Document généré le 12 oct. 2024 03:23

Santé mentale au Québec

Bilan d'une «clinique satellite» : L'expérience de cinq ans d'une équipe pédo-psychiatrique en milieu défavorisé
Assesment of a satellite clinic : a five-year experience of a pedopsychiatric team in a disadvantaged area

Danielle Laporte

Volume 12, numéro 1, juin 1987

Aspects de la désinstitutionnalisation

URI : https://id.erudit.org/iderudit/030369ar
DOI : https://doi.org/10.7202/030369ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)
1708-3923 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Laporte, D. (1987). Bilan d'une «clinique satellite» : L'expérience de cinq ans d'une équipe pédo-psychiatrique en milieu défavorisé. *Santé mentale au Québec*, *12*(1), 29–40. https://doi.org/10.7202/030369ar

Résumé de l'article

Travaillant depuis plus de 10 ans dans une équipe de pédo-psychiatrie qui se veut communautaire, je tente ici de décrire le cheminement de cette équipe vers une insertion concrète dans le quartier desservi. Je désire faire le bilan des cinq années d'existence d'une «clinique satellite» située en milieu défavorisé, en décrivant la population du quartier, celle qui consulte en particulier, nos référants et leurs motifs de référence, ainsi que notre façon de répondre aux différentes demandes des individus et des groupes. Je m'attarde aussi à décrire la collaboration avec les organismes du milieu et ce qu'elle implique d'espérances, de doutes et de conflits. Le fait d'avoir pignon sur rue dans le quartier desservi a en globalement un impact positif sur notre travail clinique, sur nos visées de prévention et de dépistage, mais ne nous a pas permis d'établir nécessairement de meilleurs échanges avec les organismes «aidants» du quartier.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 1987

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Santé mentale au Québec, 1987, *XII*, 1, 29-40.

Bilan d'une «clinique satellite» : L'expérience de cinq ans d'une équipe pédo-psychiatrique en milieu défavorisé

*Danielle Laporte**

Travaillant depuis plus de 10 ans dans une équipe de pédo-psychiatrie qui se veut communautaire, je tente ici de décrire le cheminement de cette équipe vers une insertion concrète dans le quartier desservi. Je désire faire le bilan des cinq années d'existence d'une «clinique satellite» située en milieu défavorisé, en décrivant la population du quartier, celle qui consulte en particulier, nos référants et leurs motifs de référence, ainsi que notre façon de répondre aux différentes demandes des individus et des groupes. Je m'attarde aussi à décrire la collaboration avec les organismes du milieu et ce qu'elle implique d'espérances, de doutes et de conflits. Le fait d'avoir pignon sur rue dans le quartier desservi a eu globalement un impact positif sur notre travail clinique, sur nos visées de prévention et de dépistage, mais ne nous a pas permis d'établir nécessairement de meilleurs échanges avec les organismes «aidants» du quartier.

Ce texte veut refléter la réalité non romancée d'un travail clinique de psychiatrie communautaire en milieu défavorisé. Il veut aussi décrire un cheminement émotif autant qu'intellectuel à travers dix-sept années de pratique psychiatrique par une équipe qui, dans son ensemble, a connu une stabilité exceptionnelle. Il n'est question ici ni d'une étude de cas clinique ni d'une recherche exhaustive mais bien d'une réflexion personnelle basée sur un bilan détaillé d'une expérience communautaire.

Depuis que nous avons pignon sur rue au coeur même du quartier, soit depuis près de six ans, je fais un bilan annuel de notre travail clinique, de nos activités vis-à-vis certains aspects plus particuliers de notre travail et de notre vécu global.

Les questions que je me suis posées sont les suivantes : notre arrivée dans le quartier a-t-elle eu un impact positif sur la population desservie? A-t-elle permis un meilleur travail de dépistage? A-t-elle eu un effet bénéfique sur nos types d'interventions et sur notre collaboration avec les divers organismes du quartier?

Afin de faire une véritable synthèse de cette expérience, j'ai choisi de tracer un portrait rapide du quartier desservi, ainsi que de l'équipe pédo-psychiatrique dont je fais partie. Ensuite, je relaterai notre travail avant et après notre installation sur la rue Notre-Dame, en parlant plus spécialement de notre clientèle, de nos sources de référence, des motifs de consultation, ainsi que des évaluations que nous faisons et des traitements qui en découlent. Enfin, je vous ferai part de mes réflexions sur la collaboration avec les organismes du milieu et sur la série de malaises, de réussites et d'espérances qu'elle fait surgir.

POURQUOI S'INSTALLER DANS LE QUARTIER ?

Bref aperçu du quartier (Saint-Henri)

Saint-Henri était à l'origine un petit bourg de onze maisons. En 1825, le village prend de l'expansion pour devenir d'abord une petite ville prospère et finalement s'annexer à la Ville de Montréal en 1905. Saint-Henri devient vite un des plus grands centres industriels au pays. Mais à partir de 1950 commence l'exode de plusieurs compagnies, exode qui continue encore aujourd'hui. Cela crée de plus en plus de chômeurs et d'assistés sociaux. Présentement, le taux de chômage du quartier est de 14,3 % et le revenu annuel moyen est de $17 326.

La population est passée de 30 000 habitants en 1961 à 15 215 en 1981. Malgré cette baisse de po-

* L'auteure est psychologue à l'hôpital Ste-Justine.

pulation, la S.T.C.U.M. a inauguré deux stations de métro à Saint-Henri. Des «town-houses» pour familles à revenu élevé s'érigent en remplacement des taudis détruits, ce qui change peu à peu le visage et l'âme du quartier.

Dans son ensemble, la population est encore peu scolarisée. Le taux de natalité a chuté ici comme ailleurs et la population adolescente est de plus en plus importante, proportionnellement à l'ensemble de la population infantile. La population demeure encore peu mobile ; 92 % des gens habitant dans le quartier en 1971 y vivent encore en 1981. Toutefois, elle est très mobile à l'intérieur même du quartier.

À maints égards, Saint-Henri demeure encore un gros village où les gens vivent très près de leur famille élargie et s'y complaisent.

Historique de l'implantation de l'équipe de pédopsychiatrie dans le quartier Saint-Henri

C'est en 1968, année de la sectorisation de la Clinique externe de psychiatrie de l'hôpital Sainte-Justine, qu'une des deux équipes du Secteur 2 se voit attribuer les quartiers défavorisés situés dans le sud-ouest de Montréal, dont celui de Saint-Henri.

Cette équipe naissante favorise l'approche communautaire. Dès lors, certains modes de collaboration s'établissent avec la communauté à desservir : consultation psychiatrique mensuelle à l'agence sociale de Saint-Henri ; (comme on l'appelait alors) discussions bi-mensuelles de cas avec les bureaux de psychologie et de service social de la région, et une première rencontre avec les infirmières-hygiénistes du quartier. L'équipe envisage déjà la possibilité d'avoir des locaux dans le quartier.

Deux idéologies sont alors véhiculées : la première préconise une insertion active dans la communauté (participation au niveau des comités de citoyens, par exemple). Cette option favorise la consultation indirecte et met l'accent sur la prévention. L'autre orientation penche davantage pour le travail clinique habituel tout en cherchant à modifier sensiblement les modes de traitement pour les adapter à la population de ces quartiers. Comment? Par des traitements à domicile, du travail conjoint avec les autres organismes desservant le quartier, etc. La deuxième option l'emporte, mais la prévention demeurera un sujet de préoccupation constant.

À l'été de 1970, une équipe embryonnaire obtient des locaux rue du Couvent, à Saint-Henri, à raison d'une journée et demie par semaine ; ces locaux nous sont prêtés par le Service de Santé de la Ville de Montréal, où travaillent déjà quelques infirmières-hygiénistes du quartier. La très grande majorité des patients sont reçus dans ces locaux, puisque les gens du quartier ne «montent» pas à Sainte-Justine. Ils préfèrent, en urgence, aller au Montreal Children's, plus près de leur quartier.

L'année suivante, l'équipe est complétée, à l'exception de l'infirmière psychiatrique qui s'ajoutera en 1976 : sept professionnels (un psychiatre, deux résidents en psychiatrie, une psychologue, une psycho-motricienne, un ortho-pédagogue, un travailleur social) viennent à Saint-Henri. Le problème des locaux est déjà crucial. Ils ne conviennent pas pour notre travail, ne sont pas assez disponibles ni assez nombreux. Un article des docteurs Briones, Breton et collaborateurs, écrit en 1971, dénonce la situation.

Ce problème ne sera pas résolu avant 1980, soit neuf ans plus tard. Entre temps, nous avons dû utiliser les locaux jusqu'à deux jours par semaine. De plus, nous faisions beaucoup de visites à domicile et dans les écoles durant ces deux jours et même en dehors de cette période. Nous étions toujours en déplacement.

Nous n'ignorions pas le sentiment d'appartenance des gens du quartier, leurs difficultés à monter chez les gens riches de la montagne (où est situé notre hôpital), leurs problèmes monétaires qui les empêchaient souvent de payer quelques billets d'autobus par semaine pour venir nous voir ; conscients aussi de leurs motivations chancelantes et parfois presque inexistantes et désireux d'innover par des formes d'aide indirectes, plus adéquates, nous cherchions toujours à intensifier notre présence dans le quartier.

À la fin de 1972, invités par les travailleurs sociaux du quartier et les infirmières-hygiénistes, l'équipe participe à un congrès à Saint-Henri comme professionnels du milieu. Nous montons un kiosque et participons à des ateliers qui ont pour but de préparer la programmation du C.L.S.C. à venir. En janvier 1973, Le Dr Jean-Jacques Breton, psychiatre responsable-clinique de l'équipe depuis 2 ans, est élu et fait partie du conseil d'administration provisoire du C.L.S.C. pour six mois. Il laissera ensuite sa place à un omnipraticien du quartier.

Cette période coïncide avec le début de notre implication à la Polyvalente de Saint-Henri. Nous assurons une présence de deux heures par mois pour discussions; nous servons aussi de consultants à une garderie du quartier. En outre, un groupe de thérapie mères-jeunes enfants est mis sur pied. Viendront ensuite d'autres projets dans différentes écoles, un groupe d'adolescents à la polyvalente, des activités avec le C.L.S.C. concernant la périnatalité.

À compter de 1974, l'équipe ne dessert que le quartier Saint-Henri; ceux de Pointe Saint-Charles et Petite Bourgogne, avec lesquels nous avons également commencé un travail communautaire, sont confiés à d'autres équipes.

Le problème des locaux se fait plus aigu, les infirmières les occupant davantage. Le C.L.S.C. souhaiterait que nous partagions leurs nouveaux locaux mais nous craignons de perdre l'autonomie nécessaire à notre travail et d'être assimilés par la population à leurs services axés surtout sur le court terme. Un projet est élaboré pour que nous allions nous installer dans les futurs locaux du foyer Saint-Henri avec la psychiatrie adulte. Ces locaux tardent à venir en plus d'être situés à la périphérie du quartier. Finalement, l'équipe de psychiatrie adulte ne poursuit pas ses démarches pour s'installer dans le quartier, ce qui nous fait renoncer à ce projet.

En octobre 1979, nous présentons un projet à la direction du département de psychiatrie en vue de l'établissement d'une clinique satellite de pédopsychiatrie à Saint-Henri. Parallèlement à ces démarches, nous vivons une période d'ambivalence. Voulons-nous vraiment quitter la «maison-mère» (l'hôpital)? Nous cherchons des locaux et visitons des logements modestes où tout serait à refaire. Nous n'osons demander du beau, du neuf, du grand. Culpabilité? Faible estime de soi? Identification à nos patients pauvres?

Finalement, nous acceptons les plans de nos locaux actuels, sis dans une ancienne banque. C'est en février 1981. Nous sommes heureux, très stimulés par cette reconnaissance officielle de notre statut «communautaire». Nous devons dorénavant justifier dans le quotidien, à nos propres yeux d'abord, puis à ceux du département, le bien-fondé de cette installation. Lors de notre journée d'étude annuelle, nous cherchons des voies nouvelles d'intégration dans le quartier et d'innovation dans nos traitements.

AVANT ET APRÈS L'ARRIVÉE SUR LA DAME: DONNÉES DESCRIPTIVES ET IMPACT SUR LE TRAVAIL CLINIQUE

Avant l'arrivée sur la «Dame» (nom familier donné à la rue Notre-Dame par les gens du quartier)

La population de Saint-Henri allait à la périphérie faire soigner ses enfants dans un hôpital anglophone situé en haut du quartier, malgré les problèmes de communication linguistique qui en découlaient. Les parents consultaient d'habitude pour un problème ponctuel et ne revenaient pas facilement pour un *follow-up* ou un suivi régulier, que ce soit pour des problèmes d'ordre physique ou psychologique. Les parents de ce quartier qui allaient jusqu'à l'hôpital Sainte-Justine étaient peu nombreux et ne revenaient pas facilement pour un suivi. Le taux d'absentéisme était très élevé.

L'équipe de pédo-psychiatrie avait donc décidé d'aller dans le quartier et de contacter les organismes en place, espérant recevoir des références. Nous dépendions donc beaucoup, pour les inscriptions, des intervenants des ressources du milieu. Ceux-ci devaient d'abord combattre leurs propres préjugés envers la psychiatrie avant de nous référer des cas; nous avons donc travaillé à nous démystifier pendant plusieurs années.

Dans ce contexte, il n'était pas tellement question au début de refuser de s'impliquer dans un cas lorsqu'on nous en présentait un, et ces cas étaient presque toujours les plus désespérés. Comment faire preuve d'efficacité quand tout le monde a échoué avant nous? La psychiatrie était vraiment perçue comme le bout de la ligne, la dernière référence possible après avoir tout essayé. Nous avons donc vécu des défaites, mais aussi des succès après maints efforts! Nous faisions des visites dans des domiciles taudis; nous composions avec la violence de certains parents; nous rencontrions plusieurs familles à problèmes multiples et en discutions souvent avec l'agence sociale (qui avait son local dans le quartier à l'époque), avec l'école, avec les infirmières-hygiénistes. Nous tentions des thérapies de réseau, des stratégies thérapeutiques multi-organismes. Nous devions innover parce que les thérapies traditionnelles échouaient souvent avec ces familles bien particulières, souvent portées à l'agir. Il fal-

lait à la fois tenter réellement d'aider des enfants en difficulté malgré la non-motivation de leurs familles et aussi démêler dans la tête des intervenants nos compétences et nos limites.

Nous savions pourtant pertinemment qu'il y avait des enfants en difficulté que nous pouvions aider avec nos moyens plus spécifiques mais, pour le quartier, les problèmes non criants n'étaient pas considérés comme importants. Nous devions défendre notre quête et résister au découragement des cas sans issue, même à moyen terme. À plusieurs professionnels dans l'équipe, à plusieurs organismes, on arrivait parfois à travailler efficacement, mais cela demandait un espoir et un entêtement coriaces.

Nous faisions de la consultation dans les écoles primaires et à la polyvalente. Les organismes essayaient de nous assimiler, de nous incorporer à leur propre personnel, parce qu'ils manquaient de personnes-ressources dans leur propre service. Nous refusions cette incorporation pour demeurer objectifs et autonomes. Après un certain temps et malgré un grand investissement de notre part au niveau de la consultation indirecte, nous avons été tenus à distance par ces groupes, déçus de notre manque de disponibilité et aussi de notre inefficacité par rapport à leur demande. Ainsi, à la polyvalente, souvent un adolescent était suspendu «jusqu'à ce qu'il soit vu en psychiatrie». Nous nous insurgions contre une telle tactique. Après plusieurs entrevues, le jeune qui était réintégré à l'école n'y était pas nécessairement moins violent et le directeur de nouveau était déçu de notre intervention.

Il était difficile à l'époque de voir les jeunes timides, renfermés, retirés, dont on entendait parler par ailleurs dans les discussions de cas. Difficile aussi de refuser de placer des enfants qui dérangeaient leur milieu. Difficile surtout d'aborder des familles sursaturées de services indirects, d'ingérence dans leur intimité. Difficile de ne pas intervenir parfois, sachant très bien les bénéfices secondaires retirés par chacun des membres d'une famille très «perturbée».

À cette étape de notre implication dans la communauté, il nous arrivait souvent d'attendre des patients qui ne venaient pas à leur rendez-vous, que d'autres avaient pris pour eux. Nous étions souvent tiraillés entre notre désir de respecter leur rythme et le sentiment d'urgence que nous faisaient vivre les référants. Nous vivions une «impuissance» angoissante devant certains cas très lourds... Pendant cette même période toutefois, la spontanéité des jeunes patients, leur humour, leurs ressources, le franc-parler des parents, leur attachement à leurs enfants, nous les rendaient très sympathiques, tout en nous encourageant à nous impliquer toujours davantage dans le milieu.

Notre survie, comme groupe, nous la devions à notre créativité. Forcés de nous confronter à des situations décourageantes, nous faisions régulièrement le point et cherchions à innover, donc à espérer. Les résidents, les stagiaires de passage, nous amenaient leur vision neuve, leur enthousiasme (la plupart d'ailleurs ont demandé à demeurer une deuxième année avec nous, tellement ils se sentaient stimulés dans leur travail). Pour la population, nous étions toujours les visiteurs de la montagne. Nous n'étions pas intégrés dans le quartier.

Cependant, les consultations dans les écoles, les garderies... commençaient à porter fruit. Les généralistes nous référaient de plus en plus d'enfants présentant des problèmes «psychiatriques». Le C.L.S.C. acceptait de faire des groupes de prévention ou de péri-natalité avec nous..., le dépistage des enfants que nous pouvions aider se faisait de mieux en mieux. Il était important pour nous de passer à une nouvelle étape, celle de la création d'une clinique psychiatrique satellite, directement située dans le quartier et à plein temps.

Depuis notre arrivée sur la «Dame» (février 1981)

Beaucoup de choses ont changé depuis notre arrivée. Nous avons été soulagés de résoudre notre ambivalence interne et nous sommes aujourd'hui très heureux de notre décision. Les parents s'arrêtent spontanément pour inscrire un enfant, reviennent demander quand ils vont être reçus et nous dire leur urgence. Les enfants en traitement arrivent souvent bien avant leur heure de rendez-vous pour jaser avec Pauline (notre secrétaire), lui faire des dessins. Ils nous amènent leurs amis, nous les présentent. Ils se sentent chez eux. Les parents se parlent dans la salle d'attente, se racontent parfois à Pauline. Nous connaissons de vue bien des patients des autres professionnels et nous pouvons à l'occasion distraire un enfant qui attend ses parents ou commenter avec une mère l'arrivée d'un bébé... En fait, l'atmosphère est chaleureuse et détendue.

Le taux d'absentéisme aux rendez-vous a considérablement baissé du fait de notre présence, qui est bien identifiée.

Pour vous parler de notre travail actuel, je diviserai mon propos en quatre parties : 1) ma perception de la population ; 2) les statistiques sur nos patients, nos référants, nos évaluations et prises en charge ; 3) le mode de fonctionnement de l'équipe et, enfin, 4) la collaboration avec les organismes.

Population

Depuis 15 ans, la population a changé. Les bouleversements physiques et sociaux du quartier ont éloigné les plus pauvres et amené une population de classe moyenne de plus en plus nombreuse. La création du C.S.S.M.M. et le départ de l'agence sociale du quartier, l'ouverture du C.L.S.C., l'intégration des infirmières-hygiénistes dans cette même structure, ont bouleversé les règles du jeu.

Cependant, on observe que la population demeure très fidèle au quartier, attachée à son milieu et surtout à son réseau familial élargi. La très grande majorité des familles qui nous consultent vit tout près des grands-parents, des tantes, des oncles, des frères et soeurs. Il y a une grande solidarité entre eux, mais aussi une grande dépendance et des conflits latents où colère et tristesse se côtoient. C'est le trait qui est demeuré le plus constant chez la population que nous rencontrons.

Il y a, d'après mon analyse, trois types de familles parmi notre clientèle. Le premier type est celui des familles non structurées, cahotiques, dont les parents sont souvent carencés, avec des passés personnels très lourds (inceste, mauvais traitements, placements nombreux...). Le père reproduit les traumatismes qu'il a subis (boisson, drogue, violence — sexuelle ou autre, agirs anti-sociaux...) ; la mère se retrouve dans la même position que celle de sa propre mère (elle subit les coups, verse dans la dépression chronique, abuse des médicaments, crie, bat ses enfants, s'isole socialement). Les enfants, qui deviennent les parents de leurs parents, sont hyperactifs et/ou caractériels, n'apprennent pas à l'école, n'ont pas d'amis, provoquent leur placement éventuel. Ces familles représentent maintenant moins d'un dixième de notre clientèle. Elles consultent davantage au C.L.S.C., qui offre une gamme d'aides concrètes tant pour les enfants que pour leurs parents, ou elles ne consultent pas mais sont référées d'emblée par la D.P.J. Cependant, les quelques familles de ce type que nous comptons parmi notre clientèle monopolisent toute notre énergie et notre attention. Nous les supportons de crise en crise, assumant à la fois leur grande dépendance et leur colère. Pour travailler efficacement avec ces familles, il faut jumeler nos efforts à ceux d'autres intervenants. Par exemple, il nous semble essentiel de demander l'aide d'une auxiliaire familiale du C.L.S.C., qui ira à domicile quelques fois par semaine pour aider la mère à organiser son temps et sa maison. La plupart du temps, il faut aussi compter sur l'aide scolaire (classes spéciales, rééducation, service social et/ou psychologique...). Il faut vraiment être plusieurs individus, plusieurs organismes à travailler avec une famille de ce type pour que des effets se produisent à long terme. D'abord très centrées sur leurs misères économiques et sociales, ces familles n'arrivent pas à s'abstraire suffisamment de leurs conditions pour affronter leurs difficultés psychologiques. Il faut que la vie soit redevenue vivable pour que la famille envisage de se remettre en question sur le plan émotif. Mais elles y arrivent (même si c'est parfois de façon limitée) lorsqu'on leur en laisse le temps et qu'on les investit massivement. Nous avons un rôle à jouer auprès des enfants de ces familles. Une thérapie individuelle de l'enfant, alliée à de l'aide scolaire et familiale, permet parfois de briser le cercle vicieux vécu de génération en génération, ce qui est une grande victoire pour l'enfant et pour la société.

Le deuxième type de familles est celui de la famille pauvre mais structurée. Le vécu d'un ou des deux parents (très souvent des femmes seules qui ont quitté un mari violent ou qui se retrouvent avec un autre homme pour former une famille reconstituée) est aussi dramatique que dans le premier type de familles, mais malgré tout les ressources de chaque individu sont plus accessibles (gens moins vulnérables ou ayant déjà parcouru un certain cheminement intérieur). Ces parents s'organisent avec leur minuscule revenu pour donner le minimum vital aux enfants. Ils sont pauvres mais bien organisés. Les tensions monétaires sont là et influencent le climat familial. Les problèmes personnels de chaque parent, d'ordre névrotique, carenciel ou autre, se répercutent sur les enfants. Toutefois, même si ces familles sont concrètes et centrées sur les résultats immédiats, il est possible de travailler les attitudes

parentales, de revenir au vécu antérieur et de faire des liens avec les problèmes des enfants. Les enfants peuvent présenter toute la gamme des problèmes psychiatriques et être aidés en conséquence. Il faut toujours tenir compte de l'insécurité monétaire de ce type de familles et de son incidence sur les agirs de la famille.

Le troisième type de familles est plus traditionnel. Le père et/ou la mère travaille(nt) de façon cyclique ou régulière. La famille n'a pas de souci d'argent et jouit d'une sécurité financière de base. Les problèmes présentés par les enfants sont plus vite perçus et les parents viennent d'eux-mêmes demander de l'aide pour comprendre et aider leurs jeunes. Le travail de motivation n'est pas à faire et le traitement proprement dit peut donc s'amorcer plus vite et donner des résultats plus rapides.

À la base de toutes ces familles, sauf exception, on retrouve les caractéristiques suivantes : sentiment d'appartenance au quartier, très grande proximité des familles élargies, préoccupation constante des besoins monétaires, grande mobilité des couples (changements assez fréquents de partenaires, plus fréquents dans le deuxième type de familles), éléments de carence souvent présents chez les parents et les enfants, tendance à l'agir lorsque la tension psychologique est trop forte, capacité d'introspection plus ou moins bloquée par un sentiment plus ou moins fort de vide intérieur, capacité d'entrer en contact rapidement, simplement et franchement (quoique souvent superficiellement) ; désir de changement rapide des comportements difficiles des enfants et, finalement, tendance marquée à la projection massive des problèmes sur l'environnement.

Ces familles désirent, pour la plupart, que leurs enfants sortent des conditions économiques qui sont leurs ; elles sont découragées de voir les problèmes scolaires des jeunes et leur manque de motivation. Cela les ramène à leurs propres difficultés sociales interpersonnelles. La blessure narcissique provoquée par la prise de conscience des problèmes psychologiques des enfants est telle que souvent elle entraîne la négation de ces problèmes.

En tant que psychologue, j'ai évalué plusieurs centaines d'enfants du quartier. Sur le plan intellectuel, ils s'inscrivent dans la courbe normale. Ce qui est constant, c'est leur piètre performance aux sous-tests verbaux plus scolaires : vocabulaire, arithmétiques, connaissances. Cependant, au non-verbal, les résultats compensent souvent les difficultés du «verbal». L'intelligence est là, mais la réussite scolaire n'y est pas. Disons tout de suite que les conditions de vie y sont pour quelque chose : logements exigus, parents dépassés par les nouveaux programmes, télévision constamment en marche, cris des plus petits, etc. Sentiment aussi des enfants d'être «nés pour un petit pain» et surtout culpabilité de devoir dépasser le père ou la mère et souvent permission non accordée (inconsciemment) de la part des parents de le faire. Souvent la psychothérapie lève l'inhibition intellectuelle et permet, pour un temps du moins, des performances scolaires intéressantes. Toutefois, la motivation à exceller en classe ne dure que si elle répond véritablement à un désir de la famille, car elle ne fait pas partie des valeurs socio-culturelles du milieu.

Sur le plan de la personnalité, nous retrouvons à la clinique des enfants présentant toute la gamme des pathologies légères et lourdes. Les tests de personnalité révèlent souvent une imagination fertile et une vie fantasmatique riche. Cette vie intérieure n'est pas toujours perceptible en entrevue et on se demande ce qui en advient dans le monde adulte.

Depuis notre implantation dans le quartier, nous voyons plus d'enfants et d'adolescents présentant des problèmes psychologiques graves : psychoses, pré-psychoses, névroses, phobies, obsessions, dépressions... Nous pouvons leur offrir une thérapie intensive, ainsi qu'à leurs parents. Comme les clients manquent beaucoup moins leur rendez-vous, les résultats se font sentir plus rapidement, encourageant patients et thérapeutes à intensifier les efforts thérapeutiques.

Statistiques sur nos patients, nos référants, nos évaluations et prises en charge (1984)

Données générales

L'âge des enfants se répartit comme suit : 12 % ont entre 0 et 4 ans ; 45 %, entre 5 et 11 ans ; 42 %, entre 12 et 18 ans ; 1 % a plus de 18 ans. Les familles de ces enfants sont à 55 % traditionnelles ; 27 % sont monoparentales et 18 % sont reconstituées.

Soixante-cinq pour cent des enfants vus sont des garçons, 35 % des filles, ce qui est conforme aux statistiques de psychiatrie dans l'ensemble du Québec. Cependant, en quatre ans, nous avions presque doublé le nombre de nos dossiers actifs. Par

contre, en 1985 et 1986, nous avons connu une baisse d'inscriptions en partie due à des problèmes internes, mais cette année le nombre a augmenté de façon significative.

Le nombre de jeunes enfants vus fluctue selon notre investissement dans la prévention; certaines années, le pourcentage a été de 38 %. Ces jeunes enfants étaient vus dans des groupes mères-jeunes enfants (voir article de Mlle Lise Sévigny, infirmière psychiatrique à la clinique), groupes faits en collaboration avec le C.L.S.C. du quartier. Les politiques du C.L.S.C. peuvent aussi varier d'une année à l'autre et ces groupes conjoints sont sujets à une approbation annuelle de programmes spécifiques à la petite enfance.

Sources de références

Elles sont sensiblement les mêmes d'année en année, avec une augmentation constante de référence par les amis et les parents d'anciens patients. Il y a aussi de plus en plus de familles qui consultent d'elles-mêmes après avoir hésité un certain temps à franchir le seuil de notre clinique en allant «magasiner» sur la Dame.

Les sources de références s'échelonnent de la façon suivante : 31 % sont des médecins; 26 %, les parents eux-mêmes ou des amis de la famille; 18 %, les écoles; 14 %, le C.L.S.C. Saint-Henri; 3 %, le C.S.S.M.M. et 8 %, les autres (hôpital, centre d'accueil, Tribunal de la jeunesse, ...).

Nous avons à peu près 35 % de références des organismes qui desservent le quartier. Soulignons ici que le C.L.S.C. et le C.S.S.M.M. (plus précisément le B.S.S. qui dessert Saint-Henri) ont connu des réaménagements internes depuis quelques années. Par exemple, le C.L.S.C. a été longtemps en tutelle et le B.S.S. Centre-Ville a changé à plusieurs reprises de direction après avoir quitté ses locaux dans le quartier. Ces organismes ont donc été plus difficiles à rejoindre, les responsables changeant souvent.

Quant aux écoles, les professeurs sont stables, mais les directeurs changent souvent. Chaque année, nous faisons la «tournée des écoles», y étant plus ou moins bien reçus selon l'ouverture d'esprit des directions et leur désir de collaborer. Avec les professeurs, en général, nous avons de bons contacts, mais cas par cas. Dans le chapitre sur la collaboration avec les organismes, j'essaierai de préciser ma pensée sur la problématique des rencontres entre organismes.

Motifs de références et de consultation

Plusieurs motifs amènent les parents à venir demander de l'aide pour leurs enfants. Pour mes bilans annuels (depuis notre arrivée à la clinique), j'ai divisé les motifs de référence en trois grands groupes : a) les enfants extravertis (agressivité, hyperactivité, etc.); b) les enfants intravertis (dépressif, angoissé, renfermé, etc.); c) les enfants présentant des problèmes spécifiques (troubles du sommeil, problèmes sexuels, bizarreries, ...).

En comparant ces données avec une recherche du même type faite en 1978, on se rend compte que ce sont encore aujourd'hui les enfants les plus agités qui dérangent le plus les familles et les référants. Les enfants de ce type représentent à peu près la moitié des enfants inscrits à la clinique. Toutefois, il y a peu de références pour des problèmes de «délinquance», comme les vols, etc., ce qui devrait théoriquement se retrouver dans le quartier. Ceux-là ne viennent pas consulter en psychiatrie.

Les enfants de type intraverti forment à peu près 25 % de notre clientèle. Ils sont référés lorsque leurs attitudes deviennent dérangeantes à l'école ou lorsque les parents se sentent dépassés par des attitudes trop clairement asociales. Je crois qu'à la longue la sensibilisation que nous avons tentée de faire dans le quartier (rencontres multi-organismes, diagnostics de groupes, consultations dans les écoles, ...), pour faire remarquer ces enfants, a porté fruit.

Pour sa part, le groupe des enfants présentant des problèmes spécifiques représente aussi 25 % de notre clientèle et a tendance à augmenter chaque année. Ce sont des enfants que nous rejoignions très peu auparavant. Le fait d'être dans le quartier favorise que les familles viennent nous rencontrer, que les enfants et leurs parents surmontent plus rapidement leurs peurs, que nous ayions des contacts rapides et continuels avec les écoles, les garderies, les professionnels déjà impliqués dans ces cas, que nous élaborions des stratégies de travail avec eux. Il faut aussi noter que les enfants peuvent venir seuls à leur thérapie et assumer rapidement leur traitement. Les problèmes présentés sont très diversifiés et recouvrent toutes sortes de pathologies, souvent mixtes d'ailleurs.

Les évaluations et prises en charge

1. Les évaluations : Selon les politiques du psychiatre-responsable clinique, les enfants sont vus d'abord par ce dernier ou par d'autres professionnels de l'équipe. Toutefois, tous les cas sont discutés en équipe. Il est toutefois nécessaire de faire plus d'une évaluation pour cerner la dynamique de la problématique d'un enfant et de sa famille.

2. Prises en charge : En général, il se fait plus de thérapies individuelles que de thérapies de groupe. Les thérapies d'orientation analytique sont les plus nombreuses, soit près de la moitié des prises en charge. Viennent ensuite les thérapies familiales avec 12 % des traitements, puis les thérapies de couple parental, les thérapies de mères seules, les *follow-up* périodiques, les rééducations, les thérapies mères-enfants, les thérapies mères-nourrissons, le psychodrame collectif, les groupes mères-enfants, les thérapies de pères seuls. Nous recommandons très peu d'hospitalisation en psychiatrie interne, à peine quelques-unes par année.

Près de la moitié de notre clientèle reçoit une seule forme de traitement, l'autre moitié reçoit au moins deux traitements (par exemple : psychodrame collectif pour l'enfant et thérapie de couple parental).

Le nombre de placements d'enfants varie d'une année à l'autre ; lorsqu'il dépasse 10 %, nous en discutons beaucoup entre nous et cherchons à trouver des moyens de l'éviter. Pour nous, un placement est souvent vécu comme un échec, un échec personnel comme thérapeute, un échec de société pour la famille, car il est prouvé que la réinsertion d'un enfant placé pour quelques années est difficile à faire. Nous savons de plus que, dans une grande proportion des cas, les problèmes demeurent à peu près inchangés après un court placement. En 1984, notre taux de placement était de 7 %. Nous sommes convaincus que le B.S.S. qui dessert Saint-Henri doit avoir des statistiques plus importantes de placements pour le quartier puisqu'il répond en première ligne à ce genre de demande. Il nous est difficile d'être confrontés aux limites de nos interventions ; mais il faut bien admettre que, d'une part, certains enfants, même après avoir progressé suite à des traitements en externe, nécessitent une prise en charge plus globale et plus rééducative et que, d'autre part, on doit retirer d'autres enfants de leurs familles pour les protéger et leur assurer un climat propice à leur bon développement.

Le profil des interventions thérapeutiques peut varier d'une année à l'autre. Les demandes se font différentes (plus d'adolescents, ou plus de cas lourds, ou plus de jeunes enfants) et les sollicitations des organismes changent aussi. De plus, des projets spéciaux peuvent être mis sur pied par un ou plusieurs membres de l'équipe, avec un accent particulier mis sur la recherche (cette année, recherche sur la satisfaction de la clientèle), sur les interventions précoces (groupes mères-jeunes enfants, groupes post-nataux, thérapies familiales, d'orientation systémique, etc.), ou sur un type particulier de thérapie (thérapie systémique, etc.).

Mais certains phénomènes du milieu rendent difficiles les prises en charge cohérentes que nous voudrions faire. Je désire attirer ici votre attention sur trois d'entre eux, que je considère comme les plus importants.

3. Les décisions impulsives : Par exemple, nous travaillons depuis un certain temps avec une famille sur ses conflits interpersonnels ; puis un jour, les parents arrivent à la clinique avec l'enfant en demandant un placement d'urgence. Ou encore, un parent refuse à la dernière minute de prendre son enfant, qui est en famille d'accueil, chez lui pour la fin de semaine ; ou il menace de le retirer du centre d'accueil, ou bien appelle en disant vouloir le battre, etc.

Il faut alors penser à l'enfant, prendre la décision qui risque le moins d'entraîner une rupture totale de la famille avec son jeune. Travailler un petit peu à la fois. Essayer d'étirer le délai, de faire prendre conscience qu'il est possible d'attendre, de réfléchir, avant d'agir, pour trouver des solutions non dramatiques. Il faut souvent redéfinir nos buts, les rendre plus réalistes.

Il est difficile de ne pas répondre par de l'impulsivité à l'impulsivité de certaines familles. Nous avons souvent de longues discussions en équipe pour savoir s'il faut ou non dénoncer une situation, la travailler, et comment le faire. Le thérapeute de l'enfant a tendance à s'identifier à ce dernier, le thérapeute des parents à ceux-ci, et le reste de l'équipe à arbitrer la discussion, cherchant à aider les thérapeutes à s'abstraire de leurs contre-transferts pour trouver des modes efficaces d'intervention. Dans ces périodes de crise, nous devons tenter de mûrir nous-mêmes la décision thérapeutique, sans aller trop vite, sans tomber dans le piège du milieu, ce

qu'il n'est pas toujours possible de faire.

4. La loi du silence : Parfois on croit avoir trouvé la clé d'un diagnostic et ce n'est qu'au bout de plusieurs mois, sinon des années, de traitement que l'on apprend l'origine réelle des problèmes (un père en prison pour 15 ans, un oncle incestueux, un règlement de comptes dont a été témoin l'enfant, ou le secret des secrets, le père n'est pas le père). Ce climat peut être long à établir, étant donné le passé lourd de méfiance de chacun des parents et le conflit d'allégeance que vit l'enfant.

5. La fuite : Depuis que nous sommes dans le quartier, il nous arrive très rarement d'être confrontés à la fuite pure et simple des patients. Avant, nous étions peut-être trop intrusifs parce que plus inquiets de ne pas pouvoir rejoindre des enfants en problème. Les familles qui ne désiraient pas notre aide changeaient de numéro de téléphone ou le faisaient enlever. Ils ne répondaient pas à la porte ou déménageaient à l'improviste. Même s'il nous est difficile de permettre aux gens de refuser nos services lorsqu'il y a des problèmes sérieux chez un enfant, nous le faisons plus aisément, tout en signalant la situation à d'autres intervenants peut-être mieux placés que nous pour le moment face à ces familles. Nous savons aussi que d'autres intervenants pourront travailler sur les résistances des patients et les amener éventuellement à consulter en psychiatrie.

Mode de fonctionnement de l'équipe

L'équipe comprend neuf personnes, dont trois à temps plein (secrétaire, travailleur social, infirmière psychiatrique) et six à temps partiel (deux psychiatres, deux psychologues, une psychomotricienne, un psycho-éducateur). Chaque année nous accueillons également un ou deux résidents en psychiatrie et souvent un(e) stagiaire en psychologie. Nous pouvons aussi compter parmi nous parfois un stagiaire en service social, en orthopédagogie, ou encore en nursing. Nous ne pouvons accueillir tous ces stagiaires la même année, faute de locaux.

Depuis le tout début de la formation de l'équipe, nous désignons entre nous un coordonnateur ou une coordonnatrice qui peut assumer un mandat d'une ou deux années. À tour de rôle, nous avons assumé cette fonction. Chaque coordonnateur définit sa tâche de façon personnelle mais en conservant le triple mandat de catalyseur, d'animateur et de modérateur. Il ou elle organise les réunions d'équipe, mettant l'accent sur des discussions théoriques qui préoccupent tout le monde, faisant des mises au point régulières pour neutraliser les conflits, assurant une discussion régulière des cas et des prises en charge et permettant à chacun de manifester ses intérêts communautaires et/ou thérapeutiques. Selon la personnalité de chacun, cela devient un rôle plus ou moins effacé, plus ou moins conciliant. Le coordonnateur sert aussi de trait d'union entre nous et les organismes extérieurs qui nous sollicitent ou que nous désirons solliciter.

C'est le coordonnateur qui anime les réunions d'équipe hebdomadaires, qui ont toujours été le pivot de notre cohésion parce qu'elles permettent la diffusion de toutes les communications professionnelles. C'est là que se discutent toutes les évaluations et que se décident les prises en charge.

Collaboration avec les organismes

Depuis notre arrivée sur la rue Notre-Dame, nous avons plus de références de la population elle-même et de ses médecins généralistes que des organismes officiels. Nous ne nous sentons plus tenus de susciter à tout prix des rencontres inter-organismes. Nous nous en tenons à des projets précis, que nous initions ou qui nous sont demandés par de petits organismes. Présentement, les projets en cours sont : consultation auprès de l'Escampette (groupe d'éducateurs de rue qui s'occupent d'adolescents) ; consultation et éducation auprès de deux garderies du quartier ; participation à un groupe post-natal conduit par le C.L.S.C. du quartier ; consultation, au besoin, auprès du Cercle Éducatif (groupe qui s'occupe activement de jeunes mères célibataires et de leurs enfants). Un nouveau groupe mères-enfants devrait être mis sur pied par nous bientôt, peut-être en collaboration avec une infirmière du C.L.S.C. À part ces projets spécifiques, il y a toujours les discussions de cas avec les intervenants pertinents et les discussions de cas suite à une demande de consultation d'un organisme particulier, des rencontres avec la D.P.J., avec des foyers de groupe, etc.

Il est frappant de voir à quel point il est difficile pour les organismes du quartier de collaborer entre eux. Dans un milieu comme Saint-Henri, ceci est manifeste d'autant plus qu'il y a de très nombreux services à la population. Qu'est-ce qui fait que chacun travaille seul, réfléchit seul...? Je crois que plusieurs ingrédients entrent dans la composition de cette bombe qui n'explose pas, non pas fau-

te de poudre mais faute de feu. D'abord, il y a la mégalomanie de chacun, le désir parfois inconscient, le plus souvent pré-conscient, de sauver le monde tout seul, d'être les meilleurs, les plus habiles. Chacun considère les bases théoriques ou pratiques des autres comme moins efficaces, moins perspicaces. Pourtant nous disons, sans doute avec plusieurs autres organismes du milieu, vouloir collaborer avec les autres, mettre nos ressources en commun. Il y a aussi la peur de perdre son identité et l'angoisse que la collaboration devienne fusion. Dans notre équipe de pédo-psychiatrie, nous vivons cette peur de l'intérieur comme de l'extérieur. À force de travailler ensemble pendant sept, huit, douze années, nous avons, disons-nous, déteint les uns sur les autres suffisamment pour bien travailler ensemble, mais aussi pour réclamer par moment chacun notre spécificité. Il nous fallait beaucoup échanger pour ne pas être noyés par le sentiment d'impuissance que plusieurs patients nous font vivre : impuissance devant la misère physique, sociale, familiale et mentale de ceux-ci. Alors, aller vers les autres organismes, c'est aussi avouer en partie une impuissance de groupe, c'est risquer aussi l'osmose avec d'autres groupes dont l'idéologie diffère parfois de la nôtre.

Notre expérience nous montre qu'il est inutile de se rencontrer entre organismes pour discuter de nos fonctions et des théories sous-jacentes à nos actions. Il y a deux formules de collaboration qui fonctionnent mieux : d'abord, des rencontres de discussion de cas dans lesquelles deux ou trois organismes sont impliqués. Ces discussions ont l'avantage de mettre en évidence les difficultés rencontrées par chacun et, à partir de là, il devient possible d'élaborer ensemble des stratégies d'intervention multi-organismes. Ces échanges ne fonctionnent cependant qu'avec des organismes bien rodés, certains de la valeur de leur action. Dans le cas d'organismes en réaménagement ou en conflits internes importants, il devient impossible d'être constructifs pour les clients, la lutte du pouvoir devenant inégale. Le deuxième mode de collaboration possible est la mise sur pied de projets entre individus compatibles, c'est-à-dire de projets qui impliquent une ou plusieurs personnes de notre équipe avec une ou plusieurs personnes d'une autre équipe. Deux bons exemples de ces échanges sont le groupe mères-enfants et le travail à la garderie. En travaillant ensemble, il devient possible de discuter et d'avancer ensemble.

Il y a un point important que j'ai soulevé tantôt. C'est la lutte de pouvoir. Au début, il est plus facile de collaborer avec des groupes dont les objectifs sont précis et limités. Ces groupes nous considèrent comme consultants et nous demandent des interventions bien précises. Toutefois, après quelque temps, il y a toujours une lutte pour le leadership, chacun des groupes voulant plus ou moins imposer son point de vue et diriger l'action de l'autre.

Ce phénomène est présent dès le départ avec les organismes directement concurrentiels, comme le C.L.S.C. ou le C.S.S.M.M. Nous touchons la même population et, qui plus est, elle vient à nous en présentant des problématiques semblables, la plupart du temps identifiées de la même façon par chaque groupe. Chose plus «inquiétante», souvent nous répondons sensiblement de la même façon aux problèmes, soit par des entrevues familiales ou individuelles. Les différences entre nous, quoique nombreuses dans nos façons d'intervenir, dans nos postulats de base pour intervenir et dans la durée des traitements, ne sont pas toujours évidentes pour la population comme pour les intervenants.

Nous croyons qu'il est important d'avoir des contacts avec les organismes du milieu pour favoriser une prise en charge plus globale et plus efficace des patients, et nous les relançons régulièrement. Sur les 17 années d'expérience de l'équipe, les contacts avec les «gros» organismes sont cycliques et dépendent beaucoup de la cohésion interne de ceux-ci. En période de réaménagement ou de conflits intérieurs, chacun a tendance à s'isoler pour refaire cette cohésion; ensuite, il est possible d'échanger. Les garderies, les services parallèles, sont les plus ouverts à notre intervention dans la mesure où nous répondons à leurs besoins et ne cherchons pas à les toucher trop directement dans leurs relations avec leurs usagers.

Chaque organisme aurait intérêt à définir ses objectifs spécifiques et à cerner sa population cible. La relative jeunesse des C.L.S.C. et la crise qui se vit actuellement dans les services de santé en général aboutissent à un manque de politique cohérente du champ d'action de chacun. Il est difficile de chercher la complémentarité quand l'auto-définition est instable.

Un autre point est très important : la peur que sus-

cite la psychiatrie, avec sa tendance viscérale à l'introspection et à l'interprétation des mots et des gestes. C'est un pouvoir de l'intérieur, dont nous abusons peut-être parfois sans nous en rendre compte mais qui demeure, a priori, le plus menaçant des pouvoirs. On nous accuse de n'être pas assez centrés sur la réalité, de minimiser l'extérieur, d'être ténébreux dans nos propos et lents aux engagements. Nous avons aussi tendance à accuser les autres de pragmatisme, d'être trop fixés sur le court terme, sur les apparences... Difficile donc de parler ensemble, sauf évidemment si on revient à la famille «une telle» qui fait problème à la garderie, à l'école, au C.S.S.M.M., au C.L.S.C., à la psychiatrie et à tout le monde. Quoi faire, comment le faire, sans être happé par son incohérence interne? Car, finalement, plusieurs familles agissent sur leur environnement comme elles agissent envers leurs membres, provoquant les confrontations, les angoisses, les dislocations.

Un autre phénomène retient mon attention : le peu de référence d'un organisme à l'autre. Nous notons que nos meilleurs référants sont les généralistes du quartier et les familles elles-mêmes, donc ceux que nous ne sollicitons jamais directement mais qui connaissent bien les résultats de nos interventions et ne sont en aucune façon en compétition avec nous. Les organismes qui sont installés dans le quartier : C.L.S.C., écoles, garderies, etc. nous réfèrent moins de cas que nous l'aurions pensé, mais le font tout de même. Il faut souligner que nous leur référons aussi peu de cas. Chacun a tendance à garder sa clientèle en considérant adéquates ses interventions. Les organismes qui desservent le quartier mais qui ont leurs locaux à l'extérieur de ce dernier ne nous réfèrent presque pas de patients. Pourtant, il est certain que les intervenants en psychiatrie adulte ou au B.S.S. Centre-Ville, par exemple, doivent être parfois aux prises avec des enfants en difficultés. À plusieurs reprises, nous sommes allés les rencontrer pour en parler, mais sans succès. Nous revenons ici encore une fois au besoin pour chaque organisme de définir ses compétences et de les faire reconnaître par les autres.

Cependant, une trop grande concertation entre les organismes (il n'y a pas de danger pour l'instant, d'après moi) amènerait un autre conflit, un conflit d'éthique. Comment conserver la confidentialité, comment permettre aux individus de «choisir» leur formule d'aide ou de décider de changer d'équipe «intervenante» si tout est su par tout le monde tout le temps? Un petit quartier comme celui de Saint-Henri, regroupant beaucoup de familles élargies (parents, grands-parents, ex-mari et sa nouvelle famille, etc.) doit être protégé contre un trop grand partage d'informations. Le désir de protéger la confidentialité de nos patients a déjà été à l'origine de plusieurs tensions avec certains groupes, comme des écoles, des garderies, etc. Tout est dans le dosage, dans le respect de la volonté des patients eux-mêmes et de leurs familles.

Depuis que nous sommes installés dans le quartier à plein temps, nos contacts avec les groupes d'intervenants se sont modifiés. Nous faisons venir régulièrement à la clinique, non pas des organismes, mais des personnes-ressources de ces organismes, pour discuter cas par cas de problèmes concrets, après avoir reçu la permission du patient et de sa famille. Plusieurs groupes nous ont demandé notre collaboration pour des projets particuliers et, après avoir posé nos conditions préalables personnelles, nous avons entrepris des projets à deux.

Je crois que nous devons faire notre deuil des grandes concertations, des compromis idéologiques souvent frustrants, pour enfin travailler ensemble, soit dans des projets qui emballent les deux parties, soit pour venir en aide à des patients qui font vivre leur impuissance à l'un ou l'autre des organismes.

Au début, il y a 17 ans, nous avions avec les praticiens de l'agence sociale du quartier (structure qui n'existe plus depuis l'avènement des C.S.S.) à jouer un peu tous les rôles, cherchant à faire de la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Nous avions à assumer une coordination entre les organismes pour aider sur tous les plans les familles des plus démunis. L'arrivée du C.L.S.C., le départ de l'agence sociale, le rappel par l'hôpital de notre vocation curative, ont modifié profondément notre investissement. Notre arrivée dans le quartier nous a rassurés et permis de clarifier nos positions et de préciser nos interventions, nos compétences, nos limites.

Nous sommes une clinique de psychiatrie infantile, qui cherche à venir en aide aux enfants et aux familles présentant divers problèmes psychologiques ou psychiatriques. Notre compréhension de ces problèmes et les interventions qui en découlent sont surtout d'orientation analytique. Nous demeurons très

concernés par l'intervention précoce (déjà auprès des femmes enceintes si nécessaire) et très soucieux de respecter les valeurs socio-culturelles de la population que nous desservons. Nous désirons collaborer avec tous les intervenants du milieu afin d'améliorer la santé mentale de la population infantile. Mais nous devons sans cesse clarifier avec eux les objectifs respectifs, les attentes réalisables, et ne jamais perdre de vue les besoins réels de la population.

CONCLUSION

Nous sommes en mouvement, poussés par une multitude de facteurs liés au milieu où nous travaillons, à chaque individu qui forme ou qui a formé l'équipe et, avant tout, aux demandes issues de la population et des référants.

Je n'ai relaté ici que les très grandes lignes du travail passé et présent, afin de rendre compte des tentatives de travail psychiatrique dans une communauté dite défavorisée. Dans les détails de nos procès-verbaux hebdomadaires, il y a des dizaines de petits projets réalisés ou avortés; il y a des luttes internes et externes; il y a de l'euphorie et du découragement; il y a beaucoup d'humour pour délayer les pensées acides! Il y a surtout la pratique de tous les jours, les thérapies individuelles ou de groupe, le travail en équipe, pas toujours facile.

D'après moi, le fait d'avoir pignon sur rue dans le quartier a eu un impact positif sur la population desservie. Il y a une diminution marquée de l'absentéisme aux rendez-vous; les gens qui viennent à la clinique sont plus motivés qu'avant, mieux informés de nos services. Nous pouvons offrir une aide thérapeutique intensive à des enfants et à leurs familles, aide qu'ils acceptent à cause de la proximité de la clinique. Nous voyons plus d'adolescents et plus de cas lourds qu'auparavant et nous pouvons plus facilement rencontrer les divers intervenants du milieu pour discuter rapidement d'un patient en difficulté. Le travail de dépistage se fait mieux parce que les référants savent que les patients ont plus de chances de venir consulter et qu'eux-mêmes pourront communiquer avec nous plus facilement. Les parents viennent aussi d'eux-mêmes plus facilement parce qu'ils ont entendu parler de nous par une voisine, un parent...

Notre arrivée sur la «Dame» a eu comme effet sur nos types d'interventions de diminuer le nombre de visites à domicile et d'augmenter le nombre de thérapies individuelles (les patients venant plus à leurs rendez-vous et les enfants assumant mieux leur traitement).

Cependant, notre présence n'a pas nécessairement amélioré notre collaboration avec les organismes du milieu. Elle a mis en évidence des tiraillements, des points de vue différents et surtout la difficulté de vivre une compétition saine, centrée sur la complémentarité des tâches. Nous devons travailler à préciser notre spécificité et à la faire reconnaître par les autres intervenants.

Je voudrais préciser que, contrairement aux préjugés courants, il est tout à fait possible de faire de la psychiatrie «en milieu défavorisé». Les personnes que nous traitons sont intelligentes et sensibles, même si elles ont souvent été très durement touchées psychologiquement et socialement. Derrière leur propre négation de leurs problèmes, il y a une angoisse profonde et une peur exacerbée d'être à nouveau «maltraitées, abandonnées». Il y a aussi la peur d'être accusées, rudoyées. Là où il y a de la souffrance morale, de l'angoisse, des peurs... il y a de la place pour la psychiatrie, même et surtout si elle doit devenir en partie non orthodoxe.

Nous sommes en mouvement... et la vie est mouvement.

RÉFÉRENCES

BRIONES,L., BRETON, J.J., et coll., 1971, Observations préliminaires sur une expérience communautaire en cours de pédopsychiatrie, *Union Méd. Can., 100*, 1377-1380.

SÉVIGNY, L., 1984, Un modèle d'intervention : les groupes mères-enfants, *Nursing Québec, 5*, No 1, 14-16.

SUMMARY

Having worked closely for more than ten years with a team of child psychiatrists that defines itself as community-oriented, I attempt to describe the process by which this team became established in its designated territory. My aim is to provide an overview spanning the five years during which a "satellite clinic" established itself in a low-income district. I proceed by drawing a profile of the neighboring population and that which consults in particular, of agencies that refer and their motives for referral, as well as of our ways of responding to their requests. I also examine the collaboration with the various organizations in the district and what this entails with regard to hopes, doubts and conflict. Although being located within the designated territory had an overall positive impact on our work and our objective to prevent and detect anomalies, it has not necessarily been helpful in establishing better links with neighboring "support" organizations.