

Le pendule

Alain Lesage

Volume 10, Number 1, June 1985

Parents et enfants

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/030284ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/030284ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Lesage, A. (1985). Le pendule. *Santé mentale au Québec*, 10(1), 145–147.
<https://doi.org/10.7202/030284ar>

Tribune des lecteurs et lectrices

LE PENDULE

Le mouvement de la psychiatrie communautaire s'est essoufflé au Québec (Lesage et Lamontagne, 1983), et cela ne peut être uniquement attribué aux récentes coupures de personnel dans les services psychiatriques et sociaux. Certes, ces coupures ont accentué les disparités existantes, ont augmenté les charges de travail et ont démoralisé un peu plus le personnel qui ne trouve plus, comme autrefois, des portes de sortie (telle la possibilité de pouvoir changer de poste, par exemple). De fait, nous assistons à un retour de la psychiatrie au bercail médical, et tout cela laisserait présager un retour du pendule vers une approche moins libérale, moins généreuse à l'égard du patient souffrant de maladie mentale et des handicaps qui y sont associés.

UN PASSÉ LOINTAIN

Dans les sociétés occidentales, plusieurs mouvements ont marqué, durant les deux derniers siècles, les attitudes à l'égard des personnes souffrant de maladies mentales sévères. De l'approche morale de Pinel en France, des réformes de Dorothée Dix en Angleterre et de l'asile comme lieu de repos et de réhabilitation (Bennett, 1983), on est passé à une période d'encombrement sordide au début du siècle, puis à l'avènement de la réhabilitation sociale après la deuxième guerre mondiale et, ensuite, à l'émergence des neuroleptiques et de la psychiatrie communautaire. À chaque fois, ces mouvements se sont accompagnés d'oscillations entre l'espoir et le rejet. Malheureusement, on constate que ces deux tendances existent encore, malgré qu'il y ait eu croissance de nos connaissances sur les maladies mentales sévères qui ont permis de mieux éclairer les pratiques et les politiques organisationnelles. Aussi la population est-elle devenue plus informée

et le pronostic social en terme de taux d'hospitalisation, et de taux de retour à la vie normalisée des patients (souffrant de schizophrénie par exemple) (Bleuler, 1968), s'est-il amélioré.

Malgré cela, ces tendances sont encore influencées par la réaction à la dépendance de ceux qui, dans l'état actuel de nos connaissances, nécessitent une supervision sociale, généralement parce que leur maladie et leurs handicaps sociaux sont sévères et/ou n'ont répondu que partiellement aux thérapeutiques (Wing, 1978). Le caractère chronique de cette dépendance remet en fait en question le rôle traditionnel de malade (celui qui doit guérir) et de thérapeute (celui qui doit traiter). Cela peut mener à deux attitudes : le renfermement c'est-à-dire le renforcement de l'institutionnalisation, ou la conviction que des mesures psycho-éducatives capables de pallier aux handicaps associés à la maladie peuvent amener la guérison. Cette fuite dans une croisade thérapeutique ne peut toutefois qu'entraîner des rechutes chez le patient.

UN PASSÉ RÉCENT EN AMÉRIQUE DU NORD

La psychiatrie québécoise ne s'est pas totalement embarquée dans le mouvement américain des années soixante, celui de la santé mentale communautaire. Cette appellation même de santé mentale communautaire a entretenu l'illusion qu'à force de prévention primaire, d'interventions de crise, de fermetures de grands hôpitaux psychiatriques, on arriverait à contenir et à renverser les grandes maladies mentales. Cette illusion ne pouvait que se heurter durement à la réalité.

Les principaux instruments de ce mouvement, les centres de santé mentale communautaires, se sont

en effet généralement développés à l'extérieur des grands hôpitaux d'État, comme pour mieux s'en séparer. Mais en voulant s'attaquer à toute une population, il était toutefois inévitable que les patients les plus difficiles, les moins motivés et les moins gratifiants, finiraient par ne pas recevoir toute l'attention nécessaire. Il devenait donc difficile d'éviter leur institutionnalisation dans les grands hôpitaux ou dans les nouveaux asiles de la communauté (hôtels, maisons de chambre, foyers protégés, la rue) (Lamb, 1979). Comme trop souvent, la fermeture des hôpitaux s'est effectuée sans concertation avec les services communautaires concernés. Cela s'est traduit par un accroissement des réadmissions, par un déplacement de l'institutionnalisation vers les nouveaux asiles de la communauté et enfin par une surcharge des familles qui ont accepté de garder à la maison les personnes autrefois hospitalisées. Dans ce dernier cas, nous sommes encore à court d'instrument pour mesurer tout l'impact que peut avoir la présence d'un membre handicapé dans une famille, et les frustrations vécues face aux services de santé qui s'évaporent souvent une fois que le patient a reçu son congé (Creer et Wing, 1974).

À trop embrasser, le mouvement communautaire américain s'est désillusionné et a subi ainsi plus durement les coupures budgétaires. En conséquence, non seulement, les patients les plus démunis se retrouvent sans défenseurs motivés de leur cause, mais ils sont maintenant privés de la protection des murs des grands asiles d'autrefois.

L'APPROCHE QUÉBÉCOISE

Au Québec, la psychiatrie de secteur, telle qu'inspirée par les expériences françaises, a ajouté une autre tendance à la psychiatrie communautaire. Au moins sur le plan administratif et parfois dans la pratique clinique, le Québec est sectorisé. Une rencontre s'est opérée avec le mouvement psychanalytique et un intérêt commun s'est formé autour du patient psychotique, de son étude et de son écoute. Ainsi, une meilleure cohésion s'est établie entre l'hôpital et la clinique de psychiatrie communautaire; les deux s'orientant plus vers une même population, celle qui nécessite le plus de soins. Toutefois, la même méfiance a persisté à l'égard de l'institution, et a entretenu l'espoir, qu'à force de

remplacer les murs par du personnel qualifié, l'hôpital ne serait plus nécessaire. L'utopie de la psychothérapie restaurant la santé mentale du psychotique se dessinait en filigrane dans les propos des pionniers de la psychiatrie de secteur. De fait, certaines populations de patients, moins handicapés et plus aptes à bénéficier de cette approche se sont vues offrir ces services. Les pratiques hospitalières ont enfin été modifiées et un personnel plus nombreux, mieux formé et plus motivé a offert un milieu plus stimulant.

Cependant, il est resté une population de patients chroniques, c'est-à-dire de patients qui malgré tous nos efforts, ne peuvent vivre en dehors d'un milieu protégé. Il existe en effet plusieurs sous-groupes de patients chroniques : ceux qui l'étaient déjà avant l'avènement de la psychiatrie communautaire (l'héritage du passé); ceux qui souffrent de syndrome organique cérébral (la démence, les retards mentaux sévères ou encore les séquelles d'un traumatisme cérébral); et ceux qui malgré le travail concerté des équipes communautaires, ne peuvent vivre de façon autonome dans la société, à cause de la sévérité de leur maladie et des handicaps associés. L'accumulation de ces derniers au fil des dix à vingt dernières années suivant la mise en place de la sectorisation, a donc amené un essoufflement des professionnels. En tentant de maintenir hors des hôpitaux des patients ayant besoin d'un milieu protégé ou en devant fermer les yeux sur des ressources intermédiaires inadéquates pour certains de ces patients, ils se sont retrouvés trop souvent écartelés entre leurs idéaux et la réalité.

Dans les centres d'enseignement où elle a été favorisée, la psychothérapie intensive d'orientation analytique a montré ses limites, tant par le nombre de cas pouvant être entrepris, que par son impact limité sur les maladies schizophréniques et maniaco-dépressives, (les plus susceptibles de devenir chroniques) ou sur les handicaps sociaux. Si l'approche psycho-dynamique a pu apporter une contribution théorique et technique intéressante à la psychanalyse, en plus de susciter une réflexion chez les intervenants, l'effort investi a souvent éclipsé des interventions effectuées à d'autres niveaux. En effet, même si aucune thérapeutique ne s'est avérée efficace à guérir les maladies schizophréniques, il est toutefois possible de les contenir dans leur manifestations aiguës, de minimiser les rechutes, ou de

pallier aux handicaps sociaux associés par des mesures de réhabilitation psycho-éducative. Au Québec, l'enthousiasme communautaire et l'accent mis sur la relation patient-thérapeute a souvent détourné l'attention des mesures psychosociales de réhabilitation, et surtout des efforts concentrés et continus auprès des patients chroniques afin d'utiliser des moyens plus économiques, malheureusement pas des plus fascinants.

CONCLUSION

Dans les prochaines années, des réformes tenteront de réorganiser les services psychiatriques. À la lumière des oscillations historiques mentionnées précédemment et des connaissances maintenant disponibles sur les processus en cause dans l'évolution chronique des maladies mentales sévères, il semble que les réformes envisagées devraient tenir compte des différentes fonctions suivantes : une fonction de traitement, en offrant les thérapeutiques disponibles selon un principe de 'dose thérapeutique'; une fonction de gérance, en s'assurant que les besoins psychosociaux des patients soient identifiés; une fonction de participation sociale par le travail, permettant à l'individu de s'intégrer selon ses capacités à des activités utiles à la société, et une fonction d'asile, en offrant un lieu décent et supervisé, adapté aux besoins du patient.

En énonçant ces fonctions, on se garde d'indiquer des organisations ou des services qui, a priori, les

rempliraient mieux que d'autres. Ces fonctions peuvent s'appliquer autant au niveau des planificateurs nationaux que pour un secteur psychiatrique ou un hôpital. Elles se veulent les points de référence d'une grille d'analyse permettant d'évaluer si une organisation (ou une réorganisation) des services psychiatriques n'oscille pas avec trop d'amplitude, laissant pour compte les patients le plus chroniques.

RÉFÉRENCES

- BENNET, D., 1983, The historical development of rehabilitation services, in Watts, F.N., and Bennett, D.H. eds, *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation*, London, John Wiley & Sons, 15-42.
- BLEULER, M., 1968, A 23 year longitudinal study of 208 schizophrenics and impressions in regard to the nature of schizophrenia, in Rosenthal, V. and Dety, S.S., eds, *The transmission of Schizophrenia*, Oxford, Pergamon Press Ltd, 3-12.
- CREER, C., WING, J., 1974, *Schizophrenia at Home*, National Schizophrenia Fellowship, 29 Victoria Road, Surbiton, Surrey KT6 4JT, England, ed.
- LAMB, R.H., 1979, The new asylums in the community, *Archives of General Psychiatry*, 36, 129-134.
- LESAGE, A., LAMONTAGNE, Y., 1983, Vers une redéfinition de la psychiatrie communautaire au Québec, *Revue canadienne de psychiatrie*, 29, 485-489.
- WING, J., 1978, Who becomes chronic, *Psychiatric Quarterly*, 50, 178-190.

Alain Lesage
psychiatre