

Quelques avantages de la psychiatrie de secteur : plaider pour un dispositif de soins riche et varié

Suzane Renaud, Colette Bouchard and Marie Guertin

Volume 20, Number 1, Spring 1995

Jalons pour une politique en santé mentale

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/032349ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/032349ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Renaud, S., Bouchard, C. & Guertin, M. (1995). Quelques avantages de la psychiatrie de secteur : plaider pour un dispositif de soins riche et varié. *Santé mentale au Québec*, 20(1), 261–267. <https://doi.org/10.7202/032349ar>



Tribune des lecteurs et lectrices

Quelques avantages de la psychiatrie de secteur: plaidoyer pour un dispositif de soins riche et varié

Suzane Renaud, M.D.*
Colette Bouchard, M.S.S.*
Marie Guertin, M.Ps.*

Réponse au docteur François Borgeat, directeur du département de psychiatrie de l'Université de Montréal, suite à la parution de son «essai critique et polémique» sur la sectorisation paru dans la Revue canadienne de psychiatrie en mars 1994¹. Notre texte ne pouvant être publié dans son entier dans la même revue, nous nous sommes adressées à Santé mentale au Québec afin de poursuivre le débat proposé par le docteur Borgeat lui-même.

«Or soigner n'est ni réprimer la folie ni l'exalter de manière apitoyée ou mystificatrice. Soigner, c'est protéger le malade autant contre les dangers extérieurs (.....) que contre la montée d'une violence sanguinaire. C'est calmer une douleur morale en procurant un baume, qu'il soit médicamenteux ou psychologique, et en apportant au souffrant assistance et réconfort»²(J. Hochmann).

La première réflexion qui nous vient à la lecture du texte du docteur Borgeat est celle-ci: s'apprête-t-on encore à jeter le bébé avec l'eau du bain? Ce n'est pas une réforme que vous nous proposez Docteur Borgeat, mais un grand balayage dans lequel la psychiatrie de secteur devient le bouc-émissaire responsable de l'impuissance des soignants devant la chronicité et le débordement des équipes, comme si, la recher-

* Les auteures sont respectivement psychiatre, coordonnatrice des services externes et psychologue clinicienne au Centre de santé mentale communautaire de l'Hôpital Saint-Luc.

che, et le retour dans le giron d'une médecine ultra-spécialisée allaient rendre la pratique de la psychiatrie moins lourde. C'est croire, qu'en changeant le contenant on change le contenu!

Il convient au départ de bien distinguer un certain nombre de concepts. Ainsi le terme de sectorisation fait référence à une mesure administrative d'encadrement des services alors que le concept de psychiatrie communautaire rend compte d'une philosophie de soins. Bien sûr, c'est l'approche communautaire, rendue nécessaire par la désinstitutionnalisation des grands malades psychiatriques au début des années soixante, qui a obligé la mise en place de la sectorisation. Mais il convient de bien distinguer la forme du fond.

À cet égard, beaucoup de professionnels depuis vingt-cinq ans à des tables diverses soulignent ce que la politique de secteur a de coercitif pour les professionnels et les institutions (et pour les patients à l'occasion) mais on rappelle moins souvent, qu'à l'origine, cette mesure a été mise en place pour *assurer* à toute personne souffrant de détresse psychologique, une réponse, un accueil, une prise en charge. Et lorsque l'on constate les manœuvres d'exclusion de plus en plus nombreuses auxquelles sont soumises les clientèles «difficiles», on se dit que la sectorisation, encore aujourd'hui, n'est peut-être pas inutile. Ceci dit ce n'est certainement pas la sectorisation qui empêche le développement et l'émergence de projets originaux en recherche comme en clinique; quel que soit le cadre de travail, la réflexion et la recherche ne seront rendues possibles que si des conditions propices et favorables nous sont données: à ce sujet l'Université et les Régions régionales ont des responsabilités considérables. Si tous les argents (en recherche comme en clinique) sont concentrés dans les mêmes institutions en même temps qu'une grande majorité d'étudiants (de toutes disciplines), il devient bien difficile d'exiger que tous les milieux soient également performants. La lutte devient alors très inégale et les petits centres, même quand ils sont dynamiques, se trouvent défavorisés à bien des égards par une répartition inéquitable des argents et des effectifs. Les étudiants eux-mêmes se trouvent privés d'un enseignement plus riche et varié si on leur fait croire qu'il n'y a que les gros Centres qui puissent leur offrir une formation intéressante. Il est souhaitable que les futurs psychiatres aient à se frotter aux différentes réalités des secteurs ainsi que les philosophies de soin qui sous-tendent les différentes pratiques. Il ne faut pas avoir trop peur de la différence si on veut travailler en santé mentale. Nous pensons que le secteur peut accueillir des projets spéciaux et participer à l'excellence tout en continuant d'assumer sa responsabilité envers une population donnée. Même si on vise l'excellence nous con-

tinuons de croire que les professionnels de la santé mentale doivent être au service de leurs patients et non l'inverse. À cet égard, le modèle des cliniques spécialisées mur à mur nous paraît très dangereux, coûteux et inutile, et nous ne croyons pas que ce sont les patients qui sont les premiers à en profiter. On oublie trop facilement que nous sommes déjà des spécialistes et que l'immense majorité des médecins psychiatres et autres professionnels des équipes sont engagés, à travers des activités scientifiques diverses, dans un projet de formation continue ; ces professionnels possèdent les outils nécessaires pour répondre aux besoins de la majorité des patients. Cela n'exclut pas l'intérêt voire l'utilité de certaines cliniques ultra-spécialisées qui viendraient prendre le relais dans certains cas extrêmes ou pour la recherche (encore faudrait-il que ces cliniques spécialisées aient plus à offrir que ce qu'offrent déjà les bonnes cliniques externes de psychiatrie), mais nous ne voyons vraiment pas pourquoi il faudrait, pour ce faire, changer toute l'organisation du dispositif de soins en psychiatrie qui a au moins le mérite d'offrir une gamme de services de base variés et adaptés le plus souvent aux besoins de la clientèle.

Parlons maintenant un peu de la psychiatrie communautaire comme telle ; nous avons évoqué rapidement plus haut son origine : elle est née du premier mouvement de désinstitutionnalisation, au tournant des années soixante. Il est intéressant de noter que c'est beaucoup grâce à la psychopharmacologie que l'asile a pu laisser s'installer dans la communauté les grands malades psychiatriques. On croyait déjà à l'époque que les neuroleptiques viendraient à bout de la maladie mentale ce qui a entraîné la disparition de la fonction asilaire. Trente ans plus tard, malgré les progrès de la pharmacologie, tous les cliniciens savent que certains patients profiteraient de l'encadrement et du support asilaire. Ces cliniciens sont confrontés quotidiennement à l'irréductibilité de la maladie mentale et à ses manifestations sévères chez bon nombre de patients en dépit de toutes les pharmacothérapies, et malgré les déclarations fracassantes et triomphalistes des tenants de la seule hypothèse biologique. Qui donc ces psychiatres, médecins, chercheurs veulent-ils convaincre ? On n'a qu'à circuler dans les unités de soins et les salles d'attente des départements de psychiatrie pour se rendre compte que nous sommes loin d'avoir trouvé tous les remèdes à la maladie mentale. Un peu de modestie que diable ! Un peu d'honnêteté aussi. En fermant l'accès à l'asile, nous nous sommes privés d'une ressource que dans notre naïveté nous croyions désuète. Nous n'avons pas su intégrer à nos nouvelles approches ce que le passé nous avait laissé.

Tout se passait désormais dans la communauté. Et tout était possible en ces années de prospérité : on allait faire disparaître la maladie

mentale mais aussi la maladie en général, la pauvreté, l'analphabétisme, etc. Prévention primaire, secondaire, tertiaire. Rapidement nous avons dû nous replier sur la prévention tertiaire, l'ampleur de la tâche et la légèreté des équipes nous y obligeant. Mais nous ne sommes pas d'accord qu'il ne soit rien resté de la prévention primaire et secondaire : tout un travail d'information et de dédramatisation de la maladie mentale a pu s'amorcer à ce moment et le travail se poursuit aujourd'hui bien au-delà des équipes de psychiatrie.

Une notion centrale de la psychiatrie communautaire, la notion de « prise en charge », semble beaucoup agacer le docteur Borgeat. La prise en charge signe l'engagement que nous prenons vis-à-vis d'un patient et *inclut au premier chef* la notion de traitement : toutes les équipes de secteur vous le diront. Mais il est évident que la prise en charge inclut plus que le traitement médico-psychiatrique. Elle inclut tout ce à quoi nous devons pallier pour que des personnes atteintes de pathologie lourde puissent vivre dans la communauté : il ne peut y avoir de désinstitutionnalisation sans cela. Lorsque nous disons « nous » dans la phrase précédente, comprenons-nous bien, il ne s'agit pas exclusivement de l'équipe soignante, mais de tous ces partenaires (omnipraticiens, C.L.S.C., travailleurs de rue, ressources d'hébergement, dépannages, etc.) avec lesquels nous devons être articulés pour maintenir pour nos patients une qualité de vie nécessaire à leur équilibre. S'il existe encore une philosophie communautaire, c'est là qu'elle réside, dans la conviction que nous devons traiter nos patients au long cours, et non pas seulement lorsqu'ils sont en phase aiguë. Et plus encore, nous observons une diminution significative des symptômes et des hospitalisations chez une majorité de patients avec lesquels nous pouvons instaurer un projet thérapeutique cohérent qui tienne compte de la maladie d'une part et de la partie saine du sujet d'autre part.

La philosophie communautaire à laquelle fait allusion le docteur Borgeat n'a plus cours depuis longtemps. Ce qui persiste cependant dans certaines équipes de secteur c'est une sensibilité et une connaissance de la communauté à l'intérieur de laquelle vivent les patients. À cet égard d'ailleurs la localisation des équipes *dans* la communauté plutôt qu'à l'hôpital n'est pas l'effet d'un caprice ou d'une mode. C'est le docteur Raymond Prince du Mental Hygiene Institute de McGill qui dans les années soixante dans le cadre d'une vaste recherche sur les suivis psychiatriques³, avait démontré que les patients étaient beaucoup plus fidèles à leur rendez-vous et donc mieux traités lorsqu'ils n'avaient pas à quitter leur quartier pour recevoir des soins. La proximité de l'équipe soignante favorise donc le traitement. Si, de plus, cette équipe

s'articule sur les différents services et les différentes ressources de son secteur elle peut, d'après notre expérience, accroître énormément son efficacité. Loin d'être morte ou agonisante, la psychiatrie de type communautaire connaît un nouvel essor actuellement: plusieurs chercheurs canadiens et américains ont démontré l'efficacité d'une prise en charge dans la communauté, en termes de réduction symptomatique et de diminution des hospitalisations. Il faut consulter à cet effet la présentation du Docteur Donald Wasylenki du Clark Institute de Toronto, lors de la 43^e assemblée de l'Association canadienne des psychiatres à Winnipeg en 1993⁴.

Il n'y a plus personne aujourd'hui qui croit que la prévention primaire et secondaire en santé mentale soient la responsabilité exclusive de la psychiatrie comme d'ailleurs il n'existe aucun clinicien sérieux pour penser que les causes de la maladie mentale soient uniquement d'ordre social et il ne faut pas connaître les équipes actuelles de psychiatrie à Montréal pour prétendre que le diagnostic médico-psychiatrique n'y a pas d'importance et que le social fait foi de tout. Réveillez-vous docteur Borgeat nous ne sommes plus en 1974!

Il existe de nombreux exemples où des patients peuvent être suivis en privé avec la collaboration d'un psychiatre en clinique externe, d'autres où après consultation auprès de l'équipe spécialisée en psychiatrie, le patient sera retourné à son omnipraticien, à son C.L.S.C., à l'équipe de médecine familiale: parlons-en des articulations avec les omnipraticiens! C'est beaucoup plus facile, efficace et gratifiant d'établir avec les omnipraticiens d'un secteur donné des relations de confiance que d'avoir affaire à tous les omnipraticiens de l'Île de Montréal et des environs. Il ne faut pas rêver en couleur peu de médecins spécialistes, psychiatres ou non, accordent beaucoup de leur temps à établir des contacts avec leurs confrères omnipraticiens.

Il y a encore quelques points sur lesquels nous aimerions revenir tels la pré-évaluation et les équipes multidisciplinaires. En ce qui nous concerne, le travail de pré-évaluation est d'abord un travail de prise de contact qui nous permet effectivement dans certains cas d'orienter vers des ressources plus appropriées des personnes qui s'étaient adressées à nous. Mais il se veut surtout une réponse rapide et souple permettant très souvent de déceler une urgence et d'offrir un support en attendant l'évaluation proprement dite. Si vous demandez aux dizaines d'étudiants en médecine qui ont eu l'occasion, bien encadrés par leur patron, d'être exposés à une grande variété de cas ce qu'ils en pensent, la majorité vous diront combien cette expérience est formatrice; dans la mesure encore une fois où ce travail est hautement supervisé. Et dans l'après-

coup pour beaucoup de patients que nous recevons en évaluation, la pré-évaluation aura été vécue comme une expérience reconfortante et utile.

Nous nous inquiétons davantage des critères étroits qui pourraient présider à l'acceptation ou à l'exclusion des patients de telle clinique spécialisée ou de telle cohorte de recherche; à cet égard, vous avez déjà entendu parler des patients qu'on laisse tomber discrètement lorsqu'ils ont donné ce qu'ils avaient à donner à une recherche? Ces patients-là, une chance pour eux que le secteur existe encore! Vous ne semblez pas avoir beaucoup d'estime pour les équipes de secteur, docteur Borgeat. Vous les percevez hermétiques, repliées sur elles-mêmes, en un mot sclérosées.

Là encore nous ne reconnaissons pas notre réalité dans ce que vous décrivez. Croyez-vous que des équipes plus restreintes articulées autour d'une seule problématique ne risqueraient pas davantage de sclérose? Pour notre part lorsque nous faisons le compte des activités scientifiques et cliniques que nous avons générées ou auxquelles nous avons participé (forcément avec plusieurs autres équipes du même type) nous nous étonnons de votre perception. Il est sûrement des équipes et des milieux plus dynamiques que d'autres mais là n'est pas vraiment la question: quelle que soit la composition d'une équipe et son contexte de travail, si ses objectifs ne tiennent pas compte de la réalité nous ne donnons pas cher de sa longévité et de son dynamisme professionnel. Il y a un grand danger qui guette la psychiatrie par les temps qui courent c'est de croire que tout peut être résolu par le biais du biologique. Cette position réductrice risque même d'isoler la psychiatrie des autres disciplines médicales qui se préoccupent de plus en plus d'intégrer les nombreux aspects de l'être humain dans leur démarche d'évaluation et de traitement.

Avec ce texte nous entendons poursuivre le débat. Beaucoup de choses restent à dire et nous souhaitons avoir l'occasion et la place pour exprimer notre point de vue. Y a-t-il vraiment incompatibilité totale entre la psychiatrie de secteur et l'existence de certaines cliniques spécialisées? Si oui, la preuve reste à faire. Si non, pourquoi changer de fond en comble une organisation des services qui a fait ses preuves de l'avis de plusieurs, et du docteur Borgeat lui-même qui écrivait, il y a quelques années: *«Ce mode d'organisation (la sectorisation) qui origine du mouvement de la psychiatrie communautaire a permis une accessibilité optimale aux services cliniques et reflète ainsi les préoccupations sociales de notre profession. La psychiatrie sectorisée apparaît ainsi comme un acquis positif et, compte tenu de ses avantages, continuera vraisemblablement longtemps dans la région montréalaise»*⁵.

Notes

1. Borgeat, François, Quelques inconvénients de la psychiatrie de secteur: un plaidoyer contre la sectorisation, *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 39, mars 1994, p. 85-90.
2. Hochman, Jacques, *La consolation*, Éditions Odile Jacob, septembre 1994, p. 14.
3. Prince, R.H., 1966, An ecological Study of Social Pathology in Central Montreal, *Urban Social redevelopment Project*, Montréal.
4. Wasylenki, Donald, 1993, «Les soins aux patients souffrant de schizophrénie: pour améliorer la délivrance du traitement», *La 43^e Assemblée générale de l'Association canadienne des psychiatres*, Winnipeg.
5. Borgeat, François, 1989, La place des cliniques spécialisées dans notre département, *Info-Psy*, janvier 89.