Document generated on 10/12/2024 1:25 a.m.

Santé mentale au Québec

Du projet social à la pratique : intervenir en santé mentale

Danielle Laberge

Volume 13, Number 2, November 1988

De l'adolescence aux adolescents

URI: https://id.erudit.org/iderudit/031483ar
DOI: https://doi.org/10.7202/031483ar

See table of contents

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)
1708-3923 (digital)

Explore this journal

Cite this document

Laberge, D. (1988). Du projet social à la pratique : intervenir en santé mentale. *Santé mentale au Québec*, *13*(2), 187–188. https://doi.org/10.7202/031483ar

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 1988

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

Santé mentale au Québec, 1988, XIII, 2, 187-188

Tribune des lecteurs et des lectrices

Du projet social à la pratique: intervenir en santé mentale

Le 28 octobre 1988

Monsieur,

Suite à la parution du numéro de juin 88 intitulé La réinsertion sociale, j'aimerais vous livrer les réflexions que m'a suscitées ce numéro.

Travailler dans des domaines caractérisés par la présence de problèmes sociaux et par l'existence de formes d'intervention spécifiques est toujours extrêmement difficile. En effet, les discours à propos du phénomène sont toujours pensés à plusieurs niveaux. Les analyses que l'on en fait, les concepts que l'on utilise renvoient à la fois aux interprétations, aux modèles théoriques aussi bien qu'aux pratiques réelles. Ainsi, il est difficile de distinguer à l'usage entre l'idéal-type et la synthèse provenant de l'examen de cas ou de situations spécifiques. Il est tout aussi difficile de démarquer ce qui tient des efforts de représentation et de compréhension des phénomènes dans leur globalité et ce qui tient du projet social ou de l'injonction à l'action. Si aucune pratique scientifique n'est neutre, certaines, à cause même de leur objet de réflexion, interpellent encore plus que d'autres. Les difficultés auxquelles nous faisons ici référence ont marqué l'histoire de la désinstitutionnalisation au cours des vingt dernières années.

L'usage du terme avait un double caractère: descriptif, renvoyant à des pratiques réelles quoiqu'inscrites à l'intérieur de logiques différentes; et prescriptif, en constituant un projet social spécifique. Ainsi, les analyses sur le fonctionnement de l'appareil médical et sur la vie en hôpital dressaient un portrait sombre, certains diraient même sordides de cette situation. Par ailleurs, on voyait émerger une compréhension accrue du caractère normatif et donc nécessairement variable de certaines formes de déviance pouvant être inscrites sous la rubrique générale de maladie mentale. Ceci impliquait que l'on retire, que l'on abolisse les formes inacceptables de cette intervention. La désinstitutionnalisation représentait une conclusion plutôt que le produit d'une analyse positive, c'est-à-dire qui aurait porté en propre sur le phénomène.

La première ambiguïté vient de l'usage même du terme. En effet, si son usage anglais était à l'origine plus précis, le terme français est polysémique et l'on ne sait trop de quelle institution il s'agit (de l'hôpital, de l'institution psychiatrique, des institutions de contrôle social,...). Dans sa forme la plus explicite, la désinstitutionnalisation correspondait essentiellement à la déshospitalisation. On constate depuis quelques années les lacunes ayant entouré la mise en place des politiques de déshospitalisation[1]. S'interroger sur ces problèmes ne nous semble pas spécieux que ce soit sur le plan de l'intervention aussi bien que sur celui de l'analyse conceptuelle.

Si la désinstitutionnalisation peut être considérée comme un échec dans ses premières mises en forme, ceci provient selon nous de l'absence d'analyse prospective. L'institution, l'hôpital fermé étant dysfonctionnel, anti-thérapeutique,... sa disparition entraînerait du même coup la disparition de ces problèmes. Il s'agit bien sûr d'une caricature, mais elle pointe néanmoins vers l'absence de compréhension de la place véritable qu'occupait l'hôpital psychiatrique traditionnel. Il ne s'agit pas de décider de l'acceptabilité de ce rôle mais d'examiner ses effets réels autant au niveau des représentations sociales à propos de la maladie et de son traitement qu'au niveau de la gestion concrète, quotidienne des individus s'y retrouvant. Penser la désinstitutionnalisation comme un simple retrait ne permettait pas de voir le vide ainsi créé.

L'idée du retrait apparaissait relativement simple comme si l'opposition maladie/santé trouvait son homologie institutionnelle dans l'opposition internement/liberté, hôpital/communauté. Ce que le dernier numéro de *Santé mentale au Québec* montre avec clarté c'est la complexité de la réinsertion, autant de comment elle se pense que de comment elle se pratique et elle se vit. La réinsertion sociale n'est pas monovalente, elle ne peut se penser comme donnée dans son terme même, contrairement à la désinstitutionnalisation qui ne correspondrait en quelque sorte qu'à un geste. L'idée de réinsertion implique

des modalités, des stratégies de l'action qui ne sont pas évidentes mais doivent être construites.

Mais il faudrait ici aussi être prudent. Si l'idée de déshospitalisation a enfin trouvé son pendant nécessaire, celui de réinsertion sociale, cette dernière notion ne peut être appliquée à toutes les situations. De plus en plus de personnes vivant des problèmes de santé mentale n'ont jamais connu la vie en milieu fermé, ne sont jamais « sorties » de la communauté. Dans leur cas, ce n'est pas la réinsertion qui est problématique mais la qualité et l'étendue de l'insertion. On doit nécessairement se demander si les stratégies à mettre en œuvre pour leur apporter le soutien dont elles ont besoin ou qu'elles souhaitent sont nécessairement les mêmes que celles que l'on déploie pour les ex-hospitalisés. Pourtant dans chacun de ces cas, l'intervention doit se faire dans la communauté et, avec autant d'insistance, auprès de la communauté.

Note

1. Nous emploierons le terme de déshospitalisation parce qu'il nous semble cerner beaucoup plus adéquatement l'essentiel de ce qui a été mis en œuvre dans le cadre des efforts de désinstitutionnalisation. Ceci bien entendu ne peut être assimilé à des pratiques de réinsertion dont nous parlons plus loin.

Danielle LABERGE
Département de sociologie
UQAM