

Le système de soutien communautaire : hypothèse pour une réforme des services en santé mentale

Yves Lecomte

Volume 11, numéro 1, juin 1986

Politiques et modèles I

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030317ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030317ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Lecomte, Y. (1986). Le système de soutien communautaire : hypothèse pour une réforme des services en santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 11(1), 5-18. <https://doi.org/10.7202/030317ar>

Éditorial: Le système de soutien communautaire: hypothèse pour une réforme des services en santé mentale.

Yves Lecomte

Thérapeute à la clinique externe de psychiatrie de l'Hôpital Saint-Luc.

«... la politique en santé mentale ne peut être identique à la politique dans le domaine général de la santé» (Apollon, 1986, dans le présent numéro)».

En 1962, un livre marque le début d'une longue série de réformes en psychiatrie. Il s'agit de *Les fous crient au secours* qui paraît avec une post-face de Camille Laurin. Les réformes entreprises à partir de cette date ne se font pas sans heurts, comme l'attestent les analyses de cette période faites par Françoise Boudreau (1981, 1984). Aujourd'hui, une vingtaine d'années plus tard, la santé mentale revient à l'ordre du jour. En effet, de nouvelles conditions économiques et sociales se conjuguent pour lui redonner la priorité au ministère de la Santé et des Services sociaux.

Parmi les conditions économiques qui nécessitent un réexamen des politiques en santé mentale, il faut mentionner leurs coûts sans cesse croissants. Chiffrés à \$ 18 millions en 1960, ils dépassent aujourd'hui \$ 680 millions et se classent au premier rang des dépenses publiques de santé (17.9% en 1981). Ils ont atteint un seuil critique.

De plus, les critiques dont ces politiques sont l'objet créent des conditions sociales qui rendent leur réévaluation indispensable. Le corps médical est contesté à la fois par les usagers de ses services (Autopsy, 1981) et par les autres professionnels de la santé (S.P.A.S.Q., 1981; Edisbury *et al.*, 1981). On lui reproche ses luttes pour maintenir son hégémonie dans le domaine de la santé et son échec à solutionner les problèmes de santé mentale. Les institutions asilaires comme Louis-H.-Lafontaine et Rivière-des-Prairies¹ n'échappent pas à cette remise en question au point de faire l'objet d'enquêtes publiques. Elles ont échoué, leur reproche-t-on, à prendre soin des malades et à les traiter efficacement. La Curatelle publique est également interpellée par les groupes de psychiatisés. Elle aurait fait preuve de laxisme dans la gestion des avoirs de ses commettants.

La liste des griefs adressés aux Centres de services sociaux est longue: Visée hégémonique sur les services communautaires, lourdeur bureaucratique (Rapport Aird *et al.*, 1985), inaptitude à développer des ressources résidentielles appropriées aux clients ou d'un coût raisonnable, planification bureaucratique qui entraîne une déprofessionnalisation de leurs employés, laxisme dans la gestion financière (Beaulieu, 1986). On va même jusqu'à se demander s'ils ne devraient pas être aidés à se réformer par une intervention extérieure comme dans le cas récent d'autres institutions publiques. Un Centre de services sociaux a déjà pris les devants en confiant à une firme privée la responsabilité de son administration. Ce genre d'expérience est à surveiller car si on peut soupçonner un impact important sur notre système, on en ignore les conséquences réelles.

À ces nombreuses luttes et critiques s'ajoute le fait que le réseau public est débordé, fait dont il serait le premier responsable. Selon Georges Aird, le réseau public «a peut-être lui-même créé ce débordement en s'imaginant qu'il était seul capable de s'occuper des problèmes psychiatriques de la société. (...) on a la preuve bien concrète devant les yeux que c'est illusoire de s'imaginer cela» (Aird, 1985). Le réseau public de santé mentale est aussi critiqué pour sa rigidité et son approche hospitalo-centrique. On le décrit comme «peu diversifié selon les besoins de la clientèle, presque uniquement de services psychiatriques, parapsychiatriques et d'hébergement, focalisés dans les centres hospitaliers, avec peu ou pas d'intégration en

amont et en aval dans le tissu social» (A.H.P.Q., 1983). Une cadre responsable, Marie Plante, ajoute à ce tableau sombre un bilan d'inefficacité: «les ressources humaines, matérielles et financières sont énormes, la formation des intervenants est impressionnante, l'autonomie régionale en matière de programmation des services est reconnue, et pourtant, l'état de la santé mentale des québécois décroît» (1985).

Bref, de tous côtés, on fait un constat d'échec du réseau de soins en santé mentale, constat qui a mené le gouvernement québécois à réexaminer sa politique de santé mentale. C'est dans ce but qu'il commande diverses études au Comité de la santé mentale du Québec, et tient une commission parlementaire sur les services de réinsertion et de support social. Plus récemment, la Commission Rochon est créée le 18 juin 1985 avec le mandat d'étudier dans son ensemble le système de soins du Québec, y compris le système de santé mentale. Cette Commission aura sûrement un impact sur les tentatives actuelles d'ébauche d'une politique de santé mentale.

En effet, des travaux en ce sens ont déjà été entrepris avant la Commission Rochon. Le ministère de la Santé et des Services sociaux a déjà publié deux documents, soit *La santé mentale. À nous de décider* et *La santé mentale. À nous de décider. Proposition d'un plan d'action*. Les valeurs prioritaires de la réforme entreprise y sont explicitées. On vise l'adéquation entre les besoins et les services, la protection des droits des personnes, la promotion de la santé mentale, le partage des responsabilités et le respect des travailleurs.

Malheureusement, ces documents ne formulent pas de problématique et ne proposent pas de modèle organisationnel pour assurer cette réforme. Dans cet éditorial, nous formulerons des hypothèses pouvant servir de guide à un réaménagement organisationnel du système actuel en fonction d'une problématique de *système de soutien communautaire*².

LE SYSTÈME DE SOUTIEN COMMUNAUTAIRE: ÉLÉMENTS THÉORIQUES ET PRATIQUES

Les postulats

L'être humain est un être biologique, et psychologique, imbriqué dans un réseau social. Il se construit à l'aide de ce réseau comme le décrit Sassolas: «au fil des jours il a improvisé un bricolage existentiel qui l'aide à vivre — ce maille à maille de toute une vie, ce réseau d'investissements multiples de personnes, de lieux, d'activités — et qui fonctionne comme un filet invisible mais protecteur tendu au-dessus du vide effrayant de l'espace et du temps» (Sassolas, 1981, 59). Ce réseau social est déterminant dans la mesure où il facilite, soutient ou inhibe le développement bio-psychologique de l'être humain au cours des diverses étapes de sa vie (C.S.M.Q., 1985a; Levinson et Gooden, 1985).

Il est particulièrement important lorsque cet être est en difficulté, en crise ou en rupture de relation. Le réseau doit alors se mobiliser et fournir l'aide nécessaire à l'instauration d'un nouvel équilibre psychique et social. Ces relations de soutien et d'aide du réseau social constituent la base du système de soutien communautaire à l'égard de l'être humain biologique et psychologique.

Définition et caractéristiques

Le système de soutien communautaire est constitué par l'ensemble des éléments du système social plus ou moins formalisés qui répondent aux besoins d'une personne selon son stade de développement biopsychosocial. Ces éléments vont de l'entraide individuelle (réseau social informel) aux services professionnels (réseau social formel) en passant par le réseau de parenté, la famille, les pairs, les systèmes non professionnels et quasi institutionnels.

Cette définition implique que les réseaux sociaux se distribuent sur un continuum dont les deux pôles sont le réseau social informel et le réseau social formel. Le réseau social informel est un lieu de soins peu structuré où l'intervention est immédiate et faite par des bénévoles ou des non-professionnels, et vise à affronter certains types de problèmes. Le réseau social formel est un lieu de soins très structuré où l'intervention est faite par des professionnels à cause de la complexité et de la gravité des problèmes en cause.

TABLEAU 1

Le système de soutien communautaire

Le réseau social		Formel		Informel		
Les variables du système de soutien communautaire	Les partenaires selon les lieux des services	Le réseau social protecteur	Le réseau social de soutien	Le réseau social de soutien alternatif	Les réseaux sociaux de soutien alternatif et naturel	Le réseau social de soutien naturel
	Les lieux des services	Protecteur	De soutien	Créé	Amélioré	Naturel
	La description des lieux des services	L'asile; le pavillon; la famille d'accueil; l'unité de soins; le foyer de protection sociale; l'appartement supervisé, etc.	Public: la clinique externe de psychiatrie; l'urgence psychiatrique; le C.L.S.C.; le Centre de crise. Privé: la clinique médicale; la clinique de psychothérapie, etc.	Les ressources alternatives de vigilance, autonome et concurrente ¹	La famille, le travail, l'ami, etc.	La famille, l'ami, etc.
	Les caractéristiques	1. Lieu très structuré 2. Professionnels 3. Intervention de dernier recours				1. Lieu peu structuré 2. Non-professionnels 3. Intervention de premier recours
	Les types de problèmes affrontés	Graves et chroniques	←		²	Légers et temporaires
	La structure-pivot		Le Centre local de santé mentale			

1. Cf. l'Avis *Rôles et place des ressources alternatives en santé mentale*.

2. À mesure qu'on suit la flèche, les problèmes deviennent plus graves et nécessitent une intervention plus spécialisée.

Dans ce système, le réseau social informel a la responsabilité d'aider ses membres et de les soutenir dans leur développement. Il a aussi la responsabilité de définir ses besoins selon une échelle de priorité et de proposer des solutions. Il exerce également une fonction critique à l'égard des services formels et une fonction de revendication de services plus efficaces si nécessaire. Il peut aussi aider à la diversification des sources de financement. Grâce à son dynamisme, le réseau social informel aide le réseau social formel à se centrer sur la clientèle et à respecter le pluralisme culturel. Il est donc le partenaire privilégié et prioritaire de ce système.

De son côté, le réseau social formel exerce un rôle complémentaire au réseau social informel. Il soutient les actions de ce réseau. Il renforce les mécanismes d'adaptation de ses membres en difficulté car ces derniers ne peuvent être définis uniquement comme des «malades». Ils conservent, en effet, même minimalement, des capacités qu'il faut soutenir. Le réseau social formel doit utiliser et favoriser au maximum les réseaux sociaux informels disponibles pour dénouer la situation de crise. Lorsque cette solution s'avère impossible, le réseau social formel assume lui-même la responsabilité de régler la crise par ses propres moyens. En somme, le réseau social formel intervient lorsque les problèmes dépassent les capacités d'adaptation du réseau informel: le noyau dur des maladies mentales ou les populations à risque élevé. (C.S.M.Q., 1985a).

Ces deux réseaux sociaux sont des partenaires complémentaires. Les réseaux sociaux formels doivent établir avec les réseaux sociaux informels des relations privilégiées et développer des liens au moment opportun, basés sur le respect de la confidentialité et de la coopération, et non sur la cooptation et la volonté de contrôle. Le réseau social formel respecte l'autonomie du réseau social informel, et facilite l'aide apportée par ce réseau, ce qui évite la stigmatisation de ses membres. *Entre ces deux systèmes, une articulation est nécessaire afin de permettre aux citoyens de recourir aux deux simultanément ou en séquence, selon la gravité de leurs problèmes.*

Pour rendre cette approche possible, il faut reconnaître et renforcer les réseaux sociaux naturels des citoyens; il faut améliorer les liens entre les réseaux sociaux d'aide naturels et formels; il faut aussi développer des stratégies d'information sur le contenu et le fonctionnement des réseaux sociaux d'aide naturels, et ce, auprès du public et des professionnels.

Ce modèle est progressif. Il favorise l'intensification graduelle des réponses aux problèmes, à mesure que les réseaux sociaux de soutien naturel ne peuvent répondre adéquatement aux difficultés de leurs membres.

Finalement, dans ce système, les modèles organisationnels sont multiples car ils sont développés par la communauté en fonction de ses caractéristiques socio-culturelles et des problèmes qu'elle vit. Ce système est donc souple. Pour faciliter cette souplesse, le réseau social formel a des mandats orientés vers des objectifs et non vers des services spécifiques planifiés au sommet de la hiérarchie organisationnelle. Ce réseau social évalue continuellement les besoins et les services. Enfin, le financement est assuré à tous les points du système, tant dans les réseaux informels que formels.

Les objectifs

Ces objectifs, au nombre de six, sont: 1) *la promotion*: favoriser la croissance et le développement des aptitudes émotives pour faire face aux exigences de la vie; 2) *la prévention*: développer des capacités qui réduisent la probabilité de l'avènement d'handicaps mentaux; 3) *l'identification des personnes en difficulté*; 4) *la croissance, l'intervention et la restauration*: améliorer le niveau de fonctionnement d'une personne par le développement de nouvelles habiletés sociales et psychiques; 5) *la stabilisation de la crise*: restaurer rapidement un niveau de fonctionnement qui permet aux personnes de demeurer dans leur milieu naturel; 6) *la sustentation*: fournir une aide qui permet aux personnes en difficulté chronique de rester à leur niveau de fonctionnement habituel.

Les lieux de service

Ils sont au nombre de cinq. Ce sont: 1) *le lieu naturel*: la famille ou le réseau social dans lequel vit la personne; 2) *le lieu amélioré*: les familles ou les réseaux sociaux naturels qui ont été renforcés par le réseau formel ou informel; 3) *le lieu créé*: le réseau social et le système de soutien initié ou créé par le réseau social formel ou informel; 4) *le lieu de soutien*: lieu où se réalisent les activités professionnelles d'intervention; 5) *le lieu de protection*: lieu de soins où la personne réside pour recevoir des services de tout ordre.

Tel est, en résumé, le système de soutien communautaire. Nous allons maintenant voir si ce système peut être instauré au Québec, et si oui, à quelles conditions.

POSSIBILITÉS D'UN SYSTÈME DE SOUTIEN COMMUNAUTAIRE

Le système québécois est un système hospitalo-centrique, peu intégré dans le tissu social et qui tente de régler lui-même tous les problèmes de santé mentale. En conséquence, toutes les ressources monétaires et humaines que le gouvernement consacre à la santé mentale sont allouées presque en totalité au réseau institutionnel (*La santé mentale. À nous de décider*, 1985). Ce système ne correspond donc pas au système de soutien communautaire.

Toutefois, une analyse approfondie des divers partenaires du système québécois et de leurs rôles, des objectifs de ce système et de ses lieux de services permet d'y découvrir les éléments essentiels à un système de soins plus communautaire. En effet, de plus en plus de citoyens et de familles (C.S.M.Q., 1985b) pren-

ment conscience de leur rôle et de leur désir de contribuer au bien-être des personnes en difficulté. Des citoyens s'organisent et créent de nouvelles ressources communautaires et alternatives (C.S.M.Q., 1985b), et les intervenants du réseau officiel sentent la nécessité de modifier leurs attitudes et méthodes d'intervention. Ainsi, de nouveaux partenaires communautaires en santé mentale apparaissent et jouent un rôle différent du système de soins officiel: ce sont les ressources alternatives. C'est dire que les éléments du système de soutien communautaire se mettent progressivement en place et rendent à court terme cette approche possible.

Regardons plus en détails les divers partenaires ou réseaux en présence dans le système québécois. Nous découvrirons quels éléments d'un système de soutien communautaire y sont présents ou absents (cf. Tableau 1).

Les partenaires du système québécois

a) LE RÉSEAU DE SOUTIEN SOCIAL NATUREL

Ce réseau naturel comprend les familles, les amis, les voisins, les collègues de travail, les congrégations religieuses, etc. Ce réseau est basé sur des rapports intimes, des échanges d'entraide. Il maintient l'identité sociale des personnes et les soutient émotivement; il les informe, favorise les nouveaux contacts et l'apprentissage aux nouveaux rôles sociaux.

Ce réseau agit dans les lieux de services naturels et améliorés. Il est le premier à intervenir lorsqu'un de ses membres a des difficultés.

b) LE RÉSEAU DE SOUTIEN SOCIAL ALTERNATIF

Au Québec, il existe un réseau de soutien social qui s'appuie sur les valeurs du réseau de soutien social naturel, mais s'en distingue par son degré de structuration. Ce réseau comprend un ensemble de ressources rassemblées au sein du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (R.R.A.S.M.Q.).

Ce réseau a fait l'objet d'un Avis du Comité de la santé mentale du Québec: *Rôles et place des ressources alternatives* (1985b). Dans cet Avis, les auteurs définissent ces ressources comme suit: «La ressource alternative est un groupe, un organisme ou une corporation à but non lucratif, autonome, qui propose à la personne, dans son milieu de vie et avec sa participation, un support particulier pour acquérir et maîtriser des moyens requis pour répondre à ses besoins, compte tenu des difficultés psychosociales psychiatriques qu'elle rencontre ou qu'elle appréhende (C.S.M.Q., 1985b, 11). Les auteurs distinguent trois types de ressources alternatives: les ressources alternatives autonomes; les ressources alternatives concurrentes et les ressources alternatives de vigilance.

Selon The President's Commission on Mental Health (1978) et le Comité de la santé mentale du Québec (1985b), ce réseau de ressources alternatives a élaboré une problématique clinique à la base de son action. Selon cette perspective, le réseau officiel, malgré des efforts de modernisation, comme le développement des structures intermédiaires, a le défaut de prendre en charge les personnes en difficulté et de les empêcher ainsi de faire elles-mêmes l'analyse de leur situation, d'identifier leurs problèmes et d'y trouver des solutions. Ainsi, le réseau officiel facilite la domination des intervenants sur les personnes en difficulté et définit pour elles leurs besoins. De plus, il néglige les dimensions contextuelles de la maladie et plusieurs autres besoins réels qu'il juge accessoires. Enfin, à cause de son monopole, ce réseau brime les droits de la personne en ne permettant aucune liberté de choix.

Toujours selon la commission présidentielle américaine et le C.S.M.Q., les ressources alternatives, au contraire, répondent rapidement et sans lourdeur bureaucratique aux problèmes des personnes en s'appuyant sur la définition qu'elles donnent de leurs difficultés. Elle peuvent s'adapter rapidement aux besoins et pallier aux handicaps sociaux et économiques dont la clientèle souffre. Elles considèrent ces difficultés comme une occasion de croissance qu'il faut saisir pour développer et renforcer le potentiel des gens. Enfin, elles situent les personnes et leurs problèmes dans le cadre de leur famille et de leurs réseaux sociaux, et si ces réseaux n'existent pas, elles en créent.

Les intervenants de ce réseau sont pour la plupart des non-professionnels qui adaptent les connaissances et techniques d'intervention des professionnels à leurs besoins et à ceux de leur clientèle. Ils partent de leurs expériences pour se porter à la défense de la clientèle et pour faire reconnaître ses nouveaux besoins. Ils offrent des services assez efficaces et à un coût moindre que ceux offerts par les réseaux officiels, y compris dans les structures intermédiaires.

Ce réseau agit dans les lieux de service améliorés et créés.

c) LE RÉSEAU DE SOUTIEN PRIVÉ

Ce réseau comprend les cabinets de médecins (Schurman *et al.*, 1985), les polycliniques médicales, les centres de thérapies, etc. Financé par l'État ou non, il constitue un réseau de professionnels autonomes qui offrent des services à une partie plus ou moins importante de la population. Il faut donc partie intégrante du système de soutien communautaire. Beaucoup de citoyens, par tradition ou habitude, préfèrent s'adresser à ces professionnels qui, selon eux, répondent mieux à leurs attentes et désirs. Ce réseau peut être utilisé pour répondre à des besoins de nature psychologique ou de suivi médical.

Ce réseau fait partie du lieu de service de soutien.

d) LE RÉSEAU DE SOUTIEN PUBLIC

Ce réseau, qui fait aussi partie du lieu de service de soutien, est formé par les urgences psychiatriques, les équipes externes de psychiatrie et les C.L.S.C. Les urgences fournissent des services de crise et les cliniques externes fournissent des services de suivi à long terme. Les C.L.S.C. jouent aussi un rôle en terme d'intervention de crise, ou de thérapie brève.

Un autre partenaire s'est récemment ajouté: les Centres de crise à Montréal et à Québec. Ces centres s'orientent vers des services de crise aux personnes déjà suivies en psychiatrie. On n'y aurait accès qu'après référence des services psychiatriques (cf. les 4 projets de Centre de crise déposés le 30 avril 1986 au C.R.S.S.S.M.M.).

e) LE RÉSEAU PROTECTEUR

Ce réseau comprend les institutions publiques ou privées qui s'occupent de la totalité des besoins de leur clientèle (résidence, repas, vêtements, aspects médicaux, etc.).

Ces institutions sont les hôpitaux psychiatriques, les unités de soins des hôpitaux généraux, les pavillons, les familles d'accueil, etc. Leurs fonctions permettent de distinguer ces lieux selon qu'il s'agit de traitement actif de crise (unité de soins), de milieu de vie pour personnes incapables de subvenir à leurs besoins de base (pavillons, familles d'accueil) ou de traitement de longue durée (asiles). Notons que ces milieux de vie peuvent facilement devenir des sources d'exploitation des plus démunis si un certain contrôle n'y est pas exercé par les services publics³.

Malgré des efforts de plus en plus intenses visant à maintenir les personnes dans leur communauté, un certain nombre ont toujours besoin de protection continue pour diverses raisons: à cause d'un état de crise aiguë, d'un état de crise qui se prolonge indûment ou d'un dysfonctionnement social chronique. Lorsque toutes les interventions possibles ont été tentées pour aider ces personnes à vivre dans la communauté et lorsqu'elles ont échoué, de tels lieux doivent être offerts à ces personnes handicapées.

Ce réseau fait partie évidemment des lieux de service de protection.

Le maillon absent: la structure-pivot.

Pour rendre le système de soutien communautaire opérationnel et efficace et pour utiliser de façon maximale ses divers éléments, et pour en faire la coordination en fonction de ses objectifs, il faut un organisme-pivot. Implanté dans la communauté, voué à la santé mentale communautaire, cet organisme devrait offrir des services directs et les coordonner avec les services sociaux et de santé déjà présents dans le territoire desservi.

L'analyse des divers partenaires québécois n'en indique aucun qui soit apte à assumer cette fonction. En effet, le partenaire qui jouerait ce rôle devrait être situé à la jonction des lieux de services protecteurs

et des lieux de services créés, améliorés et naturels; c'est-à-dire dans les lieux de services de soutien, selon le modèle proposé. Ce lieu de services comprend deux groupes de partenaires principaux: les réseaux privé et public.

Pour des raisons évidentes, le réseau de soutien privé (orienté vers le profit et les intérêts corporatifs) ne peut jouer ce rôle. Il reste celui de soutien public. Ce réseau est hospitalo-centrique et défend des valeurs et une philosophie de traitement différentes de celles mises de l'avant par le système de soutien communautaire. De plus, sa structure organisationnelle n'est pas appropriée à ce système. Ainsi, les cliniques externes de psychiatrie sont soumises aux règles des départements de spécialités médicales sur lesquelles les médecins ont le contrôle. D'ailleurs, sans médecin, aucun développement clinique n'est possible dans cette structure, au point que si une clinique externe est sans psychiatre, elle ferme. Les contraintes administratives et syndicales sont énormes et laissent peu de place à la flexibilité et à la nouveauté dans les interventions. La représentation des citoyens et citoyennes, et des travailleurs et travailleuses, y est minime. Songer à modifier cette structure pour remplir ce rôle communautaire, c'est courir à l'échec, vu la prépondérance de ce pouvoir médical qui, on le sait, ne veut céder aucunement ses prérogatives et privilèges.

Les Centres locaux de santé communautaire représentent par contre une option plus séduisante. En effet, les C.L.S.C. ont une tradition communautaire et rendent déjà des services en santé mentale. Mais, il faut prendre garde. Tout d'abord, les C.L.S.C. sauront-ils «surtout résister à cette loi qui veut que les institutions soient le principe moteur de leur propre développement?» (Sénéchal, 1986, 118). Déjà beaucoup de C.L.S.C. ont dépassé le seuil maximal d'effectifs au-delà duquel il est très difficile de contrôler la qualité des services et les coûts.

Deuxièmement, les C.L.S.C. sont menacés, à des degrés divers, par une perversion; c'est-à-dire par une conception de la participation non démocratique:

«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 massif 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 in Bozzini, 1986, 143).

Cette forme de participation ne cadre pas avec les principes du système de soutien communautaire.

Troisièmement, les C.L.S.C., ne semblent pas prêts à accueillir le noyau dur des problèmes de santé mentale. Ils ne possèdent pas l'expertise dans ce domaine, essentielle à une action efficace de coordination et de services directs à ces cas. Enfin, confier à cette structure ce rôle *signifierait intégrer la santé mentale à la santé physique, erreur selon nous à éviter, car la santé mentale possède une problématique spécifique.*

Pour ces raisons, nous proposons de créer une structure-pivot que nous nommons le Centre local de santé mentale (C.L.S.M.).

Le Centre local de santé mentale (C.L.S.M.).

Cette structure n'est pas nouvelle. Elle a débuté aux États-Unis en 1965 et a été adoptée par l'Italie une décennie plus tard. Au Québec, elle a déjà été opérante durant les années 1972-74. Malheureusement, la Loi 65 adoptée à la suite de la Commission Castonguay-Nepveu, a mis fin à cette expérience. Revivons ces moments afin d'en tirer les leçons apprises.

a) LE CENTRE DE SANTÉ MENTALE COMMUNAUTAIRE DE MONTRÉAL: UN ORGANISME-PIVOT DU DÉBUT DES ANNÉES 70.

Sous l'influence de la psychiatrie communautaire naissante aux États-Unis, des professionnels et des citoyens font une étude épidémiologique dans un quartier défavorisé de Montréal et décident de créer un Centre de santé mentale communautaire afin de mieux satisfaire les besoins en santé mentale de cette population. Leur philosophie d'intervention s'inspire de la critique des effets néfastes de l'asile, lieu de traitement des

malades mentaux depuis plus d'un siècle⁴, et d'une nouvelle conceptualisation de la pratique psychiatrique qui met l'accent sur un nouveau lieu de soins: la communauté (Caplan, 1964; Hochmann, 1971; Paumelle, 1971).

Le Centre (C.S.M.C.M.) qui a ouvert ses portes à Montréal en 1972⁵ est un organisme sans but lucratif dont le conseil d'administration comprend six membres: trois citoyens du secteur et trois professionnels de la santé mentale dont l'un est membre du personnel. Le président est un ex-psychiatrisé. Les travailleurs et travailleuses sont regroupé(e)s en équipe transdisciplinaire⁶. Le psychiatre est le responsable clinique et la directrice générale est responsable de l'administration et du volet communautaire.

Le Centre (C.S.M.C.M.) a la responsabilité de tous les services ambulatoires essentiels pour répondre aux besoins de la population adulte du secteur. Ses services sont accessibles à tous et sont coordonnés avec les autres services sociaux et médicaux du quartier. Ses méthodes d'intervention sont éclectiques et s'appuient sur une compréhension étiologique multifactorielle de la maladie mentale (l'approche bio-psychosociale de Engel, 1977). Grâce à la présence du même thérapeute ou de la même équipe de soins au cours du développement du traitement, il y a continuité des soins. Il y a donc un travail en équipe transdisciplinaire composée de professionnels et d'un personnel de soutien qui origine du quartier.

Comparé aux Centres de santé mentale américains, le Centre (C.S.M.C.M.) offre trois des cinq services jugés essentiels: soins en cure ambulatoire, intervention de crise (durant le jour), et service de consultation et d'enseignement. Le Centre (C.S.M.C.M.) n'offre pas de service d'hospitalisation et de crise 24 heures sur 24 comme aux États-Unis. L'hospitalisation partielle (cinquième service essentiel) n'est offert par aucun organisme. Le Centre (C.S.M.C.M.) offre toutefois en plus cinq services recommandés par les Américains pour arriver à une gamme complète de services: des services d'évaluation, de réadaptation et de traitement pour des patients autrefois hospitalisés à l'asile, des services de recherche, d'enseignement et de supervision de stagiaires.

Les services curatifs sont les suivants. Grâce à une walk-in Clinic, les intervenants sont disponibles pour répondre immédiatement aux demandes et intervenir en situation de crise, psychologiquement et socialement par un recours rapide à des organismes sociaux appropriés. Il n'y a donc pas de liste d'attente. Les interventions thérapeutiques de diverses formes (individuelles, de groupe, de socialisation et d'apprentissage aux activités sociales, etc.) se font dans le cadre d'entrevues au bureau et de visites à domicile, afin de favoriser la connaissance de l'entourage du malade et de mobiliser certains parents, amis, concierges ou autres personnes, lorsque cela s'avère nécessaire. L'hospitalisation est réduite au minimum et la médication utilisée à des doses thérapeutiques les plus basses possible. Il y a minimisation de l'attention apportée à la symptomatologie, au diagnostic et à certaines attitudes issues de la culture psychiatrique. Le traitement s'appuie sur les aspects sains de la personnalité du malade, mais tout en tenant compte des déficits psychiques de l'individu.

Le développement des contacts avec les organismes professionnels et populaires du quartier est favorisé. Des modes de collaboration personnalisés sont établis afin d'offrir une gamme de services concrets aux utilisateurs, afin de les amener à recourir à toutes les ressources appropriées à leurs besoins, et afin d'augmenter leurs possibilités de socialisation. Cette approche permet aussi d'inciter les membres de ces organismes à participer plus activement au Centre (C.S.M.C.M.) par le biais de son conseil d'administration et d'aider les permanents à mieux planifier les services. Les thérapeutes réfèrent fréquemment les usagers et usagères aux organismes de loisirs et aux activités diverses du quartier, au besoin en les accompagnant au début. Certains groupes sont organisés à l'intérieur de la clinique; sous le prétexte de renouveler la médication, ils cherchent à amener les sujets à discuter davantage de leurs problèmes pratiques et à les faire partager leurs informations sur le quartier (Robitaille, 1975; Thibaudeau, 1977).

Les services préventifs s'exercent grâce à des activités de consultation et d'enseignement. L'enseignement prend diverses formes. Il peut s'agir de soirées d'information sur la santé mentale en vue de changer les préjugés de la population envers les malades mentaux chroniques. On organise aussi des cours de réflexion ou d'enseignement sur divers sujets, sur la sexualité par exemple, dans une école du quartier ou encore des cours de sensibilisation à la vie familiale.

La consultation se fait auprès d'organismes sociaux tels que les Centres de Main-d'Oeuvre et les C.L.S.C. en vue de l'élaboration d'un programme en santé mentale (Program-Oriented) ou dans le but de discuter de cas particuliers auprès de certaines personnes comme les policiers, les concierges, etc. (Consultee-Oriented) (Greenblatt, 1985).

D'une façon plus large, le Centre (C.S.M.C.M.) s'intéresse aussi à la qualité de vie du quartier. Il a réalisé une recherche sur la quantité et la qualité des chambres et pensions du secteur et participé à une coopérative d'alimentation de même qu'à des ateliers d'éducation populaire.

Contrairement à beaucoup de Centres de santé mentale américains, le Centre (C.S.M.C.M.) a participé à la désinstitutionnalisation de patients dits chroniques. Il a choisi d'offrir à ses patients les mêmes services qu'aux autres patients et de ne pas les insérer dans un programme spécialisé de réadaptation. Une telle position permet d'éviter les risques de ségrégations inhérents au regroupement de malades chroniques. L'accent est donc mis sur un traitement communautaire en vue d'insérer ces patients dans leur quartier. Pour réaliser cet objectif, chaque patient est placé sous la responsabilité d'un thérapeute chargé du traitement psychosocial dans son ensemble. Le thérapeute fournit la thérapie de support, en groupe ou individuelle, et intervient auprès du médecin si une médication est à modifier ou auprès des organismes du quartier selon les besoins du patient (Bien-être social, conciergerie, centre de Main-d'Oeuvre, Services sociaux, etc.).

Pour vérifier les résultats obtenus par le Centre on a fait une étude évaluative de vingt-sept mois, comportant des groupes de contrôle. Cette étude a révélé que les patients du Centre, les moins adaptés au départ parmi les groupes étudiés, se sont améliorés significativement à tous points de vue et ont démontré à la fin du processus une adaptation générale supérieure aux gens qui vivaient en foyer et étaient traités à l'asile (St-Jean, 1976; Gascon *et al.*, 1978). De plus, ces patients s'étaient tellement améliorés qu'ils avaient atteint le même degré de socialisation que les citoyens du quartier. Cette amélioration est telle que l'étude en question conclut que «l'avenir de ces malades relève davantage d'une mesure plus générale, étrangère à la compétence du Centre, visant à améliorer le niveau global de cette collectivité» (Gascon *et al.*, 1978, 88). Enfin, le Centre (C.S.M.C.M.) a su pallier au phénomène de surdosage de la médication et a réduit la tendance à une réhospitalisation de longue durée, contrairement à l'hôpital psychiatrique. Cependant, il n'a pu réussir à diminuer les symptômes.

L'assignation à un thérapeute de la responsabilité du traitement et le travail en équipe transdisciplinaire constituent la pierre angulaire de ce travail curatif, préventif et de désinstitutionnalisation. Après une évaluation de la demande par le thérapeute de garde, le cas est discuté en équipe. On y formule des hypothèses psychodynamiques et on y analyse le milieu familial et social du sujet, puis on recommande un plan de traitement, et on assigne un thérapeute au patient. Ce dernier devient responsable du plan de soins du client et veille à sa réalisation. Tout au long du processus de soins, il est le répondant principal du Centre auprès du patient et est responsable des activités de thérapie, de référence ou de toute autre activité jugée essentielle. Il peut assumer lui-même les tâches thérapeutiques, les déléguer ou les réaliser en partie. Trois actes seulement sont réservés à une profession spécifique: le diagnostic et la médication sont assurés par le psychiatre et l'injection par l'infirmière ou le psychiatre. La délégation des autres actes thérapeutiques se fait selon la compétence de chacun acquise au cours de son emploi ou de sa formation. Donc, le thérapeute assume le traitement du client dans sa globalité quelle que soit la nature du problème, et l'équipe apporte soutien et expertise tout au long du plan de soins. Cette façon de faire exige le respect et la confiance mutuelles et permet de contrer la hiérarchie classique peu fonctionnelle dans des équipes de santé mentale (Robitaille, 1975).

Dans cette équipe, le leadership officiel est assumé par deux personnes: le psychiatre pour l'aspect biologique et clinique et la directrice générale pour les volets administratif et communautaire. Dans des tâches, des projets ou des programmes spécifiques le leadership peut aussi être assumé par d'autres thérapeutes. Dans ces équipes, les décisions sont prises au consensus après discussion des points de vue de chacun. Tous les membres remplissent tour à tour le rôle de généraliste et de spécialiste selon les cas ou selon les domaines touchés par les problèmes présentés. Le médecin est responsable du traitement biologique et tous les

autres thérapeutes sont responsables du traitement psychosocial. Donc, le leadership est tour à tour principal, secondaire ou multiple (Rapoport, 1970).

Cette expérience de deux ans a été significative et efficace si on se fie aux résultats de la recherche cités précédemment. Nous avons dégagé plusieurs facteurs qui ont permis ce succès. Les facteurs concernant les travailleurs et travailleuses sont les suivants: leadership démocratique, compétence, engagement personnel et communautaire, responsabilisation, enthousiasme. Certains facteurs relèvent du milieu: valorisation de l'initiative et de la formation continue⁷, dynamisme du milieu, possibilité de développer une compétence professionnelle sur la base de ses aptitudes personnelles.

On peut enfin souligner certains facteurs organisationnels comme la structure administrative très souple, l'accès aux prises de décisions, la participation des citoyens, la flexibilité des rôles et leur versatilité, et *le travail en équipe transdisciplinaire*.

b) LE CENTRE LOCAL DE SANTÉ MENTALE (C.L.S.M.).

On peut se baser sur cette expérience du C.S.M.C.M. pour concevoir le modèle du Centre local de santé mentale (C.L.S.M.). Il sera un organisme du réseau public dont le conseil d'administration sera composé de citoyens du quartier (réseau de soutien naturel), d'usagers et de représentants des réseaux de soutien alternatif, public, privé et protecteur présents dans le même territoire. Les travailleurs du Centre sont aussi représentés au conseil d'administration. Les citoyens sont élus au suffrage universel et les représentants des autres réseaux élus par les membres de leur association.

Le C.L.S.M. est implanté dans un secteur où il assume la responsabilité de tous les services de soutien public en santé mentale *infantile*⁸ et adulte. Il doit voir à ce que les services dispensés reflètent les caractéristiques socio-culturelles du secteur. Il coordonne les services de santé mentale avec les autres services de soutien du territoire. Il doit pouvoir répondre à toutes les demandes. Son approche théorique s'appuie sur les principes du système de soutien communautaire. Plus particulièrement, son approche est bio-psychosociale et est réalisée par une équipe transdisciplinaire. Un thérapeute responsable suit le patient tout au long de son cheminement, assurant ainsi une continuité des soins efficace. Le Centre cherche à éviter l'hospitalisation et à réduire la médication et s'appuie sur les capacités fonctionnelles de l'usager plutôt que sur l'attention au diagnostic ou aux symptômes (ce qui présuppose une intégration de toutes les informations disponibles sur le sujet).

Les objectifs sont ceux du modèle de soutien communautaire. Pour les atteindre, le Centre est composé de divers modules: soins en cure ambulatoire (croissance-intervention-restauration); intervention de crise (stabilisation de la crise); évaluation (identification des personnes en difficulté); réadaptation et traitement des patients chroniques (sustentation); consultation et enseignement (prévention). La recherche, l'enseignement et la supervision sont assurés, en collaboration avec les autres C.L.S.M., dans une optique transdisciplinaire (par exemple, le cours Itinéraires du psychotique⁹). Quant à la promotion et la prévention de la santé mentale, cet objectif est réalisé en collaboration avec le département de santé communautaire qui comporte une équipe de recherche en santé mentale. Cette dernière réalise des études épidémiologiques et évalue les nouveaux projets de promotion et de prévention. Lorsque ces projets s'avèrent efficaces, ils sont intégrés dans un C.L.S.M.

Un des objectifs prioritaires de ce Centre est d'assurer la désinstitutionnalisation. Il offre dans ce but des services de réadaptation et d'intégration dans la communauté aux patients dits chroniques. Il est réaliste d'envisager de tels services comme le démontrent l'expérience du Centre de santé mentale communautaire de Montréal et l'analyse faite par le Comité de la santé mentale du Québec (1985 c), d), e), f). Le Centre a aussi la responsabilité de développer des programmes pour les résidents dans les familles d'accueil et dans les pavillons situés sur son territoire, car ces lieux protecteurs reçoivent des personnes très handicapées psychiquement et socialement.

Dans ces lieux, un suivi thérapeutique actif et dynamique maintient ces personnes à leur niveau de fonctionnement maximal. Les intervenants surveillent tout indice d'évolution de façon à diriger ces personnes vers un lieu de traitement moins structuré lorsque cela devient possible.

Les intervenants du C.L.S.M. tiendront compte de l'évolution des connaissances et de la clientèle. La philosophie de soins des C.L.S.M. s'inspire aussi des idées développées par Willy Apollon dans le présent numéro (Recherches, processus d'évaluation des pratiques, etc.). Les C.L.S.M. seront financés en partie par l'État et en partie par le secteur privé grâce à une participation accrue des citoyens, le financement étatique provenant d'un déplacement de budget des hôpitaux et des asiles en décroissance monétaire.

Enfin, le bassin de travailleurs de ces centres provient, entre autres, des cliniques externes de psychiatrie, des hôpitaux asilaires désinstitutionnalisés et des paraprofessionnels du quartier.

Pour qu'un tel Centre s'implante avec succès, il lui faut réunir les éléments suivants que nous nous contenterons d'énumérer:

- Une volonté d'engagement de la part des groupes d'une communauté locale, des professionnels et des para-professionnels, dans ce projet collectif;
- Avoir une taille restreinte de façon à favoriser les contacts personnalisés, l'accès aux prises de décision, et l'adaptation rapide aux besoins nouveaux;
- Aider l'individu dans son environnement immédiat, avec sa participation dans la définition de ses besoins et son traitement;
- Un leadership fort, accepté et capable de susciter l'enthousiasme et la participation personnelle et communautaire;
- Une équipe transdisciplinaire permettant le partage des connaissances, le soutien et le développement des capacités de chacun de ses membres, et leur responsabilisation;
- Un responsable clinique tout au long du traitement pour chaque cas;
- Favoriser la professionnalisation tout en permettant la flexibilité des rôles des intervenants.

CONCLUSION

Le choix d'une approche résolument communautaire et la mise en place de structures administratives permettant sa réalisation exigent beaucoup de réflexion, de concertation et de courage politique. Les embûches seront nombreuses car selon Friedman (1985), les administrateurs prennent parfois leurs décisions davantage en fonction de pratiques établies sans consultation qu'en fonction de critères scientifiques (c'est la barrière des valeurs). De plus, les professionnels sont inégalement répartis entre les régions ou sont en conflit entre eux. Les intérêts professionnels rigidifient la distribution des services (c'est la barrière professionnelle). Les institutions ont des structures rigides qui diminuent énormément leurs capacités de modifier leurs services. Les cadres et professionnels ont peur de perdre leur emploi et leur statut social. Les institutions ne rendent aucun compte à leur communauté (c'est la barrière institutionnelle). Les communautés ont de plus des préjugés et des attitudes traditionnelles qui renforcent le pouvoir professionnel (c'est la barrière communautaire). Enfin les professionnels et les para-professionnels n'ont souvent aucune formation continue en cours d'emploi et voient leur adaptation aux nouvelles connaissances décroître (c'est la barrière de la formation).

La stigmatisation, c'est-à-dire l'ensemble des mythes qui servent à mettre en quarantaine les malades mentaux, est encore courante. Cette stigmatisation légitime souvent l'humiliation et la déshumanisation des soins aux personnes en difficulté.

Certains préjugés sont encore tenaces: l'hôpital est considéré comme le meilleur lieu de traitement pour les malades mentaux même si les études démontrent que des alternatives communautaires sont au moins aussi efficaces (C.S.M.Q., 1985 b), c), d), e), f).

Finalement, le système de soutien communautaire se développe à la pièce. Il y a compétition entre des organismes pour de maigres ressources, et un manque de coordination entre les organismes.

Malgré ces résistances et ces handicaps, il est possible de modifier le système québécois actuel pour le transformer en un système de soutien communautaire¹⁰. La plupart des éléments organisationnels sont présents; certains citoyens ont la volonté d'y participer de même que beaucoup de syndiqués. Il ne manque que l'organisme-pivot, le Centre local de santé mentale (C.S.M.Q., 1986). Cet organisme se mettra pro-

gressivement en place au gré de l'initiative des citoyens et des intervenants, donnant lieu, à son terme, à un *réseau autonome en santé mentale*.

L'heure est à l'arrêt de la croissance du secteur public et à la reconversion de ses actifs humains et monétaires vers la communauté. L'engagement dans la création de ce réseau de C.L.S.M. rendra l'approche communautaire réalisable, permettra la décroissance des institutions actuelles, et donnera un objectif à la reconversion des effectifs actuels. Sans cet engagement, la réforme annoncée risque encore une fois d'être un «replâtrage» dans lequel tous conserveront leurs pouvoirs et privilèges sans rien modifier aux services actuels.

L'heure est à la révolution des services et des mentalités et non à une réformette comme on s'apprête à le faire. Les fonctionnaires, les administrateurs, les intervenants et les citoyens auront-ils le courage de s'engager dans ce que le Québec pourrait enfin nommer *sa révolution en santé mentale*?

NOTES

1. Enquête et mise en tutelle de Louis-H.-Lafontaine (Aird *et al.*, 1984; Aucoin, 1985); enquête sur Rivière-des-Prairies (Rapport Shadley, 1986); enquête du conseil d'administration de Robert-Giffard sur l'institution et rapport du syndicat des employés de la même institution (1985).
2. Le modèle élaboré repose en bonne partie sur la réflexion du President's Commission on Mental Health (1978).
3. Plusieurs études américaines ont démontré les conséquences néfastes de certains services protecteurs offerts et gérés par des entrepreneurs incompetents et sans vergogne (voir entre autres: Lamb (1984) et Castel *et al.*, (1979). Il semble qu'avec la nouvelle étape de désinstitutionnalisation entreprise au Québec (dans un contexte plus limité de ressources publiques), on voit déjà poindre certaines de ces petites entreprises qui ne visent que le profit; et ce, parfois, au point de rendre l'intervenant asilaire et hospitalier plus acceptable socialement et humainement que ces arrières boutiques de soins socio-communautaires.
4. Cette analyse critique s'inspire des documents suivants: Belknap (1956); Caudill (1958); Stanton et Schwartz (1954); Wessen (1961). Au Québec, une critique de Saint-Jean-de-Dieu est faite par Pagé (1961); Koechlin et Koechlin (1974). Quant à l'Hôpital Rivière-des-Prairies, il est déjà critiqué en 1975 par Alain Vinet.
5. Quelques années plus tard, deux autres cliniques desservant un secteur fonctionnaient à partir d'une analyse plus politique de la psychiatrie. Cf. Blanchet (1978) et Comité des citoyens de Saint-Jacques (1980).
6. L'organisation des rapports de travail qui transcende la division des pouvoirs et des droits compartimentés des professions afin d'intégrer et de partager les connaissances dans la réciprocité et l'égalité, en fonction des besoins de la population et non des professions.
7. Ce milieu a permis à des non-professionnels de développer leurs capacités d'aide naturelle. Ainsi, un concierge a pu devenir en quelques années un moniteur en réadaptation (Cimon *et al.*, 1984) et une secrétaire est devenue conseillère budgétaire auprès des patients (Godin, 1985).
8. Actuellement, le secteur de la santé mentale des enfants et adolescents est un secteur dont on parle peu. Heureusement, le C.S.M.Q. (1985g) y a consacré un très bon Avis. Pour que ce secteur devienne plus communautaire et fonctionne selon les principes du système de soutien communautaire, il nous semble essentiel de l'intégrer au C.L.S.M.
9. Ce cours de 90 heures a été suivi par des intervenants de diverses formations et de divers horizons à la Faculté de l'éducation permanente, de l'Université de Montréal, de septembre 82 à avril 83.
10. Stein (1985), au Wisconsin, a réussi à renverser l'allocation traditionnelle de fonds, qui est de 85% à l'institution et 15% au communautaire, en une proportion exactement inverse.

RÉFÉRENCES

- AIRD, G., 1985, cité dans Morin, P., 1986, *Main basse sur les ressources alternatives*, Montréal.
- AIRD, G., AMYOT, A., CHARLAND, C., 1984, *Rapport de la commission d'enquête sur la qualité de l'administration et du fonctionnement de l'hôpital L.-H.-Lafontaine*, Montréal, Mai.
- AIRD, G., AMYOT, A., CHARLAND, C., ROBILLARD, L., 1985, *Rapport du comité d'étude sur les services psychiatriques de la région de Montréal (06-A)*, Montréal.
- A.H.P.Q., 1983, La santé mentale, reflet de la réalité sociale, cité dans Morin, P., 1986, *Main basse sur les ressources alternatives*.
- AUCCOIN, L., 1985, *Orientation et amorce de plan d'action, Hôpital Louis-H. Lafontaine*, Montréal.
- AUTOPSY, 1981, Pas assez fou pour mettre le feu, *Santé mentale au Québec*, VI, No. 2, 89-94.
- BEAULIEU, C., 1986, «Dépenses exagérées au Centre de services sociaux de Montréal, *Le Devoir*, 2 mai, 4.
- BELKNAP, I., 1956, *Human Problems of a State Mental Hospital*, Mc Graw Hill, London.
- BLANCHET, L., 1978, La santé mentale à Pointe St-Charles: vers une prise en charge collective. *Santé mentale au Québec*, III, No. 1, 36-43.
- BLANCHET, L., 1981, La santé mentale, des facteurs sociaux et des coûts, *Santé mentale au Québec*, VI, No. 2, 48-54.
- BOUDREAU, F., 1981, La psychiatrie québécoise depuis 1960: de structure en structure, la loi du plus fort est-elle toujours la meilleure?, *Santé mentale au Québec*, VI, No 2, 27-47.
- BOUDREAU, F., 1984, *De l'asile à la santé mentale*, A. St-Martin, Montréal.
- CAPLAN, G., 1964, *Principles of Preventive Psychiatry*, Basic Books, New York.
- CASTEL, R., CASTEL, F., LOWELL, A., 1979, *La société psychiatrique avancée: le modèle américain*, Grasset, Paris.
- CAUDILL, W.A., 1958, *The Psychiatric Hospital as a Small Society*, Harvard University Press, Cambridge.

- CIMON, D., FRENETTE, M., HENRY, A., 1984, Groupe de thérapie par l'art graphique, *Santé mentale au Québec*, IX, No 1, 97-110.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE, Syndicat des employés du centre hospitalier Robert-Giffard (C.S.N.), 1985, *Le centre hospitalier Robert-Giffard: sa réalité actuelle et la réforme de la santé mentale au Québec*, Confédération des syndicats nationaux, Montréal.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, 1985a), *De la biologie à la culture*, Gouvernement du Québec, Québec.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, 1985b), *La santé mentale. Rôles et place des ressources alternatives*, Gouvernement du Québec, Québec.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, 1985c), *La santé mentale. Prévenir, traiter et réadapter efficacement. Synthèse et recommandation*, V. 1, Gouvernement du Québec, Québec.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, 1985d), *La santé mentale. Prévenir, traiter et réadapter efficacement. L'efficacité de la prévention*, V. 2, Gouvernement du Québec, Québec.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, 1985e), *La santé mentale. Prévenir, traiter et réadapter efficacement. L'efficacité du traitement*, V. 3, Gouvernement du Québec, Québec.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, 1985f), *La santé mentale. Prévenir, traiter et réadapter efficacement. L'efficacité de la réadaptation*, V. 4, Gouvernement du Québec, Québec.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, 1986, *Sortir de l'asile? Des politiques et des pratiques en pays étrangers*, Gouvernement du Québec, Québec.
- COMITÉ DES CITOYENS DE ST-JACQUES, 1980, Comment défendre la santé du peuple... et sa santé mentale?, *Santé mentale au Québec*, V, No. 1, 47-53.
- DUNHAM, H.W., WEINBERG, S.K., 1966, *The Culture of the State Mental Hospital*, Wayne State University Press, Détroit.
- EDISBURY, L., LEBEL, C., LETENDRE, R., 1981, Est-ce possible d'offrir des services innovateurs en psychiatrie? Le cas Jean-Talon, *Santé mentale au Québec*, VI, No. 2, 99-106.
- ENGEL, G.L., 1977, The need for a new medical model: a challenge for medicine, *Science*, 196, No 4286, 129-136.
- FRIEDMAN, R.S., 1985, Resistances to alternatives to hospitalization, *Psychiatric Clinics of North America*, 8, No. 3, 471-482.
- GASCON, L., THIBAUDEAU, M.F., ST-JEAN, R., 1978, L'adaptation psychosociale dans un centre de santé mentale communautaire, *Can. Psychiatric Association Journal*, 23, 83-89.
- GODIN, L., 1985, Mon expérience comme fiduciaire de patients psychiatriques, *Santé mentale au Québec*, X, No 1, 81-92.
- GOFFMAN, E., 1961, *Asylums*, Anchor Books, New York.
- GREENBLATT, M., 1985, Mental health consultation in Kaplan, H.I., Sadock, B.J., eds, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 3e éd., The Williams and Wilkins Co., Baltimore, 1897-1899.
- HOCHMANN, J., 1971, *Pour une psychiatrie communautaire*, Seuil, Paris.
- KOECHLIN, P., KOECHLIN, E., 1974, *Corridor de sécurité*, L'Étincelle, Montréal.
- LAMB, H.R., 1984, *The Homeless Mentally Ill*, American Psychiatric Association, Wash. D.C.
- LANGSLEY, D.G., 1980, Community Psychiatry in Freedman, A.M., Sadock, B.J., eds, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 3e éd., The Williams and Wilkins Co., Baltimore, 2836-2853.
- LEVENSON, D.J., GOODEN, W.E., 1985, Theoretical trends in psychiatry in Kaplan, H.I., Sadock, B.J., *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 3e éd., The Williams and Wilkins Co., Baltimore, 1-13.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1985, *La santé mentale. À nous de décider*, Gouvernement du Québec, Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1985, *La santé mentale. À nous de décider. Proposition d'un plan d'action*, Gouvernement du Québec, Québec.
- PAGÉ, J.C., 1961, *Les fous crient au secours!*, Ed. du Jour, Montréal.
- PAUMELLE, P., 1970, *À propos de la psychiatrie de secteur*, notes de cours polycopiées.
- PLANTE, M., 1985, Plan de services en santé mentale pour la période 1985-1990, cité dans Morin, P., 1986, *Main basse sur les ressources alternatives*, Montréal.
- RAPOPORT, R.N., 1974, *La communauté thérapeutique*, F. Maspéro, Paris.
- ROBITAILLE, M., 1975, Une réponse au problème de la psychiatrie de secteur en milieu urbain, *Hygiène mentale au Canada*, 23, No 4, 1-3.
- SASSOLAS, M., 1981, Les schizophrènes et nous, *Entrevues*, 1, 49-59.
- SCHURMAN, R.A., KRAMER, P.D., MITCHELL, J.B., 1985, The hidden mental health networks, *Archives of General Psychiatry*, 42, 89-94.
- SHADLEY, R., 1986, *Rapport de la Commission d'enquête sur l'administration de l'hôpital de Rivière-des-Prairies*, texte photocopié.
- S.P.A.S.Q., 1981, La psychiatrie et le monopole médical: les professionnels en tutelle, la population en otage, *Santé mentale au Québec*, VI, No. 2, 89-98.
- ST-JEAN, R., 1976, Évaluation des services aux malades mentaux chroniques dans un centre de santé mentale communautaire, *Santé mentale au Québec*, I, No. 1, 75-94.
- STANTON, A.H., SCHWARTZ, M.S., 1954, *The Mental Hospital*, Basic Books, New York.
- STEIN, L.T., 1985, *Conférence donnée au centre hospitalier Douglas*.
- THE PRESIDENT'S COMMISSION ON MENTAL HEALTH, 1978, *Report of the Task Panel on Access and Barriers to Care*, U.S. Government Printing Office, Washington, vol. 2, 340-54.
- THE PRESIDENT'S COMMISSION ON MENTAL HEALTH, 1978, *Report of the Task Panel on Organization and Structure*, U.S. Government Printing Office, Washington, vol. 2, 275-312.
- THE PRESIDENT'S COMMISSION ON MENTAL HEALTH, 1978, *Special Study on Alternative Mental Health Services*, U.S. Government Printing Office, Washington, vol. 2, 376-410.

- THE PRESIDENT'S COMMISSION ON MENTAL HEALTH, 1978, *Report of the Task Panel on Community Support Systems*, U.S. Government Printing, Washington, vol. 2, 1-97.
- THIBAudeau, M.-F., 1977 Le malade chronique au Centre de santé mentale communautaire, *Santé mentale au Québec*, II, No. 2, 67-74.
- VINET, A., 1975, La vie quotidienne dans un asile québécois, *Recherches sociographiques*, 16, 85-112.
- WESSEN, A.E., 1964, *The Psychiatric Hospital as a Social System*, Springfield.
- WESTON, W.D., 1975, Developments of community psychiatry concepts in Freedman, A.M., Kaplan, H.J., Sadock, B.J., eds, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 2e ed., The Williams and Wilkins Co., Baltimore, 2310-23.

Les idées exprimées dans cet éditorial ne représentent pas nécessairement l'opinion des autres membres du comité de rédaction.

N.D.L.R.