

La maladie mentale : un défi à notre conscience collective

Mental illness : a challenge for our collective consciousness

Camille Laurin

Volume 11, Number 1, June 1986

Politiques et modèles I

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/030323ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/030323ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Laurin, C. (1986). La maladie mentale : un défi à notre conscience collective. *Santé mentale au Québec*, 11(1), 105–116. <https://doi.org/10.7202/030323ar>

Article abstract

In this article, the author, an actor and a privileged observer of psychiatry in Quebec over the past twenty-five years, outlines the development of that area. He describes the events before 1962, the after effects of the Bedard Commission and the influence of the Castonguay-Nepveu Commission on psychiatric services. Then, he analyses the growth of those services from the angle of institutionaksation, desinstitutionalisation, research and community approach. He queries the ideological theories, the bio-psychosocial approach and speaks of the patients' role in the defense of their rights, and of their families. He ends by proposing ways to improve the actual services.

La maladie mentale: un défi à notre conscience collective

Camille Laurin*

L'auteur, qui est un acteur et un observateur privilégié de l'évolution des vingt-cinq dernières années de la psychiatrie au Québec, retrace dans cet article le développement de cette époque. Il décrit la situation avant 1962, les conséquences de la commission Bédard et l'effet de la commission Castonguay-Nepveu sur les services psychiatriques. Il analyse ensuite le développement de ces services sous les angles d'institutionnalisation-désinstitutionnalisation, de la recherche et de l'approche communautaire. Il questionne ensuite les théories étiologiques, l'approche bio-psychosociale et parle du rôle des malades dans la défense de leurs droits, et des familles. Il termine en formulant certaines propositions susceptibles d'améliorer les services actuels.

Tel est le titre que j'ai donné, en 1961, au texte qui suivait le témoignage de Jean-Charles Pagé *Les fous crient au secours*. À vingt-cinq ans d'intervalle, le défi demeure le même, malgré l'importance des progrès accomplis.

Avant de situer ce défi dans une perspective contemporaine, j'ai relu les nombreux articles et conférences que j'ai commis à l'époque, avant et peu après la mise sur pied de la commission d'étude sur les hôpitaux psychiatriques par le gouvernement du Québec (la commission Bédard). J'y martelais sans relâche les mêmes thèses et les mêmes appels: le malade mental au XX^e siècle (1958a), psychologie médicale: bilan d'un demi-siècle (1958b), courants doctrinaux contemporains (1959), médecine et psychiatrie (1958e), l'approche psychosomatique (1960), l'expérience de l'hospitalisation (1961), l'audience de Freud au Canada français (1960), théorie des rapports médecin-malade (1956), pour une politique de la santé mentale (1960), les hôpitaux au tribunal de l'opinion publique (1961), justice pour le malade mental (1961), le problème de l'assistance psychiatrique au Québec (1962), la formation du psychiatre (1962), l'enseignement de la psychologie médicale à l'Université de Montréal (1962), l'évolution du concept de maladie mentale (1964), etc. Je faisais état dans chacun de ces textes de toutes les connaissances scientifiques accu-

mulées et de l'impossibilité quasi complète d'en faire bénéficier les malades confinés dans les hôpitaux psychiatriques. Je dénonçais évidemment cette aberration, ce scandale, déplorais l'inertie des corps constitués et des pouvoirs publics, tentais de stimuler le sens des responsabilités et la conscience sociale de chacun, prônais une approche scientifique et humaniste, invitais à une action immédiate et urgente en même temps que je proposais un plan d'ensemble et diverses priorités sectorielles.

Ces articles et conférences n'eurent qu'une influence limitée. Le Québec était alors en pleine révolution tranquille. On annonçait des réformes majeures dans des secteurs fondamentaux: éducation, fonction publique, relations de travail, contrôle des richesses naturelles, sécurité du revenu, assurance-hospitalisation, etc. Mais la situation lamentable des malades enfermés depuis des années dans ces asiles encombrés et carcéraux ne retenait guère l'attention. Je craignais, avec plusieurs, que la révolution tranquille ne s'essouffle, perde son élan, s'enlise dans la politique, avant qu'elle ne s'intéresse à ce problème crucial et honteux, sur le plan de la dignité, de la liberté et du progrès de notre société. Si ce moment de grâce collective passait sans que l'alerte ne fut donnée et n'amène un radical changement de cap, on aurait pu attendre encore longtemps les réformes nécessaires.

C'est pourquoi il me parut essentiel, avec l'accord de mon équipe professionnelle, de cautionner le témoignage de cet ex-malade, qui faisait état d'une

* L'auteur, psychiatre, est chef du département de psychiatrie de l'hôpital du Sacré-Coeur.

souffrance profonde, méconnue et aiguë par un système inadapté, inhumain et antithérapeutique. Cette fois, l'opinion publique fut remuée dans ses profondeurs. Journalistes, éditorialistes, syndicats, associations professionnelles emboîtèrent le pas, réclamèrent une action immédiate et des réformes de fond. Le gouvernement dut s'incliner, mit sur pied une commission qui lui remit après six mois de travail un rapport aussi moderne qu'énergique, dont il accepta toutes les recommandations. C'était une victoire majeure pour le malade mental, dont les besoins humains, civiques et thérapeutiques étaient enfin reconnus. Une nouvelle page s'ouvrait du même coup pour la psychiatrie québécoise, qui rejoignait d'une seule foulée celle des pays avancés et pouvait se développer dans toutes les directions que lui indiquait une science en plein essor.

Faut-il donner raison à la sociologue Françoise Boudreau (1984), qui soutient, quinze ans après l'événement, que c'était là plutôt la victoire des jeunes turcs de la psychiatrie québécoise, qui voulaient augmenter leur prestige et pouvoir, aux dépens des aînés, communautés religieuses et autres féodalités qui les géraient? Il me paraît difficile de faire entrer une réalité aussi dense et foisonnante dans le moule abstrait d'un modèle sociologique aussi étriqué. Comme si la libido du pouvoir primait alors qu'elle est subordonnée à la première, celle de l'amour, dont elle constitue une dégradation, un repli consécutif à une régression. S'il ne s'était agi que d'une lutte de pouvoir, l'opinion publique n'y aurait pas été sensible et n'aurait pas pris partie. Ce qui l'a scandalisée et mobilisée, aussi bien que les professionnels, c'est la misère et l'oppression de laissés pour compte que l'on ne pouvait aider en raison du système alors que le remède était à la portée de la main. La conscience professionnelle de l'humaniste et de l'homme de science qu'est le médecin rejoignait ici le bon sens, le vécu démocratique et la conscience morale du citoyen éclairé. C'est de cette convergence, marquée au coin des plus hautes valeurs de notre civilisation occidentale, qu'est née la révolution psychiatrique québécoise, comme ce fut d'ailleurs le cas aux États-Unis, en Angleterre, en France et ailleurs.

L'ÉTAT DE LA SITUATION AVANT 1962

Quoi qu'il en soit, la victoire une fois obtenue, tout ou presque restait à faire. Pour s'en convaincre, il suffit de rappeler quelques faits et données de l'époque. Il y avait alors au Québec 207 hôpitaux généraux, dont moins d'une dizaine dotés d'un service de psychiatrie, et 17 hôpitaux psychiatriques. Malgré cette disparité numérique, le nombre de jours-hospitalisation était aussi élevé annuellement dans les hôpitaux psychiatriques que dans les hôpitaux généraux. Avec cette différence que le prix de journée dans les hôpitaux généraux se situait autour de 25\$ alors qu'il était de 2,75\$ dans les hôpitaux psychiatriques. Nos deux grands hôpitaux psychiatriques, Saint-Jean-de-Dieu et Saint-Michel-Archange, comptaient 6 000 patients et avaient une liste d'attente de plus de 1 000 patients. Pour faire place aux nouvelles clientèles, ces deux hôpitaux projetaient de construire des annexes régionales, situées aux quatre coins du Québec, assujetties à l'autorité des maisons-mère. Dans ces 17 hôpitaux, à part le surintendant médical, le personnel psychiatrique était rarissime, pour ne pas dire absent. Cela était encore plus vrai pour les psychologues, travailleurs sociaux et ergothérapeutes. C'est l'infirmière, habituellement religieuse, qui avait l'autorité à tous égards sur les unités de soins, contenant chacune de 40 à 60 malades. La plupart de ces unités étaient fermées, donc verrouillées, avec gardiens omniprésents. Les malades étaient presque tous en cure fermée et sous curatelle. Le nombre annuel des admissions dépassait toujours de beaucoup celui des sorties, provoquant ainsi un accroissement continu et une sédimentation accélérée. D'autant plus que les méthodes thérapeutiques laissaient fortement à désirer, que les programmes de réadaptation étaient rares et que l'on visait surtout à habituer le patient à son milieu, en utilisant ce qui lui restait de capacités: entretien, ateliers, travaux de ferme, etc. Certains hôpitaux, poussant jusqu'au bout la logique du système, s'étaient même fait octroyer le statut de municipalités.

Le Québec ne comptait à ce moment que 200 psychiatres, dont 120 francophones, presque tous à Montréal et à Québec. Il fallait s'expatrier pour acquérir une formation en psychiatrie, du moins jusqu'en 1958, date de la mise sur pied du premier

programme de formation par le département de psychiatrie de l'Université de Montréal. Les six années du cours de médecine ne comportaient que 40 heures en psychiatrie, avant qu'en 1955 on introduise à l'Université de Montréal un programme de 250 heures en psychologie médicale. L'enseignement de psychologie, service social, ergothérapie prenait en compte les courants doctrinaux contemporains mais la rareté des débouchés en milieu hospitalier psychiatrique constituait un frein important sur le plan du recrutement et des programmes.

PLAN D'ACTION GOUVERNEMENTAL

Grâce au programme de subventions du gouvernement fédéral, établi en 1949, quelques unités de soins psychiatriques furent créées dans certains centres hospitaliers universitaires en même temps qu'on instaurait un vigoureux programme de bourses de formation. Mais le gouvernement du Québec se contentait d'administrer ces fonds fédéraux, ne jugeant pas opportun d'y ajouter les siens et d'élaborer ses propres politiques. L'accord Ottawa-Québec sur l'assurance-hospitalisation n'incluait pas d'ailleurs les soins psychiatriques, qui demeuraient l'objet d'un financement distinct et beaucoup moins élevé, selon des règles établies d'abord par le Québec.

Il y avait donc beaucoup de pain sur la planche pour la nouvelle division des services psychiatriques du ministère de la Santé, mise sur pied dès 1962. Soutenue à tous égards par le gouvernement, animée par une équipe dynamique, épaulée par toutes les institutions du réseau, elle donne suite, durant ses neuf années d'existence, aux recommandations prioritaires de la Commission Bédard. Les hôpitaux psychiatriques sont graduellement financés sur la même base que les hôpitaux généraux, avec un budget annuel protégé. Tous les nouveaux hôpitaux généraux, ainsi qu'un bon nombre d'anciens, sont dotés de services de psychiatrie. Les hôpitaux psychiatriques ouvrent graduellement et rapidement leurs portes, augmentent aussi vite que possible leurs effectifs professionnels, mettent l'accent sur le traitement et la réadaptation, créent des unités d'admission et d'urgence, des services externes et répondent aux besoins psychiatriques de la population environnante. Les services psychiatriques des hôpitaux généraux font de même, sauf pour les

clientèles spécialisées et certaines pathologies lourdes et chroniques dont ils ne peuvent, faute de moyens, assumer la responsabilité et qu'ils réfèrent en conséquence aux hôpitaux psychiatriques mieux pourvus. L'Institut Philippe Pinel, nouvellement érigé, se spécialise en psychiatrie médico-légale, sur le triple plan des soins et expertises, de l'enseignement et de la recherche. Les services de tous ces hôpitaux valorisent la contribution des diverses disciplines professionnelles à l'établissement du diagnostic et du plan de traitement, dont le médecin chef d'équipe demeure légalement responsable. À coup d'incitatifs financiers aussi généreux que diversifiés et considérables, on recrute et forme un nombre croissant de psychiatres et professionnels, dont plusieurs s'installent en région au sein d'équipes constituées ou s'y rendent périodiquement pour soutenir le travail des équipes locales. À l'université, la formation gagne en qualité dans toutes les disciplines et à tous les niveaux: étudiants en médecine, omnipraticiens, psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, psycho-éducateurs, ergothérapeutes, audiologistes, orthophonistes, sociologues, administrateurs etc. Cette amélioration de l'enseignement amène à son tour d'autres progrès: revitalisation des associations professionnelles; communications scientifiques nombreuses et diversifiées; multiplication des congrès et colloques sur la santé mentale; fondation de cahiers et revues; édition de manuels, études et monographies; émergence et consolidation d'équipes de recherche aux intérêts les plus divers: neurobiologie, psychopharmacologie, clinique générale ou spécialisée, épidémiologie, anthropologie, etc.

LA COMMISSION CASTONGUAY- NEPVEU

Le bilan est déjà impressionnant lorsque survient en 1971 l'abolition de la division des services psychiatriques, pourtant admirée et louée par la Commission Castonguay-Nepveu, mais qui n'avait plus sa place dans le nouveau système socio-sanitaire que celle-ci proposait. La révolution psychiatrique était pour une part victime de ses propres postulats. En affirmant que la maladie mentale était une maladie comme les autres, ses tenants réclamaient qu'on lui accorde autant d'attention, de soin et d'argent que la maladie physique, d'où la

nécessité d'une harmonisation, voire d'une uniformisation de ces deux secteurs sur le plan de la volonté politique, des lois organiques du système de soins et des budgets. La Commission les prenait au mot en éliminant une direction générale de la psychiatrie, qui témoignait précisément, à l'avantage de celle-ci, de la persistance d'une distinction entre maladie mentale et maladie physique. La Commission feignait ainsi d'ignorer une autre argumentation, moins explicite mais plus importante, qu'invoquaient ces mêmes tenants pour justifier un traitement spécial pour la psychiatrie: immense rattrapage et réorganisation à effectuer, approche bio-psycho-sociale qui s'impose particulièrement en psychiatrie, complexité des traitements psychothérapeutiques de tous ordres dont ont besoin la plupart des malades mentaux, tendance plus marquée à la chronicité de ces affections, dont surtout les psychoses et troubles de la personnalité, qui rend nécessaire la mise en place d'un dispositif élaboré de programmes de réadaptation et de ressources intermédiaires. Au delà du tronc commun maladie, il y a donc une spécificité propre à la maladie psychiatrique, beaucoup plus accusée que pour n'importe quelle autre spécialité. La Commission n'a pas voulu ou pu tirer toutes les conséquences qu'il aurait fallu de cette spécificité dans sa proposition de médecine globale dispensée au niveau des soins courants et spécialisés, d'intégration des services sociaux et sanitaires à tous les niveaux, de modèle administratif axé sur un processus allant de la planification à la programmation.

Ce nouveau modèle comportait certes des avantages pour le malade mental. L'universalité, la gratuité et la continuité des soins se trouvaient confirmées. Un fort accent était mis sur le maintien en milieu naturel, du plus grand nombre possible de malades, sur l'articulation socio-médicale si importante en psychiatrie, sur l'identification des populations à risque, sur la médecine sociale et préventive, sur le soutien par la communauté de ses membres en détresse ou en besoin. Mais les inconvénients n'en étaient pas moins nombreux et importants. Un modèle technocratique et processuel prenait la place d'un modèle concret, davantage axé sur les besoins concrets de clientèles prioritaires. Le malade mental n'avait plus personne en autorité au ministère qui puisse faire entendre sa voix, celle de ses équipes soignantes, et exiger qu'on apporte

à ses problèmes les réponses appropriées. Diluée, noyée dans ce grand tout abstrait, la psychiatrie, ainsi amputée de son porte-parole autorisé, absente au niveau décisionnel, en compétition avec d'autres disciplines autrement plus fortes et prestigieuses, en butte à des vieux réflexes toujours présents d'incompréhension et de rejet, se retrouvait dans une position de faiblesse et d'infériorité. L'élan de la révolution psychiatrique s'en trouva immédiatement ralenti. Faute de leadership et de fonds, les programmes spéciaux et les initiatives audacieuses battirent de l'aile, disparurent et ne furent pas remplacés. Sur le terrain, on avança moins vite, on recula en maints endroits et les problèmes devinrent aigus et nombreux. On s'en inquiéta au ministère, on fit même une place nouvelle à la psychiatrie, mais à un échelon inférieur, compatible avec un modèle qu'on ne voulait pas changer. Le résultat ne pouvait être qu'à la mesure de l'effort, c'est-à-dire minime. Ce qu'il faut déplorer de cette période, ce sont les occasions perdues, le coup de frein à une évolution bien engagée, des progrès avortés, qui ne sont pas sans rapport avec les retards que nous constatons et les crises récentes que nous avons connues.

UN DÉVELOPPEMENT QUI CONTINUE

Même si l'élan a fléchi, il ne s'est quand même pas arrêté. Sur les bases du système établi par la division des services psychiatriques, le développement des institutions s'est continué à un rythme régulier. Les unités psychiatriques des hôpitaux généraux se sont multipliées, agrandies et consolidées aux quatre coins du Québec, au point de desservir maintenant soixante-quinze pour cent de la clientèle psychiatrique. La croissance des effectifs s'est poursuivie. Sauf pour les infirmières, nos facultés forment maintenant un personnel de qualité et peuvent satisfaire aux besoins psychosociaux de toutes les régions du Québec. Le nombre des psychiatres atteint maintenant les huit cents ou presque, mais ils ne peuvent répondre, même à Montréal et à Québec mais surtout en région, aux demandes croissantes en pédopsychiatrie, psychiatrie adulte, psychosomatique, géro-psi-chiatrie, psychiatrie médico-légale et recherche fondamentale et appliquée. Ils ne consacrent à leurs patients

privés que quinze pour cent de leur temps, mobilisés qu'ils sont à quatre-vingt-cinq pour cent par le traitement hospitalier ou communautaire des pathologies les plus lourdes, l'enseignement, la recherche et l'administration. Un bon nombre d'entre eux partagent leur temps entre les centres hospitaliers universitaires et les cliniques externes de régions périphériques et éloignées. Leur insuffisance numérique en région est partiellement compensée par des équipes d'omnipraticiens, toujours mieux formés en psychiatrie, à qui les psychiatres apportent épisodiquement, pas aussi souvent ni autant qu'il le faudrait, le support professionnel nécessaire.

Les budgets des hôpitaux psychiatriques et des unités psychiatriques d'hôpitaux généraux sont en progression constante, au point qu'ils absorbent maintenant dix-huit pour cent des dépenses de santé, si l'on ajoute aux malades psychiatriques les déficients mentaux, la part des hôpitaux psychiatriques et généraux étant respectivement d'environ soixante-dix pour cent et trente pour cent. Les budgets des Centres de Services sociaux, Centres locaux de services communautaires, services à domicile, dont une partie plus ou moins importante selon le cas est affectée aux malades psychiatriques, sont eux aussi en progression constante. Il faut ajouter à ces budgets les subventions toujours plus considérables octroyées aux maisons de jeunes, aux maisons de femmes en détresse, aux ressources communautaires, aux organismes d'entraide, à l'Office des handicapés, aux services d'évaluation et d'expertise auprès des tribunaux et de la D.P.J., aux services de probation et de détention du ministère de la Justice, dont la clientèle compte de nombreux patients psychiatriques.

INSTITUTIONNALISATION ET DÉINSTITUTIONNALISATION

L'institutionnalisation des patients psychiatriques, des déficients mentaux et des mésadaptés socio-affectifs s'est presque arrêtée. Depuis plus de dix ans, les hôpitaux psychiatriques n'acceptent plus qu'au compte-gouttes les malades que veulent leur référer, pour soins prolongés, les unités psychiatriques d'hôpitaux généraux. En attendant qu'on puisse mettre sur pied les ressources institutionnelles et communautaires appropriées à ces pathologies lourdes, les malades demeurent dans les servi-

ces de courte durée pour de longues périodes à des coûts exorbitants ou reçoivent un congé prématuré, reviennent souvent à l'urgence et contribuent à son encombrement, sont souventes fois réhospitalisés, ne reçoivent pas les soins requis et évoluent vers une chronicité qui devient irrémédiable. Cela est encore plus vrai, mutatis mutandis, pour les patients judiciairisés. Les centres d'accueil de réadaptation et les hôpitaux pédo-psychiatriques ont eux aussi réduit considérablement leur taux d'admission, grâce à la mise en place progressive d'un réseau de familles d'accueil, de foyers de groupe, de plateaux de travail et de services thérapeutiques externes. Mais là aussi les ressources sont insuffisantes et les échecs sont nombreux. Cet effort vigoureux a quand même mis un cran d'arrêt définitif à la courbe progressive d'institutionnalisation de 1962 et a permis de réduire de 20 000 à 12 000 le nombre des malades des hôpitaux psychiatriques.

Par ailleurs, le mouvement de désinstitutionnalisation est plus que jamais à l'ordre du jour. La Commission Aird, Amyot, Charland et Robillard a recommandé que l'on désinstitutionnalise les déficients mentaux et les patients âgés sans symptomatologie psychiatrique de l'hôpital Louis-H.-Lafontaine et le ministère de la Santé et des Services sociaux a entériné ces recommandations. D'ici cinq ans, cet hôpital verrait diminuer sa population hospitalisée de deux mille deux cents à sept cents. Un mouvement analogue se dessine à Robert-Giffard, à Douglas, à Saint-Charles-de-Joliette, à Roberval, à Rivière-des-Prairies, d'autant plus qu'un inventaire de tous les malades hospitalisés en milieu psychiatrique a établi qu'un nombre important d'entre eux, soit plus du tiers, n'ont plus besoin de traitement hospitalier. Un autre segment important de cette population hospitalisée pourrait être traité en dehors de l'hôpital, si on pouvait lui fournir le support approprié en terme de ressources communautaires. La mise sur pied de ces ressources pourrait donc permettre de diminuer de moitié et peut-être davantage d'ici dix ans la population encore institutionnalisée.

DÉVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE

La recherche intensive sur les neuro-transmetteurs a généré entre temps des progrès importants en

psycho-pharmacologie. L'arsenal thérapeutique s'est enrichi et diversifié. Les anti-dépresseurs tricycliques et le carbonate de lithium permettent une meilleure réduction de la symptomatologie psychotique dans les dépressions bi-polaires et une élimination progressive de la convulsivothérapie. Les neuroleptiques retard, à effets prolongés, favorisent le traitement ambulatoire des accès psychotiques paranoïdes et schizophréniques. On est maintenant mieux armé pour prévenir les dyskinésies tardives. La gamme éminemment variée des benzodiazépines assure un meilleur contrôle des diverses réactions anxieuses qui accompagnent les états de crise et divers syndromes psychotiques et toxicomanies. Les nouveaux tests et marqueurs biologiques constituent de précieux instruments pour l'utilisation sélective des médicaments. Les progrès de la neurobiologie nous permettent par ailleurs de mieux comprendre la nature et les étapes du vieillissement, les mécanismes de la conscience vigile et du sommeil, les troubles du langage et les composantes génétiques de la maladie mentale. Les recherches psychologiques se poursuivent elles aussi à une cadence accélérée. Les nouvelles théories psychothérapiques foisonnent, axées tantôt sur l'individu ou la famille ou le milieu, sur tel ou tel secteur de la personnalité, sur un syndrome ou sur l'autre, sur le traitement proprement dit ou la réadaptation, sur le traitement des crises ou la restructuration au long cours. La psychanalyse, pour sa part, continue d'apporter son éclairage particulier à la compréhension et au traitement en profondeur des psychoses et des troubles sévères de la personnalité. Dans le sillage de la désinstitutionnalisation, les études épidémiologiques, les expériences prospectives et les analyses évaluatives se multiplient et dégagent des orientations toujours plus riches et intéressantes.

LE MODÈLE COMMUNAUTAIRE

Sous la poussée de tous ces courants, tendances et recherches, d'ici ou d'ailleurs, la psychiatrie québécoise évolue progressivement depuis quinze ans d'un modèle hospitalocentriste vers un modèle communautaire. De la clinique externe et de la post-cure, on est passé aux cliniques de secteur et aux centres de psychiatrie communautaire, qui sont devenus le pivot du dispositif de soins. Le centre

communautaire assume la responsabilité des soins psychiatriques pour toute la population du secteur ou territoire qu'il choisit ou lui est assigné. Il évalue la demande, pose l'indication psychiatrique, réfère les cas plus légers à des ressources appropriées privées ou publiques et prend en charge les cas les plus lourds. Il fera l'impossible pour éviter l'hospitalisation, en recourant au besoin aux ressources du milieu. Si l'hospitalisation s'avère nécessaire, il tentera d'en abrégier le plus possible la durée, en limitant celle-ci à la réduction de la crise, en recourant si possible à l'hospitalisation partielle, gardant toujours le contact avec l'équipe soignante hospitalière et prêt à reprendre et continuer le traitement dès le retour du patient dans son milieu. Les membres de l'équipe communautaire contribuent à l'établissement du diagnostic et à la réalisation du traitement selon leur spécificité professionnelle et leur expertise propre mais ils sont conjointement solidaires de la prise en charge. Traitement et réadaptation sont intimement liés, d'où une approche polyvalente qui permet de répondre adéquatement aux divers besoins du patient: argent, repas, logement, loisirs, relations sociales, travail, éducation, etc. Pour des malades déstructurés et isolés, la satisfaction de ces besoins exige des supports communautaires nombreux et onéreux (Brown, 1986). En leur absence, le traitement est compromis et les réhospitalisations sont à craindre. C'est ce que démontre une récente étude du Clarke Institute de Toronto, où l'insuffisance de ces ressources, même avec un excellent suivi médical, a entraîné un taux très élevé de réhospitalisations chez ces catégories de malades (Wasylenki *et al.*, 1985). C'est donc là un travail difficile, exigeant, pour ne pas dire épuisant, pour des équipes souvent instables et incomplètes. Faut-il en conclure que le pari de la psychiatrie communautaire est illusoire ou qu'il ne peut être que par une nouvelle répartition des responsabilités au sein du réseau de services? C'est là poser une question qui nous engage déjà dans la discussion de la problématique actuelle de la maladie mentale.

DIMENSION ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Y a-t-il augmentation, aggravation? Il faut tenir compte ici de statistiques dont l'interprétation est difficile. Les données sont différentes d'un niveau

de gouvernement à l'autre, ne tiennent pas compte de la pratique en bureau privé effectuée par des professionnels non médecins, réfèrent à des diagnostics établis selon deux ou trois modèles de classification, ne spécifient pas toujours ni suffisamment la nature des interventions des omnipraticiens, n'incluent que peu ou pas les statistiques d'organismes comme la Commission de Santé et Sécurité au Travail, la Direction de la Protection de la Jeunesse, les Centres de Services sociaux et les C.L.S.C., les services correctionnels du ministère de la Justice, tous organismes qui ont à évaluer ou traiter un nombre appréciable de malades mentaux. Quoi qu'il en soit, une impression générale se dégage que le nombre de maladies mentales augmente, et en particulier les cas de psychose et de troubles sévères de la personnalité, que le taux de suicide et les maladies dépressives sont à la hausse, que la consommation exagérée d'alcool, de médicaments et de drogues aggrave la condition de plusieurs malades mentaux et peut même constituer l'essentiel de la pathologie. Il faut aussi mentionner le fait que l'universalité et la gratuité des soins, les campagnes d'information, la diminution des préjugés, la diminution du seuil de tolérance de la souffrance se traduisent par une augmentation de la demande de soins.

LES THÉORIES ÉTIOLOGIQUES

Connait-on mieux aujourd'hui les causes de la maladie mentale? La réponse varie selon les écoles de pensée. Les études génétiques concluent à la transmissibilité d'une certaine vulnérabilité, sinon de la maladie elle-même dans certains cas. Les recherches neurobiologiques identifient de multiples anomalies physiologiques mesurables chez les malades mentaux, mais on se pose la question si celles-ci sont la cause ou la traduction somatique ou l'effet de la perturbation mentale (Glowinski, 1986). On sait cependant que la thérapeutique issue de ces recherches permet de réduire substantiellement la symptomatologie, même si elle laisse subsister le noyau pathogène. Les recherches psychodynamiques établissent de leur côté des liens toujours plus nombreux et probants entre d'une part les vices de structuration de la personnalité, les vicissitudes du développement affectif, les traumatismes affectifs

et les pertes d'objet, les perturbations précises et répétées des relations interpersonnelles et d'autre part l'apparition à un âge ou l'autre de la vie des affections névrotiques psychotiques, des troubles d'apprentissage et d'adaptation, des désordres caractériels et des troubles sévères de la personnalité. L'approche sociale met enfin en évidence d'autres liens et perspectives: bouleversement rapide des valeurs familiales, sociales et culturelles; mutations technologiques soudaines et augmentation du chômage, particulièrement chez les jeunes; croissance accélérée des séparations et des divorces, avec son cortège d'instabilités et de conflits; écarts croissants des revenus et augmentation effarante du nombre d'individus et de familles vivant sous le seuil de la pauvreté; pollution multiforme de l'environnement, y compris celui du travail trop souvent stressant et abrutissant; vieillissement rapide d'une population qui consomme d'autant plus de soins qu'elle perd ses liens et objets, s'isole et s'appauvrit. Bien que non encore vérifiable, la filiation entre ces divers facteurs sociaux et l'incidence des maladies mentales est évidente.

APPROCHE BIO-PSYCHOSOCIALE ET MODÈLE ÉCOLOGIQUE

Faut-il opter pour l'une ou l'autre de ces conceptions étiologiques? Il serait prématuré et risqué de le faire. Il importe plutôt de continuer ces recherches, de les éclairer l'une par l'autre, de viser à leur fécondation réciproque, en attendant que les vérifications et synthèses indispensables voient le jour. C'est ce que préconisent, sous une forme et un langage différents, les tenants de l'approche bio-psychosociale et du modèle écologique. Dans les deux cas, il s'agit d'étudier la relation dialectique et dynamique qui s'instaure entre la personne et son entourage, en tenant un compte rigoureux de toutes les dimensions de la personnalité humaine. La formation de l'omnipraticien et du psychiatre s'inspire actuellement de cette approche et de ce modèle. Il importe certes de l'améliorer, mais quiconque souhaite un jour assumer leurs responsabilités légales et professionnelles devra acquérir le même type de formation polyvalente, pour la meilleure protection de la santé publique.

LA RANÇON DU PROGRÈS

Les malades mentaux sont donc plus nombreux. Ils sont plus gravement atteints. Ils nous interpellent aussi vigoureusement que par le passé, mais différemment, comme professionnels et citoyens. Or, c'est là précisément la rançon des réformes et progrès effectués depuis vingt-cinq ans. Si par exemple nos malades mentaux coûtent si cher, ce n'est surtout pas parce qu'ils sont plus nombreux mais parce que nous avons mis sur le même pied maladie mentale et maladie physique et avons prévu pour chacune des services de qualité, gratuits, universels et continus. C'est aussi parce que nous finançons sur les mêmes bases les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux généraux. De même, si les malades mentaux sont maintenant plus nombreux dans les cliniques de secteurs, centres communautaires, foyers de groupes, familles et pavillons d'accueil, milieux de jour et de soir, appartements supervisés et même au coin des rues, s'ils sont de plus en plus présents et visibles dans leur milieu ou quartier, c'est que nous l'avons voulu ainsi. Nous préconisons depuis longtemps le maintien et le traitement dans la communauté, nous tentons d'éviter ou d'abrèger les hospitalisations, nous poussons énergiquement à la désinstitutionnalisation. Nous avons utilisé à cet effet les outils, moyens et méthodes, encore imparfaits et insuffisants mais efficaces, que nous connaissions. Il ne faut pas s'étonner maintenant que ces efforts soutenus aient porté les fruits que nous espérions. La société ne se débarrasse plus de ces indésirables, ne les enferme plus pour jamais dans des geôles, ne les infantilise plus, les considère comme des citoyens à part entière, les accepte dans son sein et tente de pallier leur détresse. Et c'est tant mieux.

Mais il faut voir et accepter tous les effets d'un pareil retournement et renouvellement. Lorsqu'il est traité dans la communauté, le psychotique renonce aux satisfactions passives, régressives et aliénantes que lui procurait, parfois toute sa vie, l'hôpital de jadis: nourriture, logement, habillement, travail, loisir, etc. Il doit maintenant organiser son existence, identifier et satisfaire ses besoins fondamentaux, développer ses talents et aptitudes, réaliser ses aspirations, dans un milieu compétitif et selon les normes de conduite socialement reconnues et exigées. Exigeante et difficile pour quiconque, cette tâche

l'est bien davantage pour lui, à qui la psychose enlève une partie importante de ses forces et moyens, l'oriente dans des culs-de-sac ou le mène à des confrontations sans issue et destructrices. L'équipe thérapeutique réussira à réduire les crises, atténuer les symptômes, remettre sur la voie, colmater quelques brèches, mais ne parviendra peut-être jamais à corriger le défaut fondamental. Et il reste les symptômes résiduels, les déficiences, les suites irrémédiables des échecs et des occasions perdues. Ce sont ces carences, limites et misères qui obligent les soignants et la société à aider ces malades à satisfaire leurs besoins essentiels, physiques, relationnels et vocationnels, jusqu'au moment où ils pourront le faire eux-mêmes. Cette aide et ces ressources sont encore largement insuffisantes et il faut y voir la raison principale de l'échec relatif des traitements, des nombreuses rechutes et réhospitalisations.

LA PROMOTION ET DÉFENSE DES DROITS

C'est pour obtenir tout ce qui peut ainsi favoriser leur mieux-être et leur réinsertion sociale, ou pour lutter contre ce qui peut l'entraver, que les malades sont devenus plus critiques et revendicateurs, s'organisent en associations, réclament le respect intégral de tous leurs droits et la mise sur pied de toutes les ressources dont ils ont besoin. Ce mouvement de défense peut bien lui aussi errer ou exagérer mais il est sûrement légitime, positif, marqué au coin d'un désir de liberté et de responsabilisation, donc, on ne peut plus thérapeutique. Il ne peut donc que prendre de l'ampleur.

PARENTS ET FAMILLES

Si les parents des malades s'organisent eux aussi en associations, forment des organismes d'entraide et joignent des mouvements de pression, ce n'est pas non plus sans raison. Ils ne confient plus comme jadis à l'hôpital mental le soin, la garde et l'entretien de leurs enfants psychotiques. C'est à eux maintenant qu'il incombe de les supporter pendant qu'ils poursuivent, longtemps et péniblement, un traitement et une réadaptation difficiles. Ils doivent pour cela comprendre le discours psychotique et le sens des symptômes, agir à bon escient pour guider, sti-

muler, contenir, conforter, soutenir, au fil des jours et des situations. Leur aide doit prendre des formes multiples: affective, morale, financière, psychologique et sociale. Il est pour ainsi dire essentiel qu'ils apportent une collaboration constante et éclairée à l'entreprise thérapeutique, dont ils constituent un partenaire obligé et indispensable. Les soignants doivent évidemment modifier leurs conceptions et leur agir en conséquence. Au lieu de culpabiliser les parents (par exemple mères schizophrénogéniques), de considérer la maladie du patient comme l'aboutissement nécessaire et le symptôme d'une pathologie familiale, de refuser toute information à des parents dont ils se méfient ou redoutent l'ingérence, ils doivent reconnaître leurs droits, utiliser les forces vives de leur personnalité et leurs ressources affectives, les intégrer dans le processus thérapeutique. Ce qui implique le temps et l'effort nécessaires pour un accueil bienveillant, une écoute attentive, la transmission d'une information générale et spécifique sur la nature de la maladie, les objectifs et les étapes du traitement, la disponibilité à fournir les suggestions ou conseils appropriés. Les soignants devront aussi soutenir de leur présence et de leur prestige les efforts que font les parents pour obtenir des pouvoirs publics les ressources communautaires requises pour la réadaptation et la réinsertion sociale. Ce sont là des éléments positifs et structurants dont on ne peut plus se passer (Pepper et Ryglewicz, 1984).

L'IMPLICATION COMMUNAUTAIRE

Ce qui est vrai des parents l'est aussi à maints égards des citoyens, de leurs comités et associations et de leurs gouvernements municipaux. Leur support et leur aide sont nécessaires pour le traitement externe et la mise sur pied de ressources communautaires. Or les préjugés et les craintes ont diminué mais n'ont pas disparu, ce qui se traduit encore par des rejets et de l'intolérance, des règlements de zonage qui interdisent l'implantation de pavillons d'accueil ou foyers de groupe dans des quartiers résidentiels, l'indifférence des pouvoirs municipaux aux demandes des associations de malades et de parents qu'ils refilent aux niveaux supérieurs de gouvernement, une participation plutôt tiède et rare aux entreprises thérapeutiques. Ces tendances fâcheuses ne pourront être contrées et inversées que

par une information, une éducation et une formation adéquates, continues et mobilisatrices, dont les soignants devront prendre leur part, de concert avec les instances administratives, les institutions d'enseignement et les organismes d'entraide.

Il importe enfin que les Centres locaux de services communautaires, départements de santé communautaire et Centres de Services sociaux identifient dans leurs milieux les populations à risque et leur apportent le soutien et l'aide qui préviendra la maladie mentale, en arrêtera l'évolution et assurera leur mieux-être.

ENTRE L'IMPUISSANCE ET L'ILLUSION: UN TRAIN DE MESURES RÉALISTES ET ÉCLAIRÉES

Après vingt-cinq ans d'efforts éclairés et coûteux, le défi que pose aujourd'hui la maladie mentale est toujours aussi ample et exigeant. Les obstacles non prévus, les nouveaux problèmes, l'efficacité relative des moyens mis en oeuvre, le large écart entre les besoins et les ressources ont certes tempéré l'enthousiasme et le dynamisme d'antan. Certains vont même jusqu'à regretter le temps où l'asile assumait la prise en charge de tous les problèmes matériels des malades et déficients mentaux. D'autres ont décroché. Plusieurs sont désabusés. La maladie mentale leur apparaît comme le rocher de Sisyphe que l'on s'épuise à remonter mais qui retombe dès que l'effort ne se maintient pas.

De fait, le Charybde du sentiment d'impuissance est aussi nocif que le Scylla de l'illusion. Nous connaissons mieux la nature de l'opération et les accidents du terrain; le travail est bien amorcé et il peut être mené à terme. Outre les changements et mesures proposés dans ce texte, il faudra repenser l'organisation des soins et la répartition des responsabilités des organismes du réseau. Il faut certes augmenter le nombre des psychiatres, afin qu'il s'en trouve un nombre suffisant dans toutes les régions, mais si les psychiatres devaient continuer d'effectuer toutes leurs tâches actuelles, il en faudrait former un nombre faramineux. La responsabilité de la première ligne psychiatrique, celle des soins mineurs et courants, celle des réactions situationnelles et des maladies psychiatriques à leur début, est en effet très mal assumée par les omnipraticiens en bureau privé et

les Centres locaux de services communautaires. Soit qu'on préfère d'autres clientèles, soit que les symptômes psychiatriques déroutent, dérangent ou effraient, soit que les connaissances et habiletés manquent, on a pris l'habitude de référer aux psychiatres du secteur public un nombre beaucoup trop élevé de cas où la composante psychiatrique est simple ou légère. Les psychiatres jouent donc le double rôle d'omnipraticiens et de spécialistes, ce qui est épuisant, coûteux et constitue une utilisation aussi indésirable que frustrante d'un personnel qualifié. De même, une fois le malade stabilisé, les mêmes omnipraticiens et C.L.S.C. refusent souvent, pour les mêmes raisons, d'en assurer le suivi. Pour limiter à son juste niveau l'augmentation requise du nombre de psychiatres, autant que pour en arriver à une organisation rationnelle des soins, il importe donc d'établir une distinction nette entre les soins de premier et deuxième niveau et d'en tirer toutes les conséquences pratiques.

Cela est d'autant plus possible que nos omnipraticiens sont maintenant mieux formés et que le réseau des C.L.S.C. est en voie de parachèvement. Ce sont eux qui devraient, le plus tôt possible, constituer l'unique porte d'entrée pour tous les malades psychiatriques. Ainsi dégagés d'autant, les psychiatres seraient prêts à leur fournir les consultations et le supplément de formation nécessaires. Comme pour les autres spécialités, le cas serait référé au psychiatre s'il s'avère trop ardu, complexe ou grave, c'est-à-dire qu'il déborde la compétence des professionnels de premier niveau. Ce principe vaut également pour les cas urgents, et particulièrement pour les urgences psychosociales, qui comptent actuellement pour environ vingt pour cent des cas référés aux urgences psychiatriques. La responsabilité du suivi, une fois le malade stabilisé, devrait également être partagée judicieusement entre les professionnels des deux niveaux. Encore une fois dégagés d'autant, les psychiatres seraient prêts à fournir aux omnipraticiens, C.L.S.C., pavillons et centres d'accueil, foyers de groupe et centres hospitaliers de longue durée les consultations et le supplément de formation que ceux-ci réclament et ne peuvent actuellement obtenir de psychiatres débordés.

Les problèmes se posent de façon à la fois analogue et différente en pédo-psychiatrie et gérontopsychiatrie. Si les mêmes principes valent, les caté-

gories nosologiques diffèrent, la pénurie des effectifs est plus grande et les interlocuteurs sont différents. Le rôle des pédo-psychiatres en prévention primaire revêt une particulière importance de même que celui des géronto-psychiatres en prévention tertiaire. Les solutions mises en place devraient tenir compte de ces aspects communs et spécifiques.

On a déjà beaucoup parlé des ressources communautaires, pour en souligner le rôle complémentaire au traitement et essentiel à la réadaptation et à la réinsertion sociale. C'est dire qu'elles doivent être disponibles pour les patients de tous les secteurs ou sous-régions, qu'elles doivent être adaptées à la nature des diverses maladies en cause et aux étapes du traitement, qu'elles s'articulent dans un continuum structuré et flexible, qu'elles visent à corriger les lacunes ou combler les besoins qu'aura identifiés l'équipe soignante. Sans la mise en place d'un pareil dispositif, il sera difficile de prévenir une institutionnalisation, qui n'est pas moins réelle et déshumanisante parce qu'elle se produit dans le milieu, et il sera impossible de désinstitutionnaliser ceux des malades encore dans les hôpitaux qui pourraient en sortir. À court terme, il en coûtera plus cher, mais à long terme les bénéfices économiques et surtout sociaux l'emporteront de beaucoup.

Ce à quoi il faut éventuellement arriver pour chaque malade, c'est à l'instauration, avec la participation de celui-ci, d'un plan de services individualisé, où les diverses composantes thérapeutiques et réadaptatives trouvent leur juste place, et dont l'application est assurée par un professionnel qui en a la responsabilité continue, à travers toute la gamme des services disponibles. Bien des ruptures et stagnations seront ainsi évitées. Mieux soutenu et plus confiant, le patient évoluera plus vite et mieux vers les objectifs qu'il s'est fixé.

Pour ceux des malades dont la condition est à ce point grave qu'elle requiert pour de longues périodes un traitement hospitalier, il faudra prévoir, dans chaque secteur ou sous-région, des unités spécialisées de soins prolongés. On y retrouvera des jeunes psychotiques désorganisés, des autistiques adultes, certains cas de démence ou déficience mentale avec troubles sérieux du comportement, etc. (Gudeman et Shore, 1984). Traitement et réadaptation y revêtiront un caractère actif et spécialisé, avec là aussi comme objectif une réinsertion sociale limi-

tée. Il importera aussi de retirer des prisons les malades mentaux qui ne sont pas réellement dangereux, qui n'ont souvent été judiciairisés que parce qu'ils n'ont pu s'insérer dans un dispositif psychiatrique débordé, qui sont traités par un personnel insuffisant en qualité et quantité dans un milieu on ne peut plus antithérapeutique. Ces malades ont les mêmes droits que tous les autres et devront donc bénéficier des mêmes services, dans les lieux appropriés à leur état, aussi bien externes qu'hospitaliers. Les deux ministères et réseaux concernés devront lever au plus tôt les obstacles qui s'opposent à une normalisation de cette situation.

L'apport des institutions d'enseignement et des programmes de formation est capital pour la réalisation d'un pareil plan d'ensemble. Dans une optique de développement multidimensionnel des connaissances et des habiletés, dans un esprit de respect et de promotion des droits de la personne, dans une perspective résolument communautaire, les institutions, professeurs, formateurs devront préparer chacun à exercer au mieux toutes ses responsabilités, depuis le psychiatre jusqu'au travailleur communautaire. La recherche devra aussi être poussée dans toutes les directions. Parce qu'elle n'a toujours reçu qu'une infime portion des fonds octroyés par les organismes subventionnaires, aussi bien fédéraux que québécois, parce que la maladie mentale coûte cher et que la recherche peut contribuer à réduire éventuellement ces coûts, parce que la recherche en santé mentale est bio-psychosociale et s'effectue souvent selon des méthodologies non reconnues ou dévalorisées par les organismes subventionnaires actuels, il serait souhaitable que le Québec se dote, à l'instar d'autres pays (par exemple National Institute of Mental Health), d'un organisme de recherche en santé mentale, avec politique définie, budget approprié et protégé, mission de promotion, de coordination et de prospective.

Nova et vetera. Les défis sont à la fois anciens et nouveaux. Ils sont sociaux aussi bien que scientifiques. Ils interpellent la société tout entière comme les professionnels. Comme il y a vingt-cinq ans, la maladie mentale défie encore notre conscience collective. Comme le disait le titre du dernier document de travail du ministère de la Santé et des Services Sociaux sur le sujet: *À nous de décider*. (M.S.S.S., 1985).

RÉFÉRENCES

- BOUDREAU, F., 1984, *De l'asile à la santé mentale: les soins psychiatriques: histoire et institution*. Édit. Saint-Martin, Montréal.
- BROWN, N., 1986, La désinstitutionnalisation et le mouvement de support dans la communauté aux États-Unis, *Bulletin de l'Association pour la Santé Publique au Québec*, janvier.
- GLOWINSKI, J., 1986, Neurosciences, *Medecine Sciences*, janvier.
- GUDEMAN, J.E., SHORE, M.F., 1984, Beyond deinstitutionalization: a new class of facilities for the mentally ill, *The New England Journal of Medicine*, september, 27.
- LAURIN, C., 1961, Post face in J. Charles Pagé, *Les Fous crient au secours*, Éditions du Jour, Montréal.
- LAURIN, C., 1958a), Essor de la psychiatrie française: le malade mental au XX^e siècle, *L'Union Médicale*, septembre.
- LAURIN, C., 1958b), Essor de la psychiatrie française: psychologie médicale: bilan d'un demi-siècle, *L'Union Médicale*, octobre.
- LAURIN, C., 1958c), Médecine et psychiatrie, *L'union Médicale*, mai.
- LAURIN, C., 1959, Essor de la psychiatrie française: Courants doctrinaux contemporains, *L'Union Médicale*, janvier.
- LAURIN, C., 1960, L'Approche psychosomatique, *L'Union Médicale*, mai.
- LAURIN, C., 1961, L'expérience de l'hospitalisation, *Cahiers du Nursing Canadien*, mai.
- LAURIN, C., 1960, Audience de Freud au Canada français, *Cahiers du Nursing Canadien*, février.
- LAURIN, C., 1956, Théorie des rapports médecin-malade, *L'Union Médicale*, décembre.
- LAURIN, C., 1960, Pour une politique de la santé mentale, *Montréal-Médical*, février.
- LAURIN, C., 1961, Les hôpitaux au tribunal de l'opinion publique, *L'Union Médicale*, novembre.
- LAURIN, C., 1961, Justice pour le malade mental, *L'Union Médicale*, juin.
- LAURIN, C., 1962, Le problème de l'assistance psychiatrique au Québec, *Montréal-Médical*, novembre.
- LAURIN, C., 1962, La formation du psychiatre, *Cité Libre*, avril.
- LAURIN, C., 1962, L'enseignement de la psychologie médicale à l'Université de Montréal, *Canadian Medical Association Journal*, avril.
- LAURIN, C., 1964, L'évolution du concept de maladie mentale, *L'Infirmière Canadienne*, février.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1985, *La santé mentale: à nous de décider*. décembre
- PEPPER, B., RYGLEWICZ, H., 1984, Families and clinicians of young adult chronic patients: how can we bridge the gap, *Tie-Lines*, novembre.
- WASYLENKI, O., GOERING, P., LANCEE, W., FISHER, L., FREEMAN, S.J.J., 1985, Psychiatric aftercare in a metropolitan setting, *Canadian Journal of Psychiatry*, août.

SUMMARY

In this article, the author, an actor and a privileged observer of psychiatry in Quebec over the past twenty-five years, outlines the development of that area. He describes the events before 1962, the after effects of the Bedard Commission and the influence of the Castonguay-Nepveu Commission on psychiatric services.

Then, he analyses the growth of those services from the angle of institutionalisation, desinstitutionalisation, research and community approach. He queries the ideological theories, the bio-

psychosocial approach and speaks of the patients' role in the defense of their rights, and of their families. He ends by proposing ways to improve the actual services.