

le partenaire

VOL. 5, NO. 2, ÉTÉ 1996

Note de la rédaction

Dans ce numéro, nous présentons une vision de la psychiatrie radicalement différente de ce que nous connaissons généralement chez nous. En publiant ce texte, notre but est de montrer que les choses peuvent se faire autrement et à meilleur coût. Il renferme plusieurs leçons importantes, tant sur le plan pratique que conceptuel, surtout à un moment où le contexte économique provoque des remises en question. Enfin, il est bon d'apprendre que, sous d'autres cieux, des psychiatres interviennent selon des valeurs et principes assez proches de ceux de la réadaptation psychosociale. Puissent-ils trouver des échos ici!

Pour ceux et celles intéressés par le sujet du transfert des services de soins et de suivi dans la communauté, nous recommandons fortement un autre article de Luc Ciompi: **Coûts et bénéfices en psychiatrie sociale: faut-il économiser ou développer?** Source: Revue médicale de la Suisse Romande, 113:805-813, 1993. Cet article contient des résultats d'études d'évaluation internationales et des résultats détaillés d'études en Suisse sur l'efficacité et l'efficience de la psychiatrie sociale, avec coûts directs et indirects. Voici un extrait de la conclusion: « Malgré des difficultés méthodologiques considérables, il existe déjà un certain nombre de connaissances utiles et convergentes sur les bénéfices et les coûts de la psychiatrie sociale moderne: tout en évitant ou en raccourcissant les hospitalisations et en améliorant la qualité de vie, le coût journalier des soins socio-psychiatriques extra-hospitaliers s'élève, en moyenne, à la moitié environ de ceux engendrés par une hospitalisation psychiatrique traditionnelle. »

Vesta Jobidon pour le comité de rédaction

L'A.Q.R.P. a présenté un mémoire lors de la Commission parlementaire sur le projet de Loi sur l'assurance-médication. Les principaux arguments et recommandations sont publiés à la page 6 de ce numéro. Pour en recevoir une copie intégrale, prenez contact avec le secrétariat, V.J.

La psychiatrie sociale aujourd'hui : fondements et objectifs

par le Dr. Luc Ciompi

Le Dr. Ciompi est une sommité internationale dans ce domaine. Il est professeur de psychiatrie et directeur de la Clinique de psychiatrie sociale de l'Université de Berne en Suisse. Il est également président de la Société suisse pour la psychiatrie sociale. Il s'agit ici d'un discours donné lors de la conférence mondiale de la psychiatrie sociale à Hambourg, Allemagne, en 1994. Cette conférence a réuni 3,000 personnes: intervenants, usagers, parents, étudiants. Traduction par Vesta Jobidon.

Dans un court préambule, l'auteur explique la difficulté de traiter du thème qui lui a été proposé pour l'occasion, soit « la philosophie de la psychiatrie sociale ». Compte tenu de la pluralité des opinions dans ce domaine, il n'a pas la prétention

de parler d'une seule philosophie ou même d'une théorie de la psychiatrie sociale. Tout au plus se sent-il à l'aise pour expliquer sa vision de la psychiatrie sociale moderne, avec ses fondements et ses objectifs. Il présente brièvement les courants de pensée qui sont à l'origine de la psychiatrie sociale moderne et en fournit une définition. À partir de ces balises, il tente de dégager une sorte de philosophie commune à la psychiatrie sociale actuelle de même que les principes et valeurs qui lui donnent un sens et un but.

Les courants historiques

À l'origine de la pluralité des opinions représentées dans la psychiatrie sociale d'aujourd'hui se trouvent, sans aucun

(suite à la page 2)

sommaire

La psychiatrie sociale aujourd'hui: fondements et objectifs	1
L'assurance médication : un aperçu du mémoire	6
Échos du VI ^e Colloque	7
Répertoire des ressources	8



ASSOCIATION
QUÉBÉCOISE POUR
LA RÉADAPTATION
PSYCHOSOCIALE

doute, les divers courants philosophiques ou idéologiques qui ont contribué à son évolution. Le véritable élan dynamique a eu lieu il y a à peine 20 ou 30 ans. Lorsque nous regardons la naissance et l'adolescence de la psychiatrie sociale moderne (car elle est encore loin de l'âge adulte), nous pouvons distinguer qu'elle a sa source dans deux grands courants « philosophiques » presque diamétralement opposés, l'un ayant une perspective académique, logique, orientée vers la recherche et dominée par la médecine; l'autre reposant sur une orientation plus émotionnelle, idéologique et politique qui a été- et est encore - partiellement anti-académique et anti-médicale. Le premier courant a été fondé sur les recherches objectives concernant les questions de fond comme l'existence de liens statistiques entre la maladie mentale et l'environnement social, soit la classe sociale, les milieux urbain ou rural, la situation de travail, les liens familiaux et les divers aspects de la culture. Aux États-Unis, ce courant a débuté avec les grandes enquêtes épidémiologiques d'avant et d'après-guerre (Faris & Dunham, 1939; Hollingstead & Redlich, 1958; WHO 1979). On peut qualifier cette recherche de fondamentale pour la psychiatrie sociale. C'est à elle que nous devons les révélations sur les liens statistiques entre la maladie mentale et le milieu social; sur le fait que le cours de la schizophrénie est moins favorable dans les classes sociales inférieures; que la maladie mentale se vit mieux dans les pays en développement que dans les pays industrialisés; que, néanmoins, l'incidence de la maladie mentale est partout similaire. Particulièrement importantes pour la pratique, les recherches de Wing & Brown (1970) ont démontré les effets néfastes de la sous-stimulation en milieu institutionnel. Avant eux, les déficits chez les patients de longue durée étaient considérés comme des conséquences inévitables des maladies mentales. Les conclusions de Wing ont grandement contribué à la désinstitutionnalisation et au développement d'une multitude de ressources alternatives à l'hospitalisation. Dans cette perspective, il faut aussi prendre en compte les recherches de Lindemann (1944), Caplan (1961), Querido (1968) et des autres chercheurs des années '60

qui ont été à la base du développement des techniques d'intervention de crise, contribuant ainsi largement à l'essor de la psychiatrie sociale moderne. À cela s'est ajouté, un peu plus tard, en Angleterre comme ailleurs, la recherche sur la réadaptation qui fut aussi importante pour la pratique (Paul et al, 1977; Ciompi et al, 1979; Wing, 1982; Bennett, 1984; Dauwalder et al, 1984; Häfner, 1988; Ciompi 1989).

À l'opposé, d'autres courants importants de la psychiatrie sociale d'aujourd'hui ont eu comme base le mouvement de protestation antipsychiatrique des années '60-70. Ce mouvement était - il est toujours en partie - non académique sinon anti-académique, non médical ou même anti-médical et favorisait peu la recherche objective. Il s'est intéressé aux idéologies et philosophies concernant les critiques sociales (Marx, Sartre, Marcuse, Adorno, Foucault) d'une part et, d'autre part, au courant français de la « psychanalyse sans divan » (Racamier 1970). Dans la pratique, on doit à ces orientations alternatives des développements importants: la grande réforme psychiatrique italienne des années '70, surtout celle de Basaglia, Jervis, Pirala et des autres (1978); et, en partie celle du 13^e arrondissement de Paris avec des pionniers comme Paumelle, Nacht, Lebovici et Racamier, instigateurs du mouvement de la sectorisation.

On peut aussi mentionner la communauté thérapeutique de Maxwell-Jones en Angleterre (Jones, 1976; Heim 1985), la thérapie psychanalytique en schizophrénie des années d'après-guerre (Fromm-Reichmann, Arieti, Rosen, Sirala, Alanen, Benedetti, Müller et Mentzos) et, enfin, la grande vague de protestation et de désinstitutionnalisation en Allemagne avec, comme résultat, la découverte des crimes en psychiatrie pratiqués par les nazis.

Ces deux courants majeurs - ici plutôt schématisés - se sont rencontrés au cours des années '80 dans un mouvement non idéologique axé sur la réforme des structures de la psychiatrie institutionnelle (mouvement « dé-idéologisé » dans l'original). La désinstitutionnalisation et la création concomitante de services dans la communauté (services de transition, équipes mobiles d'intervention de crise, etc.) ont véritablement pris leur envol dans la dernière décennie. En même temps, on a vu la majeure partie des services de soins se déplacer à l'extérieur des institutions et ce, même pour les clientèles « lourdes ».

Aux États-Unis et en Angleterre, la désinstitutionnalisation fut faite sous le signe du néolibéralisme antisocial de Reagan et de Thatcher avec, comme résultat, la mise à la porte de leurs institutions de nombreuses personnes. Les conséquences ont été désastreuses: au lieu d'être traitées plus dignement, ces personnes finissaient bien souvent dans la rue ou étaient laissées sans soins dans des foyers où on les exploitait financièrement.

Enfin, si on voulait chercher des origines encore plus lointaines, on pourrait mentionner les « culturistes » américains des années 1930-40, la période du « traitement moral » du milieu du siècle dernier et, plus tôt encore, les soins communautaires de Giel en Belgique. Et pourquoi ne pas faire remonter la psychiatrie sociale jusqu'à ce bon vieux Hippocrate et son credo sur l'entité bio-psycho-sociale de l'être humain?

Je reviendrai plus loin sur les questions d'éthique. Pour l'instant, je vais m'en tenir au présent et à ce qui est, pour moi, la question principale: Qu'est-ce que la psychiatrie sociale, telle qu'elle se pratique réellement aujourd'hui et quels en sont les objectifs?

Le PARTENAIRE est le Bulletin de L'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale

Siège social : C.P. 47099

Québec, QC

G1S 4X1

Téléphone : (418) 527-4019

Fax : (418) 527-9005

ISSN 1188-1607

Coordonnatrice : Vesta W. Jobidon

Comité de rédaction : Lise Tessier, Dominique Paquette, Roger Paquet, Catherine Vallée, Daniel Gélinas.

Révision du texte : Élisabeth White

Conception graphique : Sylvie Brodeur

La pratique de la psychiatrie sociale aujourd'hui

Selon la définition de l'Association suisse pour la psychiatrie sociale - qui, d'ailleurs, y est arrivée non sans peine - la psychiatrie sociale est un sous-domaine de la psychiatrie dont l'objectif est de comprendre et de traiter les troubles mentaux en considérant leur enchevêtrement étroit avec tous les facteurs de l'environnement social de la personne, c'est-à-dire la famille, le milieu résidentiel, le travail, les situations économique et socioculturelle. L'aspect « compréhension » vise les recherches pertinentes et la théorie; l'aspect « traitement » concerne la pratique. Mais même dans le cadre déjà assez étroit de cette définition, nous avons observé, chez nous, deux interprétations assez différentes. Pour les uns, la psychiatrie sociale n'est qu'une question de perspective à l'intérieur de la pratique régulière de la psychiatrie moderne et elle existerait déjà presque partout dans les cliniques externes (comme la psychiatrie biologique qui est omniprésente sous forme de pharmacothérapie). Il faut cependant ajouter en exagérant à peine que, dans cette perspective centrée sur le clinique, on affirme pratiquer déjà la psychiatrie sociale lorsqu'on parle à un parent de temps à autre, qu'on change le nom de l'aile des

La psychiatrie sociale, c'est d'abord une psychiatrie communautaire, où la majeure partie des soins aux patients est décentralisée et a lieu dans leur milieu social, là d'où viennent la plupart de leurs problèmes.

chroniques en celui de « département de réadaptation » ou que l'on ouvre, en région rurale, un bureau où les patients peuvent venir périodiquement pour recevoir leur piqûre et une tape sur l'épaule.

Mais pour bien d'autres - et j'en suis bien sûr - la psychiatrie sociale, c'est beaucoup plus ! C'est d'abord et surtout une psychiatrie communautaire, c'est-à-dire celle où la majeure partie des soins aux patients est décentralisée et a lieu dans leur milieu social, là d'où viennent la plupart de leurs problèmes. Le but principal de la psychiatrie sociale, c'est que ces personnes apprennent à vivre dignement dans ce milieu, de la façon la plus autonome possible, malgré leurs symptômes ! En d'autres mots, l'intervention de crise préventive et la réadaptation sont les deux piliers de la pratique en psychiatrie sociale. De tels objectifs nécessitent des méthodes de travail et des infrastructures particulières qui correspondent à l'environnement social. De plus, les groupes de patients les plus aptes à bénéficier de la psychiatrie sociale sont ceux qui, identifiés à la psychiatrie « lourde », ne requièrent pas nécessairement une hospitalisation complète, mais ont besoin d'un soutien clinique régulier qui dépasse les capacités des cliniques externes ou des bureaux privés. Regardons maintenant de plus près les méthodes, les équipements et les structures de soins.

Les méthodes de traitement relevant spécifiquement de la psychiatrie sociale comprennent toutes les techniques d'intervention de crise et il importe peu qu'elles soient pratiquées par les équipes mobiles dans la communauté ou encore, dans les centres de crises ou les cliniques de soins ambulatoires. Elles comptent aussi toutes les techniques et les infrastructures de réadaptation pour l'entraînement aux habiletés sociales et professionnelles, à l'autonomie au logement et aux loisirs. Toutes les formes de thérapies familiales et de travail avec les proches, de thérapies sociales et de groupes, d'ergothérapie, etc. font aussi partie de l'arsenal des méthodes d'intervention en psychiatrie sociale.

En ce qui a trait aux infrastructures, elles comprennent toutes les ressources situées dans la communauté, qu'elles

soient transitoires ou permanentes, telles les cliniques de jour et de nuit, les centres de jour de quartier, les centres de réadaptation et de travail adapté, les résidences de groupe et toute autre mesure de soutien au logement. Il faut aussi nommer ici les groupes de parents et les groupes d'entraide. Les équipes mobiles pluridisciplinaires logées modestement dans les quartiers sont particulièrement efficaces, du moins chez nous à Berne. En plus d'assurer un suivi continu à long terme, ces équipes font de l'intervention de crise et s'occupent de l'intégration sociale ainsi que de l'intégration professionnelle, dont les résultats sont parfois lents à se manifester. D'après mon expérience, ces équipes offrent, à l'heure actuelle, le moyen le plus souple et le plus polyvalent pour mettre en oeuvre la psychiatrie communautaire.

L'intervention de crise préventive et la réadaptation sont les deux piliers de la pratique en psychiatrie sociale.

Un autre élément-clé d'un système de psychiatrie sociale bien développé tient aux structures de soins auxquelles une population a droit. Cela comprend un système de psychiatrie bien déployé et responsable pour l'ensemble des soins psychiatriques d'un territoire et une population bien circonscrite. Comme prototype d'un pareil système coordonné de soins, on peut nommer le secteur psychiatrique mis en place, dans les années '50, dans le 13^e arrondissement de Paris et qui est maintenant utilisé dans la moitié des pays développés. Ce secteur-type offre à une population d'environ 100 000 à 200 000 habitants, une gamme complète de méthodes d'intervention et d'infrastructures en psychiatrie sociale, qui va du traitement à l'interne aux soins semi-ambulatoires et ambulatoires. Sous une même direction psychiatrique et administrative, ce système rend possible la

coordination des services de soins à long terme et de réadaptation à travers une multitude de ressources. Seule cette forme de système intégré permet de transférer selon les besoins, le personnel et les autres ressources, des soins internes aux services externes. Un des avantages importants d'une organisation sectorielle réside dans l'impossibilité de se débarrasser des patients les plus difficiles - personnes âgées, avec une déficience intellectuelle ou autres personnes moins désirables - en les envoyant plus loin. Ce genre de système empêche aussi la prolifération sauvage d'institutions et le dédoublement des ressources qui se font concurrence ou même la guerre, comme cela se voit dans les régions bien développées mais où la coordination fait défaut. Les patients de longue durée et leurs familles ne se retrouvent pas dans ce fouillis de méthodes, de thérapies, d'idéologies et de philosophies et en perdent leur courage totalement.

Les équipes mobiles pluridisciplinaires logées modestement dans les quartiers sont particulièrement efficaces.

En plus d'assurer un suivi continu à long terme, ces équipes font de l'intervention de crise et s'occupent de l'intégration sociale ainsi que de l'intégration professionnelle.

Enfin, un système de soins psychiatriques clairement sectorisé évite deux dangers de la psychiatrie sociale: le dédoublement de la psychiatrie et la psychiatrie à deux classes. Les soins psy-

chiatriques se dédoublent inutilement lorsque les mêmes services existent sans coordination à l'interne et à l'externe, se font concurrence en essayant chacun de remplir tous les besoins. Une psychiatrie de classe se crée lorsque les « bons » patients ou les cas « intéressants » sont traités à un endroit dans un quartier urbain huppé et les autres, patients chroniques plus lents ou difficiles, dans des installations éloignées, pauvres et sans prestige. À l'encontre de toutes les connaissances qu'on a aujourd'hui sur les chances d'amélioration de ces personnes - même lorsque les limitations sont importantes - on continue non seulement à classer à tort un grand nombre de gens comme irrécupérables, mais on les pousse quasiment vers la chronicité et le désespoir.

Pour compléter ce survol de « la psychiatrie sociale réelle d'aujourd'hui », il faut brièvement mentionner quelques aspects économiques, même si ce thème mérite une discussion de fond, compte tenu de la crise financière actuelle d'une part et, de l'autre, de la controverse qui sévit à plusieurs endroits sur l'utilisation et le coût des services. Les faits sont les suivants: les études sur les coûts et l'utilisation des services dans divers coins du monde, dont celles entreprises aux États-Unis, à Mannheim et à Berne, démontrent toutes que le coût - journalier ou annuel - du traitement ambulatoire ou semi-ambulatoire est de 50 à 60 % moindre que celui d'une hospitalisation (Häfner et al, 1986; Hess et al, 1986; Goldberg, 1991; Dauwalder et al, sous presse). Il faut toutefois noter que les patients à l'interne, généralement plus malades, reçoivent les soins qui reviennent plus chers que ceux donnés à l'externe. Cependant, compte tenu du fait que maintenant, dans un système de psychiatrie communautaire bien organisé, on traite même des patients assez malades à l'externe, il est évident que les considérations économiques suffisent seules pour souhaiter le transfert des soins plus étendus vers les services externes.

De plus, plusieurs études sérieuses ont démontré que - dans un système bien organisé - pareil transfert comporte des avantages supplémentaires: des chances de réadaptation accrues, une meilleure qualité de vie et moins de dis-

crimination sociale. C'est un fait: lorsqu'il y a un système communautaire moderne de soins et de services, on constate une baisse des lits nécessaires en psychiatrie par 100 000 habitants et ce, partout au monde. Alors qu'il y a seulement dix ans, le chiffre de 80 à 150 lits par 100 000 était encore la norme, on a démontré que, dans les régions ayant un bon système de psychiatrie communautaire, 20 à 30 lits suffisent, et parfois moins (Thornicroft et al, 1989; Ciompi, 1993a; Lamb, 1993).

Dans la réduction massive des institutions psychiatriques, il faut évidemment souligner l'apport décisif de la pharmacothérapie et donc, de la psychiatrie biologique. Il faut aussi noter que si le nombre de lits a baissé partout, ce n'est pas le cas pour les admissions qui, elles, sont à la hausse. Cela est dû en partie à l'augmentation des patients dans certains groupes (personnes âgées, toxicomanes), mais aussi au fait que les personnes désinstitutionnalisées ont besoin d'hospitalisations temporaires plus fréquentes. Selon mon expérience, ce genre d'intervention de crise se justifie et ne devrait pas être trop rapidement qualifié de « psychiatrie de portes tournantes ». Au contraire, la psychiatrie moderne consiste justement en un système bien intégré capable de fournir de façon flexible la gamme des services ambulatoires, semi-ambulatoires et internes selon les besoins changeant des patients. Plusieurs hospitalisations brèves avec suivi externe à long terme valent mieux qu'une seule institutionnalisation de longue durée, car on réduit ainsi les risques inhérents à l'institutionnalisation et on accroît les chances de réinsertion et la qualité de vie.

Les diverses études démontrent toutes que le coût du traitement ambulatoire ou semi-ambulatoire est de 50 à 60 % moindre que celui d'une hospitalisation.

En conclusion

Après cette « digression » du côté de la pratique de la psychiatrie sociale, je termine en revenant à la question de la philosophie. Vu sous les angles de son histoire et de sa pratique actuelle, est-il possible de dégager une philosophie, une idéologie ou une théorie propre à la psychiatrie sociale?

Avant d'y répondre, résumons encore une fois l'essentiel de nos réflexions: la psychiatrie sociale a des racines idéologiques diverses qu'on ne peut réduire à un seul dénominateur. Elle représente la fusion de plusieurs courants de pensée en développement, dont ceux de la recherche fondamentale épidémiologique, du mouvement de réforme sociale et psychiatrique des années 1960-70, du début de certaines thérapies sociales et psychologiques, des méthodes pragmatiques d'intervention de crise et des techniques de réadaptation. Enfin - le dernier mais non le moindre - le traitement biologique est partie intégrante de la psychiatrie sociale actuelle qui a

ses assises dans la communauté. Selon une certaine perspective, on pourrait dire que la psychiatrie sociale ne représente qu'une partie bien intégrée de l'ensemble de la psychiatrie. Or, on peut aussi affirmer qu'au fil des années, elle a assez clairement constitué son propre profil, par ses recherches scientifiques, ses méthodes d'intervention, ses infrastructures indépendantes, ses groupes de patients spécifiques et son système de soins. Le déplacement du centre de gravité du système des soins dans l'environnement social de la communauté - et la baisse correspondante des lits et des coûts - relève aussi spécifiquement de la psychiatrie sociale. En termes moins techniques et mieux reliés à l'expérience des usagers, je voudrais l'exprimer autrement: ce qui est spécifique à une psychiatrie sociale moderne et efficace, c'est le fait qu'elle redonne à un grand nombre de personnes vulnérables et par-

Dans les régions ayant un bon système de psychiatrie communautaire, on a démontré que 20 à 30 lits en psychiatrie par 100 000 habitants suffisent.

fois effrayées, confuses ou déprimées, la possibilité de réintégrer la société au lieu d'en être exclues. Leur sensibilité et leur vulnérabilité particulières leur confèrent même une fonction sociale plus profonde: elles peuvent sentir - tel un séismographe - ce qui ne va pas dans la famille, dans le groupe ou dans la société!

Avec ces quelques remarques, on s'approche de l'aspect déterminant d'une « philosophie de la psychiatrie sociale »: principes, valeurs sociales et engagement humain sont à la base d'une véritable psychiatrie sociale. À mes risques et périls, je n'hésite pas à affirmer que la psychiatrie sociale a aujourd'hui le mandat, et même le devoir, de défendre la personne dans sa totalité et dans son contexte social contre les revendications du pouvoir absolu d'une quelconque psychiatrie spécifique et partielle, qu'elle soit du genre biologique-génétique, psychodynamique ou sociodynamique! La triomphale « décennie du cerveau », avec sa vague biologique, constitue un danger pour tous, malades ou non. Lorsqu'il devient impossible de contenir cette biologie déchaînée, de la concevoir comme une partie de l'ensemble dont le centre est la personne - avec ses expériences, ses pensées et ses sentiments - il y a un risque réel de reléguer ce qui est propre à l'homme à une « quantité négligeable » sur le plan scientifique. Ce qui m'amène à parler d'un concept - théorique, idéologique ou philosophique, à votre choix - qui est fondamental pour notre travail: qu'une personne ait ou non des troubles mentaux, le modèle conceptuel de la psyché doit être celui qui intègre les aspects psycho-socio-biologiques. En terminant, c'est sur cette compréhension de l'être humain - holistique et pluraliste à la fois - et sur ses implications philosophiques pour la psychiatrie sociale que je voudrais dire encore quelques mots.

Je n'hésite pas à affirmer que la psychiatrie sociale a aujourd'hui le mandat, et même le devoir, de défendre la personne dans sa totalité et dans son contexte social contre les revendications du pouvoir absolu d'une quelconque psychiatrie spécifique et partielle, qu'elle soit du genre biologique-génétique, psychodynamique ou sociodynamique!

Évidemment, la perspective pluridimensionnelle est aujourd'hui indispensable, non seulement en psychiatrie sociale ou en psychiatrie tout court, mais pour tout ce qui concerne l'homme. Or, à une époque où nous pouvons voyager sur la lune ou, en quelques secondes dans notre salon, visiter les coins les plus reculés de la terre grâce aux systèmes de communication, il semble encore que ce soit beaucoup trop demander que de voir la réalité de l'homme et sa psyché sous plusieurs angles en même temps, dont les côtés psychologiques-psychodynamiques, sociodynamiques et biologiques. Et cela vaut également pour les recherches scientifiques.

C'est ainsi que nous en arrivons à la grande philosophie après tout. Car les théories de la science et de la connaissance ne préconisent-elles pas que la vérité ou la réalité sont plurielles? Sur le plan personnel, j'adhère depuis des années à la conviction que ces attitudes et ces fondements tant théoriques que phi-

losophiques sont le noyau central de la psychiatrie sociale et je me trouve en bonne compagnie. Mais je réitère mon objection du début: compte tenu de la diversité des idéologies en psychiatrie sociale, je ne peux parler qu'en mon nom. Et pour moi, au lieu de les polariser, il est important de rapprocher les courants historiques qui constituent notre domaine d'intervention, soit l'engagement émotionnel subjectif et le côté scientifique objectif. La survie de notre domaine en dépend, aussi bien comme discipline universitaire que comme engagement social. Pour moi, il importe d'intégrer l'émotion et la logique, sujet sur lequel j'écris d'ailleurs depuis des années. Je n'entrerai pas dans les détails, tout au plus voudrais-je souligner que le concept de la « logique des émotions » est, entre autres, une facette de la logique. Par exemple, les diverses façons dont on peut percevoir la réalité dépendent de l'état émotionnel du moment. La plupart du temps, nous sommes régis par une sorte de logique de tous les jours, faite d'automatismes, et même de soi-disant

vérités scientifiques du moment. Dans un état de peur ou de colère, mais aussi d'amour ou de joie, nos pensées et notre logique changent complètement: la logique de tous les jours devient une logique de la peur, de la colère ou au contraire,

*Ceci est fondamental
pour notre travail:
qu'une personne ait
ou non des troubles
mentaux, le modèle
conceptuel de la psyché
doit être celui qui
intègre les aspects
psycho-socio-biologiques.*

celle de l'amour ou de la joie. Et notre perception du monde change en même temps, c'est-à-dire que notre réalité se construit à partir de l'état dominant du moment.

Ceci nous mène à la question finale: si cela était possible, parmi ces diverses visions affectives du monde, laquelle devrions-nous choisir comme « guide » pour la psychiatrie sociale et pour la vie? C'est une question d'éthique, c'est-à-dire qu'elle doit être résolue individuellement selon les objectifs, les valeurs et les principes de chacun. Quant à moi, je plaide même ici pour un certain pluralisme. Je crois qu'il faut - bien dosée - une diversité d'émotions pour survivre, comme la peur qui est prévoyante, la colère qui pose des limites. Mais en général, je proposerais que l'attitude fondamentale à l'égard du monde comporte une bonne dose d'amour - et qu'elle prédomine avec au moins 51% - afin que le monde survive en conservant un sens. Cela va bien entendu aussi pour la psychiatrie sociale ! (voir bibliographie p. 7)

Aperçu du mémoire sur le projet de Loi sur l'assurance-médicament soumis par l'A.Q.R.P. à la Commission parlementaire le 4 mai 1996. Présenté par Catherine Vallée, Marie-Luce Quintal, Claude Bouchard et François Lauzier.*

Après une présentation de l'A.Q.R.P. et une description de l'état de la situation concernant des médicaments, l'A.Q.R.P. fait valoir que le projet de loi No. 33 comporte certains éléments qui constituent des barrières importantes à l'intégration des personnes aux prises avec des troubles mentaux sévères et persistants.

6

PRINCIPAUX ARGUMENTS: A. La co-assurance est un obstacle. Pour la très grande majorité de ces personnes, l'intégration sociale n'est possible que si elles acceptent de prendre une médication neuroleptique de façon continue, à long terme. Compte tenu des effets secondaires désagréables et/ou invalidants de ces médicaments, plusieurs sont réfractaires à leur utilisation. De plus, la majorité de celles qui vivent dans la communauté sont prestataires d'un programme de sécurité du revenu. Si elles doivent déboursier pour des médicaments dont elles doutent de l'utilité, il est à prévoir que plusieurs abandonneront leur médication et se trouveront réhospitalisées à brève échéance.

B. L'accès aux nouveaux médicaments efficaces n'est pas garanti. Les médications neuroleptiques présentement utilisées sont moins efficaces que les nouvelles, plus coûteuses, mais elles produisent moins d'effets secondaires et rendent les gens plus aptes à leur réintégration sociale et professionnelle. La majorité de ces personnes

conservent un fort potentiel d'intégration qui reste en friche, ce qui contribue au cercle vicieux des réhospitalisations coûteuses. Il faut donc tenir compte de tous les coûts sociaux, et non des seuls coûts financiers, lorsqu'on établit la liste des médicaments permis.

C. Un « plafond ajustable » doit rester incitatif au travail. L'intégration au travail de ces personnes est possible, mais c'est un processus lent et inégal qui demande de la souplesse dans les programmes et l'harmonisation des politiques sociales. (...)

NOS RECOMMANDATIONS: 1. Nous croyons que les personnes aux prises avec des troubles mentaux sévères et persistants devraient être exonérées des aspects contributifs du régime(...) Si cela s'avérait impossible, il faudrait prévoir des mécanismes de répartition des coûts s'échelonnant sur toute l'année. **Garantir l'accessibilité aux médicaments qui sont indispensables pour cette population est une priorité.**

2. Nous croyons que les personnes aux prises avec des troubles mentaux en voie d'intégration devraient pouvoir bénéficier d'une période assez longue de transition avant de voir les conditions de leurs assurances modifiées. Les revenus de ces personnes ne devraient pas être le seul critère de modification, mais il faudrait également considérer la stabilité des revenus, la proportion consacrée aux médicaments et l'effet des autres politiques sociales sur le niveau de vulnérabilité de ces personnes.

3. Les plafonds nous apparaissent irréalistes, compte tenu des fardeaux économiques additionnels imposés aux personnes et à leurs proches.

4. Nous pensons que la liste des médicaments ne devrait pas être restrictive. Pour les personnes prenant des neuroleptiques, les laxatifs sont souvent essentiels et évitent des complications qui peuvent être importantes. S'ils ne sont pas couverts, il faut ajouter 15 \$/mois à une facture déjà élevée.

5. Quant aux divers conseils et comités relatifs aux choix et à l'utilisation des médicaments, nous recommandons que soient consultés les spécialistes ayant une compétence particulière en psychopharmacologie.

*Nous remercions Monsieur François Lauzier, chef du dept. de pharmacie, C.H. Robert-Giffard, pour sa collaboration à l'élaboration et à la présentation de ce mémoire.

Bibliographie

- Caplan, G., 1964. Principles of preventive psychiatry. Basic Books, New York.
- Ciampi, L., 1982. Affektlogik. Ueber die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Ciampi, L., 1989. Resultate und Prädiktoren der Rehabilitation. In: Hippus H. et al, ed. Rehabilitation in der Psychiatrie. Springer, Berlin.
- Ciampi, L., 1993a. Grundsätze einer modernen patientenzentrierten psychiatrischen Versorgung. Schweiz. Ärztezeitung 74: 302-36.
- Ciampi, L., 1993b. Die Hypothese der Affectlogik. Spektrum der Wissenschaft, Februar, pp.76-87.
- Ciampi, L., 1993c. Die Affekte als zentrale Organisatoren der Psyche. Zum psycho-soziologischen Integrationsmodell der Affectlogik und seinen Konsequenzen. System Familie 6: 196-208.
- Dauwalder, H.P. & L. Ciampi, (sous presse). Cost-effectiveness over ten years. A Study of community-based social psychiatric care in the eighties. Accepted for publication in: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 1994.
- Faris R.E.L. & Dunham, H.W., 1939. Mental disorders in urban areas. University Press, Chicago.
- Goldberg, D., 1991. Cost-effectiveness studies in the treatment of schizophrenia: a review. Schizophrenia Bulletin 17: 453-459.
- Hollingshead, A.B. & Redlich, F.C., 1954. Schizophrenia and Social Structure. Am.J.Psychiat. 110: 965-701.
- Jones, M., 1976. Prinzipien der Therapeutischen Gemeinschaft. Huber, Bern.
- Lamb, R. 1993. Lessons learned from deinstitutionalization in the U.S. British J.Psychiat. 162: 587-592.
- Lindemann, E., 1944. Symptomatology and management of acute grief. Am.J.Psychiat. 101: 141.
- Thornicroft, G. & Bebbington P., 1989. Deinstitutionalisation - from hospital closure to service development. Brit. J. Psychiat. 155: 739-753.
- Paul, C.L. & Lentz, R.J., 1977. Psychosocial treatment of chronic mental patients. Milieu versus social learning programs. Harvard Univ. Press. Cambridge.
- Querido, A.M., 1977. The shaping of community mental health care. Brit.J. Psychiat. 34: 1450-1454.
- Racamier, P.C., 1970. Le Psychanalyste sans divan. Payot, Paris.
- Wing, J.K., 1982. Sozialpsychiatrie. Springer. Berlin.
- Wing, J.K. & Brown, G.W., 1970. Institutionalism and schizophrenia. A comparative study of three mental hospitals 1960-1968. University Press, Cambridge.

N.B.: Cette liste est partielle; quelques références en allemand sont exclues.

Échos du VI^e Colloque

Après cinq colloques réussis, il pouvait être tentant de les considérer dans leurs similitudes plutôt que dans leur spécificité et de se dire qu'on avait déjà tout vu, ou presque. Or, le dernier colloque à Hull, organisé en collaboration avec *les Journées Richard-Laurendeau*, a prouvé encore une fois que chacun de nos colloques occupe une place bien distinctive dans l'histoire de l'A.Q.R.P.

Le verdict des participants a été unanime: au VI^e Colloque régnait une atmosphère spéciale, créée à la fois par les discours de Madame Farkas et par la présence et l'implication des nombreux usagers. S'y ajoutaient, comme d'habitude, l'excellence de l'organisation, la qualité des ateliers et - marque de commerce de nos colloques - la dynamique particulière née de l'interaction des participant(e)s engagé(e)s qui partagent les mêmes buts. Comme dit chaque année une habituée: « La réadaptation psychosociale, c'est chaleureux ! »

Nous devons donc de grands remerciements aux gens de Hull: aux membres du comité organisateur conjoint, et plus particulièrement à Catherine Vallée et Suzanne Dorais; à la Régie régionale pour son important soutien financier, lequel a rendu possible la participation des usagers et des organismes communautaires; aux administrateurs des *Journées Richard-Laurendeau* qui ont aussi contribué financièrement au succès de l'entreprise.

Voici quelques statistiques sur la répartition des 422 participants:

• Ressources comm/alternatives	45%	• Profession/occupation	
Institutionnel sans CLSC	28%	Usagers	53
Parents et divers	9%	Éducateurs spécialisés	48
CLSC	4%	Infirmières	39
Origine non précisé	14%	Psycho-éducateurs et éducateurs	23
		Travailleurs sociaux	20
• Répartition par région		Ergothérapeutes	20
01	8	Agents de relations humaines	17
02	5	Psychologues	16
03	36	Psychiatres	7
04	16	Médecins	6
05	20	Intervenants divers	50
06	102	Professions diverses	26
07	127	Administrateurs et gestionnaires	48
08	21	Étudiants	4
11	2	non-spécifiés et parents	37
12	9		
13	14		
14	14		
15	17		
16	29		
Extérieur:	3		

RÉPERTOIRE QUÉBÉCOIS DES RESSOURCES EN RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE

VESTORAMA INC., 1201, 1^{re} Avenue, Québec, G1L 3K7

Tél. (418) 522-4341 • Personne à contacter : Sandra Montambault

VESTORAMA est une friperie qui a ouvert ses portes en octobre 1995 dans le quartier Limoilou à Québec. Administrée par le PAVOIS*, cette entreprise sociale a été créée dans le but de fournir des expériences de travail à ses membres.

Les principes qui guident le fonctionnement de l'entreprise sont les mêmes que ceux du Pavois: le membre développe un sentiment d'appartenance et rebâtit sa confiance en soi par des expériences et occupations valorisantes, et par son engagement envers le groupe et envers son propre avenir. Parce que la marche à gravir vers un emploi régulier peut paraître un peu haute, VESTORAMA fournit un palier intermédiaire qui permet aux membres un meilleur apprentissage des habiletés nécessaires avant d'essayer le marché régulier du travail.

Au VESTORAMA, nous voulons créer une véritable entreprise sociale, c'est-à-dire un milieu de travail où la productivité n'est pas le critère le plus important mais où l'implication personnelle et l'accomplissement de la tâche sont exigés. Nous croyons aussi que l'alternance dans les différentes tâches minimise la pression sur les membres.

La directrice du PAVOIS est l'administratrice responsable de l'entreprise. La gérante, seule employée permanente, voit à son bon fonctionnement. VESTORAMA emploie dix à douze membres dont cinq sont sur un programme EXTRA. Tous travaillent en moyenne 20 heures/semaine. Ceux qui sont sur EXTRA ont droit, de plus, à 14 hres/mois de temps supplémentaire au salaire minimum pour un maximum de 100 \$ sans perdre leur privilège d'aide sociale. Tous les autres reçoivent une allocation de 100 \$/mois de VESTORAMA.

Les employés se partagent les différentes tâches, soit:

- le triage des vêtements qui arrivent, les lavage, repassage et réparation si néces-

saire et, enfin, l'étiquetage. Un membre différent assume la responsabilité de chacune de ces tâches;

- le service à la clientèle et le travail à la caisse enregistreuse;
- un ou deux autres membres, avec l'aide de la secrétaire du PAVOIS, voient à la comptabilité;
- enfin, un membre veille à la propreté des lieux.

Chaque employé responsable voit quotidiennement à ce que toutes ces tâches soient accomplies.

Une dizaine de bénévoles s'impliquent généreusement 4 hres et plus/semaine dans la section atelier (trriage, lavage, couture).

Le magasin est ouvert aux heures régulières. Les membres sont parfois seuls pour l'ouverture ou la fermeture si l'on tient compte du fait que l'assistante-gérante est elle-même un membre. Un des aspects importants de l'entreprise est d'ailleurs l'occasion fournie aux membres/employés de se retrouver entre eux, d'échanger librement et d'élargir leur réseau social. L'interaction avec le public est également enrichissante pour tous.

Cette entreprise prouve encore une fois ce que nous avons toujours cru au PAVOIS: en aidant les membres à découvrir leurs points forts, nous les aidons à se réapproprier leur vie - malgré certains handicaps: Toutefois, il est clair que le travail à VESTORAMA ne peut pas plaire à tous. Il faudrait pouvoir créer différentes entreprises et les idées ne manquent pas, seulement le financement! L'absence d'une véritable politique d'intégration nous oblige malheureusement à consacrer beaucoup trop de temps à rechercher des fonds souvent inutilement.

Malgré un financement chancelant dès ses débuts et malgré l'existence de plusieurs compétiteurs qui ont eu la même idée que

nous au même moment, l'expérience s'avère des plus emballantes!

Après huit mois d'expérience, l'entreprise VESTORAMA est un immense succès quant aux aspects d'intégration même si elle reste une aventure périlleuse du point de vue financier. Dans le contexte économique actuel, il est même à prévoir qu'elle terminera sa première année financière avec une perte. Mais son objectif premier - créer de l'emploi pour des gens particulièrement défavorisés côté travail - est une expérience très valable.

* voir le Partenaire, Vol. 2, No. 1, 1993.

L'entreprise PAVOIS/
VESTORAMA s'est mérité
récemment un prix
Persillier-Lachapelle.

L'année dernière, c'était
Croissance Travail à
Québec. L'A.Q.R.P. félicite
les membres, intervenants et
administrateurs de ces deux
ressources pour cet exploit.

Rappel — Rappel

L'A.Q.R.P. vous offre cette
page pour faire connaître
votre organisme ou votre
programme.