait et une première loi, celle de 1968, institua des dispensaires pour les soins psychiatriques partagés sur le territoire, qui fut suivie, en 1978, d'une loi normative plus radicale; pour sa part cette dernière visait à empêcher toute nouvelle hospitalisation en établissement psychiatrique et imposait des normes plus précises au traitement des malades mentaux sur le territoire même.

Digne de mention, là où l'ancienne loi qui régissait les établissements psychiatriques (Loi 36, du 14 février 1905), statuait à l'article 1: «doivent être hospitalisées et soignées dans des asiles psychiatriques, les personnes affectées par une quelconque aliénation mentale si elles posent un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, si elles risquent de troubler la paix et si elles ne sont ni ne peuvent pas être gardées ni soignées convenablement ailleurs que dans des asiles», l'article 1 de la Loi de la réforme psychiatrique (Loi 180, du 13 mai 1978), stipule: «Les examens et traitements se font sur une base volontaire... les examens et traitements nécessaires peuvent être dispensés par les autorités sanitaires dans le respect de la dignité et des droits humains garantis par la constitution..., sont mis en œuvre dans les établissements de santé publique territoriaux et, si une hospitalisation est nécessaire, elle s'effectuera dans la structure des hôpitaux publics ou traditionnels».

Pour ce qui a trait aux malades déjà hospitalisés dans les établissements psychiatriques, l'article 8 précise: «... Dans les 90 jours de l'entrée en vigueur de la loi actuelle, le principal responsable de la division, étudiera au cas par cas avec les maires des localités concernées la situation individuelle des personnes hospitalisées chez qui il est nécessaire de poursuivre le traitement à l'intérieur de la même structure de soins, en indiquant la durée prévue du traitement... Seuls les patients déjà hospitalisés avant l'entrée en vigueur de la loi actuelle et dont le traitement doit se poursuivre en institution peuvent rester hospitalisés dans les établissements psychiatriques actuels en en faisant la demande».

Entre temps, avec l'évolution de la philosophie qui sous-tend les modalités thérapeutiques utilisées en psychiatrie, la Loi 431, du 13 mars 1968, fut adoptée et ratifiée pour la première fois la possibilité d'accéder à des hôpitaux psychiatriques ou d'en sortir volontairement, la non-inscription des hospitalisations au casier judiciaire des personnes internées et la création de services externes d'hygiène mentale.

Pourtant, à partir de 1978, l'hôpital psychiatrique perdit son rôle central et devint un simple élément de l'ensemble, à l'intérieur du service psychiatrique de l'unité sanitaire locale N-4 de Parme (environ 240000 habitants), caractérisé par un fort taux d'hospitalisation et par l'acquisition d'une compétence adaptée au territoire et au district, dans une région qui englobe la commune de Colorno et ses environs (autour de 25000 habitants).

FIGURE 2

**Évolution de la population psychiatrique hospitalisée
dans les hôpitaux psychiatriques en Italie et à Colorno**

	Année	Nbre de patients hospitalisés	(%)
Hôpital psychiatrique de Colorno	1964	1 100	(100)
	1979	400	(36,4)
	1990	223	(20,3)
Données nationales	1965	91 200	(100)
	1978	54 284	(59,5)
	1981	38 258	(41,9)
	1988	30 000	(32,9)
	1990	23 000	(25,2)

Dans la nouvelle réalité normative et fonctionnelle, l'hôpital psychiatrique continua à congédier ses malades, mais à un rythme toujours plus lent, passant de 400 patients en 1979, à 222 en juin 1991 (figures 2 et 3).

À l'analyse par contre, le déroulement de ces événements se révèle particulièrement complexe, si l'on considère, par exemple, que plusieurs des établissements hospitaliers traditionnels ont été convertis en communautés thérapeutiques, dans la double intention d'améliorer les conditions de vie des patients les moins régressés et de permettre la réintégration des patients déjà congédiés mais impossibles à traiter sur le territoire.

À ce propos et à notre avis, il est intéressant de le noter, si l'on compare les patients gardés en institution psychiatrique et les patients soignés dans la communauté et dans les résidences au cours du processus de désinstitutionnalisation et au fil des ans (figure 3), l'on constate qu'en 1978, sur 400 patients, 12,5% seulement étaient soignés en structure ouverte, alors qu'en 1991, sur un total de 222 patients, 69,4% vivaient la réalité d'une gestion territoriale communautaire des cas.

D'autre part, l'âge moyen des patients a progressivement augmenté, mettant au jour des problématiques clairement gériatriques (30% des patients hospitalisés ont plus de 75 ans et 98% sont âgés de plus de 40 ans) et une augmentation concomitante du taux de mortalité (qui oscille entre 5 et 10% par année) (figure 4).

FIGURE 3

**Hospitalisations à l'Hôpital psychiatrique
de Colorno entre 1978 et 1991**

DATE	PATIENTS HOSPITALISÉS	PATIENTS HÉBERGÉS DANS LA COMMUNAUTÉ, EN RÉSIDENCE ET EN CLINIQUE GÉRIATRIQUE	TOT.
79/1/1	350	50	400
81/1/1	311	53	364
83/1/1	267	54	321
85/1/1	230	51	281
87/1/1	165	88	253
89/1/1	152	86	238
91/1/1	68	154	222

FIGURE 4

**Groupe d'âge des patients hospitalisés dans les diverses structures
à l'intention des ex-psychiatisés de Colorno**

ÂGE	Nbr DE PATIENTS	(%)
< 25 ans	0	(0)
26 à 40 ans	4	(1,82)
41 à 65	116	(52,73)
> 65 ans	100	(45,42)

Il convient de mentionner ici une certaine discordance: on constate en effet qu'au cours de cette dernière décennie, à Colorno comme ailleurs, les besoins identifiés en matière de soins à prodiguer (voir à la réadaptation et au congédiement des patients) ont pour limites une capacité d'accueil réduite au sein des nouvelles structures territoriales (appelées structures intermédiaires); ce décalage s'exprime dans une réalité sociale qui manifeste une moins grande tolérance et un manque de solidarité face à la «différence». Tout empêche le «renouvellement» des patients dans les nouvelles structures territoriales.

Au cours des années 1970, la prévalence culturelle d'un modèle idéologique pour ainsi dire «anti-institutionnel» a contribué à la revalorisation de l'activité réadaptative sur le territoire, mais la réadaptation s'est souvent traduite par une simple amélioration des symptômes, liée

au déconditionnement par rapport aux effets négatifs produits par l'institutionnalisation sur le malade.

À notre avis, les effets bénéfiques de la désinstitutionnalisation furent en bonne partie dilués, tant à cause de l'absence de projets thérapeutiques plus articulés qu'à cause de la difficulté à accomplir concrètement le travail de réinsertion sociale. Il y manquait, en outre, une planification globale, qui puisse tenir compte autant des patients accueillis en hôpital psychiatrique que des nouveaux patients du territoire.

C'est ce qui explique pourquoi les nouvelles structures auxquelles devait se substituer l'hôpital psychiatrique, dans un premier temps définies, puis progressivement mises en œuvre sur le territoire, ne se révélèrent pas adéquates pour réagir à la confrontation entre le malade mental désinstitutionnalisé et la société civile, dans laquelle il ne se trouvait plus guidé sur le plan thérapeutique: à l'engorgement du système succéda un nouveau phénomène de chronicité qui reproduisit sur le territoire les problématiques attribuées à tort aux seules institutions fermées.

FIGURE 5

**Distribution des patients dans les diverses structures
auxquelles a fait place l'ancien hôpital psychiatrique de Colorno**

STRUCTURE	Nbr DE PATIENTS	M	F	ÂGE
Clinique ambulatoire sur le territoire	Environ 80			
Hôpital de jour	Environ 20			
Résidences:				
Primo Maggio	44	14	30	50% > 65 ans
Giardino	15	15	0	20% > 65 ans
Monti	43	21	22	23% > 65 ans
Psychogériatrie:				
Gériatrique	23	0	23	87% > 65 ans
Ugolotti	26	26	0	69% > 65 ans
Département psychiatrique:				
Tanzi	32	32	0	50% > 65 ans
Infirmerie	37	0	37	27% > 65 ans

M: homme; F: femme

Pour tenter d'atteindre les objectifs réadaptatifs et thérapeutiques rattachés aux activités qui avaient donné naissance à la structure de

Colorno, un comité, le «Presidio psichiatrico di Colorno», fut formé pour coordonner et intégrer les diverses fonctions en cause, présentées schématiquement ci-dessous et résumées aux figures 5 et 6 :

- 1) Activités de district, vouées à la satisfaction des besoins psychiatriques du nouveau bassin d'usagers, qui comprend les dispensaires externes, les centres de jour et les résidences protégées.
- 2) Activités de psychogériatrie, prenant en charge la situation gériatrique, jusqu'au remplacement définitif du vieil asile.
- 3) Hospitalisations psychiatriques visant la réadaptation et la désinstitutionnalisation des patients psychiatriques qui résident toujours à l'hôpital psychiatrique, ou des nouveaux cas de chronicité.

FIGURE 6

Activités à l'Hôpital de Colorno: transition vers les structures de réadaptation à partir de 1989

EN ACTIVITÉ	
1. Petite communauté thérapeutique	Environ 80 patients
2. Communauté thérapeutique expérimentale	Environ 15 patients
3. Groupe en appartement	Environ 4 patients
4. Laboratoire de didactique expressive	Environ 20 patients
EN PRÉPARATION	
1. Trois petits appartements	Environ 9 patients
2. Construction d'une nouvelle communauté thérapeutique dans la structure de l'ancien hôpital	Environ 21 patients
3. Construction d'une nouvelle communauté thérapeutique à l'extérieur de la structure de l'ancien hôpital	Environ 18 patients

Ces activités ont chacune leur spécificité propre, mais le projet thérapeutique formant un tout indivisible, elles tendent à s'intégrer les unes aux autres, comme le prévoit la structure des unités de résidences protégées du district, au point d'aboutir au congé d'un certain nombre de patients de l'hôpital psychiatrique, après une démarche sérieuse de réadaptation: l'intégration qui se manifeste par une entraide entre les patients plus jeunes, provenant du territoire (pour lesquels on suppose une hospitalisation brève, uniquement durant les périodes de symptomatologie aiguë et une implication plus forte de la famille d'origine et du monde du travail), et les patients qui ont obtenu leur congé de

l'hôpital psychiatrique, devrait contribuer à éliminer cet état d'hypo-stimulation ambiante chronique qui provoque la régression chez le malade et la cristallisation de modèles d'aide sous forme de prise en charge totale par les travailleurs de la santé.

Même les activités de psychogériatrie du «*Presidio psichiatrico*» doivent être intégrées dans le cadre des activités des structures résidentielles pour personnes âgées (en Italie, appelées maison de repos), qui aujourd'hui ne se démarquent pas par le zèle qu'elles consacrent aux problèmes psychologiques de la personne âgée. Leur collaboration avec la psychiatrie nouvelle pourra peut-être favoriser des protocoles d'intervention plus acceptables, soit pour les personnes âgées qui bénéficient d'une aide à domicile, soit pour les patients hospitalisés pour des raisons sociales ou sanitaires.

Mais c'est au chapitre des activités thérapeutiques concernant les patients encore présents en hôpital psychiatrique que se sont posées les plus grosses difficultés, au point où l'on peut affirmer qu'en tentant de redonner une fonction réadaptative à une structure comme celle de l'hôpital psychiatrique on se trouve au cœur d'une profonde contradiction: d'un côté, la nécessité de transformer les tâches, afin d'exercer le plus rapidement possible une influence favorable sur la qualité de vie des patients hospitalisés, de l'autre, une conscience aiguë de l'extrême complexité du phénomène de l'hospitalisation psychiatrique, à la fois très rigide et très peu thérapeutique.

Comme dans une grande partie de l'Italie au cours des dix dernières années, l'asile a été négligé à tous points de vue (au point de vue de ses structures, de son personnel et de ses activités), comme si le problème allait se régler comme par enchantement ou, plus cyniquement, s'éteindre avec ses malades au fil des ans.

La qualité de vie des patients hospitalisés était quasi condamnée à se détériorer (population vieillissante), tout comme l'attitude du personnel face à la réadaptation (jamais rigoureusement formé ou en partie progressivement embourbé dans le «*labyrinthe psychiatrique*»).

Il ne s'est donc pas agi d'un choix idéal entre une réforme des établissements psychiatriques ou leur abolition, mais d'une solution devenue obligatoire pour affronter une situation interne intolérable.

L'introduction de pratiques réadaptatives soutenues et personnalisées mérite d'être abordée: notre expérience à cet égard tend à démontrer une amélioration des caractéristiques prodromiques, favorisant la réinsertion sociale du malade mental chronique.

En fait, nos patients ont souvent des antécédents d'hospitalisations très longues (en moyenne de 20 à 30 années) et leur situation familiale et professionnelle est irrécupérable. La réadaptation tend pour cela 1) à rétablir des conditions propices à un retour vers l'autonomie sur le plan de l'hygiène personnelle (fortement compromise dans les départements psychiatriques, dû aux pratiques d'hygiène collective), 2) à ouvrir un canal de communication qui permette aux malades d'exprimer leurs désirs et leurs besoins (ce qui suppose un nouveau mode de relation entre patients et travailleurs de la santé) et 3) à leur permettre de se réapproprier des gestes créatifs et signifiants (dérivés du jeu et axés sur des actions souvent oubliées et sur des abstractions artistiques).

Et cela, parce qu'à notre avis, ce n'est qu'en rétablissant de telles fonctions, par la réappropriation d'instruments valides de communication verbale ou autre, qu'il nous semble possible de poursuivre une thérapie d'intervention sur une base relationnelle.

Le premier pas en ce sens s'est pourtant concrétisé par la redéfinition, souvent numérique et logistique seulement, des communautés thérapeutiques pré-existantes qui, selon nous, ne doivent pas regrouper plus de 20 à 30 patients, et qui doivent être structurées autour de taux d'occupation adéquats et de lieux physiques adaptés (nous étudions, par exemple, la possibilité de créer de petits appartements fonctionnels, regroupés au sein des communautés).

La création de nouvelles communautés à partir des départements de psychiatrie chronique s'est par contre, révélée plus complexe, non seulement à cause des difficultés de réadaptation des patients, mais aussi à cause de l'attitude réticente du personnel qui, sans pourtant se trouver en nombre insuffisant (le rapport travailleur-patients se situe environ à 1 pour 2), préfère la routine d'un département traditionnel à la dynamique réadaptive et relationnelle imposée par la structure communautaire.

Des effets positifs ont été observés à ce chapitre lors de la participation, même occasionnelle de travailleurs qui, sans être spécifiquement formés, étaient motivés sur le plan professionnel ou personnel par l'expérience (psychologues et pédagogues stagiaires, travailleurs des structures sociales privées, etc.).

Des résultats concrets, très satisfaisants et déjà quantifiables, présentés dans l'une de nos communications précédentes, ont été enregistrés dès les deux dernières années, c'est-à-dire à partir de l'implantation du programme de réadaptation¹.

Ces résultats ont pu s'obtenir par la réalisation d'activités internes de réadaptation (avec la création d'une petite communauté expérimentale autour d'individus partageant un appartement protégé et d'un laboratoire de didactique expressive) ou par la redécouverte de fortes relations clés qui peuvent renaître dans le cadre d'une expérience collective où la situation logistique de base est complètement différente (par ex., séjours à la mer, en auberge ou la permanence de jour dans une ferme, durant l'été).

Si nous nous attardons aux activités de réadaptation internes, il faut constater avant tout la nécessité de vaincre la forte résistance aux changements manifestée par les travailleurs lorsqu'il leur est proposé d'œuvrer auprès de patients déjà connus et fortement régressés: la création d'une communauté expérimentale a permis de vaincre cette résistance pour mettre en évidence le changement significatif de qualité de vie obtenu chez 15 patients provenant d'un département de psychiatrie fermé.

Par le recours à des techniques surtout comportementales, guidées par un groupe de travailleurs de la santé spécifiquement sélectionnés et préparés par le médecin du département, les patients ont été progressivement mis en état de prendre soin de leur tenue vestimentaire, d'administrer leur argent, de sortir dans la rue seuls, sans provoquer d'incidents.

Des lignes directrices semblables ont été à la base de la création d'un petit appartement protégé, dans lequel les patients (deux hommes et deux femmes) provenaient de communautés thérapeutiques. Même si l'appartement était installé à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique, tout a été tenté pour en rendre la gestion autonome et favoriser l'insertion au travail sous supervision de deux patients encore disponibles pour cette expérience.

Les départements psychiatriques encore fermés, selon la définition des interventions de réadaptation destinées aux patients, aboutissent par contre aux laboratoires de didactique expressive: on y vise la mise en valeur des aspects prodromiques de la réadaptation, tels que définis précédemment, dans l'intention de réaliser de nouvelles communautés de transfert, là où c'est possible sur le territoire, dans le but de favoriser les dialectiques d'intégration thérapeutique et les activités territoriales du district.

Le personnel du laboratoire est, à l'heure actuelle, pluridisciplinaire, puisqu'il compte deux stagiaires (une psychologue et une

pédagogue) et deux infirmières intéressées à cette expérience; environ vingt malades le fréquentent chaque jour, accompagnés d'infirmières de leurs unités pour diverses activités programmées qui vont d'une simple distraction, comme la lecture du journal, à des loisirs supervisés, comme la musique ou la vidéo, et jusqu'à des activités plus progressives à proprement parler (dessin, tricot, collage et autres activités créatrices, etc.), voire jusqu'à des sorties organisées, etc.

Les lignes directrices des activités du laboratoire reflètent la personnalité des intervenants et la recherche constante d'aires de communication qui se démarquent des stéréotypes rencontrés dans les unités. Signalons, notamment, la valorisation de la dimension corporelle au moyen de techniques d'expression primaires (en cas de déficit essentiel ou secondaire grave du langage et des processus de la pensée), ou au moyen de techniques pertinentes, visant à confirmer les messages qui expriment les émotions; les activités gymniques-ludiques en groupe ont été favorisées à l'appui de ces initiatives, ainsi que des séances individuelles en bonne et due forme à des fins psychomotrices et guidées par un personnel qualifié provenant de l'extérieur du service.

Avec une approche réadaptative correcte et les appuis sociaux adéquats, il est possible, à notre avis, de vider finalement les asiles psychiatriques sans créer de remous et sans reproduire à l'extérieur le contexte des asiles psychiatriques ni marginaliser la folie.

Or il est avant tout nécessaire, pour une population d'ex-psychiatrisés comme la nôtre et compte tenu de son âge, de la durée et des conditions des séjours hospitaliers qui lui sont propres, d'avoir toujours présentes à l'esprit les limites dans lesquelles il faut travailler, et privilégier souvent les solutions qui peuvent sembler entraîner un repli ou une ouverture moindre sur l'extérieur, par rapport à certains projets plus ambitieux sur papier, mais utopiques et quasi-irréalisables.

Là, où, en dépit de la réadaptation, il reste des déficits qui peuvent être préjudiciables à une réadaptation totale dans la société, il sera de notre devoir de substituer la maison à une communauté où la vie est le plus proche possible d'une demeure normale et le travail accompagné d'activités ludico-expressives.

À notre avis, le patient psychiatrique atteint d'une pathologie rendue chronique, même s'il vit dans la société, ne peut jamais être abandonné totalement à lui-même; il faut donc tenter de lui garantir la plus grande autonomie possible.

Note

1. En bref, il s'agissait d'un département de femmes hospitalisées en psychiatrie, qui étaient en perte d'autonomie sur le plan de l'hygiène personnelle et de l'habillement (à 55% et 41% respectivement chez les 36 patientes). Avec l'arrivée d'un personnel volontaire et qualifié (étranger aux liens néfastes qui s'étaient créés au cours des ans entre ces patientes et leurs équipes soignantes et qui entravaient toute possibilité d'activités réadaptatives internes, à cause de la rigidité des rôles acquis), il a été possible de permettre à 72% des malades de se rendre régulièrement, pour la journée quasi entière et sur une période de temps appréciable, sur une ferme située à 20 km de Colorno, endroit qui avait toujours accueilli des malades mentaux; cette expérience leur a redonné accès à une autonomie notable sur la plan de la gestuelle et de l'ouverture sur l'extérieur.

RÉFÉRENCES

- BAGNASCO, V., D'ECCLESII, C.M.E., CARAVAGGIO, C., BIANCHI, S., 1990, – *Approccio Riabilitativo su Pazienti Cronici Presso l'Ospedale Psichiatrico di Colorno* – Atti del II Congresso Nazionale della Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale, Édition Idelson-Napoli, L'Aquila, Italie.
- BENASSI, P. – *Experiences on rehabilitation and social skill training of chronic psychotics*, 1895, Rivista Sperimentale di Freniatria, 109:293-298, Reggio Emilia, Italie.
- CANOSA, R., 1979, *Storia del Manicomio in Italia dall'Unità a Oggi*, Ed. Feltrinelli-Milano.
- CAZZULLO, C.L., 1989, *I Concetti e le Esperienze*, Atti della Conferenza Nazionale sullo Stato della Psichiatria nel Territorio, Ed. Idelson-Napoli, Gardone Riviera, Italie.
- CREPET, P., 1990, A transitional period in psychiatric care in Italy: ten years after the reform, *British Journal of Psychiatry*, 156, 27-36.
- GLYNN, S., MUESER, K.T., 1986, Social learning for chronic mental inpatients, *Schizophr. Bull.*, 12, 648-668.
- LEHMAN, A.F., POSSIDENTE, S., HAWKER, F., 1986, The quality of life of chronic patients in a state hospital and in community residences, *Hospital Community Psychiatry*, 37, 901-907.
- MARTINI, P., CECCHINI, M., CORLITO, G., D'ARCO, A., NASCIMBENI, P., 1985, A model of a single comprehensive mental health service for a catchment area: a community alternative to hospitalization, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 316, 95-120.

- MCCREADIE, R.G., STEWARD, M., ROBERTSON, L., DINGWALL, J.M., 1991, The scottish surveys of old long-stay inpatients, *British Journal of Psychiatry*, 158, 398-402.
- PINKNEY, A.A., GERBER, G.J., LAFAVE, H.G., 1991, Quality of life after psychiatric rehabilitation: The client's perspective, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 86-91.
- PRICE, I.G., GRIFFITHS, R.D., GENTRY, R.M., HUGHES, I.C.T., MONTAGNE, I.R., WATKINS, S.E., CHAMPNEY-SMITH, J., MCLACKLAND, B.M., 1991, The nature and severity of disabilities in long-stay psychiatric inpatients in South Glamorgan, *British Journal of Psychiatry*, 158, 817-821.
- STRAUSS, J.S., 1986, Discussion : What does rehabilitation accomplish?, *Schizophren. Bull.*, 12, 720-723.

ABSTRACT

Social rehabilitation of psychiatric patients in the province of Parma, Italy

In this article, the authors shed light on important changes that have affected psychiatric caregiving in the province of Parma and, by ricochet, in the whole of Italy. Up to 1960, there was a marked centralizing trend toward concentrating therapeutic interventions within a large psychiatric institution, namely Colorno Psychiatric Hospital. When the psychiatric care reform bill took effect, in 1978, all activities were relocated throughout the territory. As this ambitious project was being implemented, a number of rehabilitation problems were encountered. In addition to analyzing these problems, the authors examine specific intervention models that were used to definitively replace Colorno Psychiatric Hospital.