Document generated on 07/14/2025 3:03 p.m.

Santé mentale au Québec

Présentation

Yves Lecomte

Volume 30, Number 1, Spring 2005

Les psychoses réfractaires : modèles de traitement québécois et canadiens

URI: https://id.erudit.org/iderudit/011158ar
DOI: https://doi.org/10.7202/011158ar

See table of contents

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

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

Explore this journal

Cite this document

Lecomte, Y. (2005). Présentation. *Santé mentale au Québec*, *30*(1), 7–10. https://doi.org/10.7202/011158ar

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 2005

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/

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/

Présentation

Yves Lecomte*

« Psychoses réfractaires : modèles de traitement québécois et canadiens » est la suite du dossier nommé « Les psychoses réfractaires : modèles de traitement américains et européens » qui a été publié à l'automne 2004. Durant les étapes de recherche documentaire et de consultations préalables à la constitution de ce numéro, un constat s'est progressivement imposé à nous : il serait très difficile de traiter ce thème en un seul dossier. La documentation était en effet si importante, et l'intérêt des cliniciens consultés si grand que nous risquions à la fois de ne pas rendre compte des récentes innovations dans ce domaine, et de décevoir ces derniers si nous nous en tenions à un seul numéro. Pour ces raisons, nous avons décidé de traiter ce thème des psychoses réfractaires en deux volets. Après avoir abordé les modèles issus des pays européens de langue française et des États-Unis, nous étudions maintenant les projets élaborés au Québec et au Canada. Ce choix permettra aux lecteurs et lectrices de se rendre compte de la richesse et de la diversité de ces nombreux projets, tout en se sensibilisant aux caractéristiques socio-culturelles sous-jacentes à ces modèles.

Le présent dossier présente trois modèles de traitement des personnes affectées de psychoses réfractaires. Le premier est le modèle de traitement intégré (comprehensive) « Programme des troubles mentaux graves » développé par le centre hospitalier psychiatrique Douglas de Montréal. Le deuxième modèle, Seven Oaks est un centre de 38 lits localisé en Colombie-Britannique, alors que le troisième modèle est celui d'un centre d'hébergement et de soins sans soutien d'un hôpital psychiatrique (région de l'Estrie au Québec). En complément à ces trois modèles, nous présentons des approches spécifiques de traitement qui sont ou qui peuvent être utilisées dans le cadre de ces modèles. La première est le célèbre « Integrated Psychological Treatment » (IPT) que les auteurs ont adapté au contexte québécois, et la deuxième sont des interventions de groupe développées spécifiquement au Québec. Que recèlent ces six articles ?

Le premier modèle décrit par Amparo Garcia et Yves Careau a été développé à l'hôpital Douglas de Montréal. Les auteurs ont axé leur

* Ph.D., psychologue, professeur à la Télé-université.

article sur la description du processus « de changement administratif et clinique » ayant mené à la création de leur programme de réhabilitation intensive dans deux unités d'hospitalisation. Ce processus est en effet une démarche qui vise « l'intégration des milieux, des paradigmes, des catégories de soins et services et des différents contextes de développement et d'implantation des « meilleures pratiques ». Après avoir décrit les nouveaux paradigmes et les meilleures pratiques que sont les modèles médical, de réhabilitation, du rétablissement et le modèle intégré de la psychopathologie, ils décrivent les principaux paramètres de la réorganisation de leurs unités, et les méthodes par lesquelles la réorganisation s'est effectuée. Ils expliquent ensuite comment le nouveau programme s'est implanté avec exemples à l'appui. Quatre axes ont guidé cette réorganisation : l'analyse des besoins des unités ; la formation interactive du personnel ; l'adoption d'une approche interdisciplinaire et la modification de l'environnement de soins. Ils terminent leur article par une analyse des défis auxquels ce nouveau programme est confronté. Les auteurs ont aussi écrit un article complémentaire retrouvé dans la section Communication brève. Cet article décrit les principaux éléments du programme dont le plan d'intervention individualisé, les programmes de gestion du comportement, le système de privilèges…. La lecture du précédent numéro permettra aux lecteurs et aux lectrices de découvrir les spécificités québécoises d'utilisation de ces modalités d'intervention.

Le deuxième modèle est celui du centre « Seven Oaks » (http://www.viha.ca/jobs/popups/7oaks_information. htm) qui a été qualifié de meilleure pratique par le rapport « Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale » (http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/sante-mentale/pubs/bp_review/f_reves1.html). Ce projet, proposé par un comité de personnes intéressées par la question de la psychiatrie, est issu de la transformation d'un hôpital psychiatrique de 800 lits entreprise à la fin des années quatre-vingt en Colombie-Britannique. Destiné à dispenser « des soins et des traitements aux patients les plus difficiles », il a été conçu comme un projet pilote et en est rendu à sa phase 2. Les auteurs, Thomas Newton et Peter Schieldrop, décrivent en détails ce programme de traitement et de réadaptation, qui fonctionne « par entente mutuelle entre les patients et le personnel ». Il préconise le plus possible la responsabilité des personnes dans leur démarche. Objet d'une évaluation en deux temps, les dernières données indiquent des résultats positifs comme « la satisfaction globale des patients » envers les occasions qui leur sont offertes de développer leurs habiletés quotidiennes. Toutefois, on note « peu de changements dans les symptômes, les comportements et les déficits cognitifs ».

Le troisième modèle est un modèle communautaire qui s'est progressivement mis en place dans la région de l'Estrie, au sud de Montréal, afin de combler le manque de soins aux patients difficiles causé par l'absence d'un hôpital psychiatrique. C'est un modèle issu de la pratique et non d'une démarche systématique comme celle à l'origine des deux modèles précédents. Jean-François Trudel et Alain Lesage ont analysé ce modèle et présentent dans leur article les résultats de leur recherche. En partant de la question : « Est-il possible de repérer "les malades aux tableaux cliniques très graves et durables" et d'identifier "les ressources en place pour répondre à leurs besoins" ? », les chercheurs en sont venus à identifier un certain nombre de patients résidant dans des ressources communautaires : un centre d'hébergement et de soins de longue durée privé conventionné de 60 places avec une vocation psychiatrique, et une autre ressource d'hébergement privée de 19 places consacrée essentiellement à la satisfaction des besoins de base. Malgré que ces ressources n'offrent pas de services de réadaptation, les auteurs concluent à un bilan plutôt positif de cette approche. Ils concluent qu'elle « suppose de la part de ces milieux, une grande habileté relationnelle, beaucoup de vigilance et de tolérance ». Les auteurs ajoutent que « Les soins médicaux et psychiatriques sont de niveau assez différent dans ces deux ressources » et que « la dimension de réadaptation est peu présente ». Enfin, ils ajoutent dans leurs constats que les patients à violence récurrente et démêlés judiciaires ne trouve pas de réponse dans ce type de ressources.

Les deux autres articles du dossier abordent des modalités de traitement. Ainsi, Catherine Briand et ses six collaborateurs présentent leur étude sur « l'implantation multi-site du programme *Integrated Psychological Treatment* (IPT) pour les personnes souffrant de schizophrénie ». Ce programme a été implanté dans neuf milieux. Leur étude conclut que « les intervenants et les participants ont apprécié le programme IPT non seulement pour sa structure hiérarchique qui tient compte des besoins en réadaptation souffrant de schizophrénie, mais aussi pour son cadre d'application privilégié qui permet le suivi régulier d'un même groupe de patients ». Un intérêt particulier de cette étude est que chacun des six modules du IPT est analysé en détails en fonction de ses spécificités. On peut ainsi y déceler plus facilement les défis et les difficultés que chaque module pose.

Enfin, Tania Lecomte et Claude Leclerc présentent les trois modèles d'intervention de groupe qu'ils ont développés pour les personnes souffrant de psychose réfractaire : « 1) une intervention visant l'amélioration de l'estime de soi ; 2) une intervention ciblant la gestion

du stress ; 3) une intervention portant sur la diminution de la détresse liée aux symptômes psychotiques par le biais d'une approche cognitive comportementale ». Ils décrivent leurs modèles et les outils servant à leur réalisation. Ils précisent que ces modèles reposent sur « le principe de l'auto-détermination et visent à accroître les habiletés des personnes à s'aider elles-mêmes ».

Nous vous souhaitons une bonne lecture. Nous vous invitons aussi à lire ou à relire le dossier précédent paru à l'automne 2004, afin de saisir la richesse des divers modèles de traitement des personnes souffrant de psychose réfractaire actuellement en expérimentation.