

La mort d'une illusion? Death of an illusion?

Georges Aird

Volume 7, numéro 1, juin 1982

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030130ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030130ar>

[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

Aird, G. (1982). La mort d'une illusion? *Santé mentale au Québec*, 7(1), 116-119.
<https://doi.org/10.7202/030130ar>

Résumé de l'article

La psychiatrie communautaire a-t-elle un avenir au Québec, plus particulièrement à Montréal? Conçue initialement comme un projet global de réorganisation des services psychiatriques, la psychiatrie communautaire se proposait de traiter les psychotiques ailleurs et autrement qu'à l'asile. Après une période d'influence positive sur la psychiatrie québécoise, le projet global du début semble se détériorer. La sectorisation géographique, qui n'était que l'un des éléments du projet, a déplacé les objectifs initiaux et mobilise de plus en plus les énergies des cliniciens et des administrateurs. Le corporatisme et les revendications professionnelles qu'il entraîne menacent l'existence des équipes pluridisciplinaires. Et, comme on peut s'y attendre, la qualité des soins apparaît elle aussi en perte de vitesse, comme en témoignent les séjours prolongés des malades dans les salles d'urgence ainsi que l'allongement des listes d'attente dans les cliniques externes.

*Georges Aird**

La psychiatrie communautaire a-t-elle un avenir au Québec, plus particulièrement à Montréal? Conçue initialement comme un projet global de réorganisation des services psychiatriques, la psychiatrie communautaire se proposait de traiter les psychotiques ailleurs et autrement qu'à l'asile. Après une période d'influence positive sur la psychiatrie québécoise, le projet global du début semble se détériorer. La sectorisation géographique, qui n'était que l'un des éléments du projet, a déplacé les objectifs initiaux et mobilise de plus en plus les énergies des cliniciens et des administrateurs. Le corporatisme et les revendications professionnelles qu'il entraîne menacent l'existence des équipes pluridisciplinaires. Et, comme on peut s'y attendre, la qualité des soins apparaît elle aussi en perte de vitesse, comme en témoignent les séjours prolongés des malades dans les salles d'urgence ainsi que l'allongement des listes d'attente dans les cliniques externes.

Je me permets de paraphraser le titre d'un article de Freud dans lequel il traite de la religion, pour parler de l'avenir de la psychiatrie communautaire. Si la religion a un avenir parce qu'elle est un conte de fée qui tente d'aménager des réalités intra-psychiques déprimantes ou angoissantes (la loi du père, la perspective de la mort), la psychiatrie communautaire semble en voie de s'estomper à cause de la fragilité de ses racines et du pervertissement de son message, que l'on a réduit à ses composantes les plus pauvres et les plus vides de sens.

Phénomène significatif : on ne parle presque plus de psychiatrie communautaire au Québec présentement. L'expression vit une sorte d'ostracisme tacite, c'est «passé» comme disent les anglais. Ceci est vrai de presque tous les lieux où il est question de psychiatrie : les instances ministérielles et celles du Conseil régional, les hôpitaux généraux et psychiatriques, l'Université et enfin les diverses tables de concertation administratives ou professionnelles. Si l'on cherche un point tournant dans ce glissement, il faut probablement remonter au discours qu'a prononcé le ministre des Affaires sociales, Claude Forget, le 29 septembre 1976, lors d'un congrès conjoint de l'Association des Psychiatres du Québec et de l'Association des Psychiatres du Canada. Ce discours attaquait la psychiatrie com-

munautaire de façon endiablée, sur tous les fronts à la fois, faisant flèche de tout bois. Il a provoqué beaucoup de réactions, parfois vives, mais il a semé un doute dans les esprits, il a jeté un discrédit qui ne s'est jamais dissipé. «Mentez, mentez, disait Voltaire, il en restera toujours quelque chose.»

L'expression «psychiatrie de secteur» est encore utilisée, quoique de façon prudente. De plus en plus, on ne parle que de psychiatrie tout court, «parce qu'il était temps que la psychiatrie revienne à ses origines médicales.» Quelle duperie, quand on sait de quelle façon méprisante la médecine continue de considérer la psychiatrie, et de quelle façon l'hôpital général cherche encore à expulser de son sein les services psychiatriques. Sous prétexte de valoriser le traitement médical et pharmacologique de la psychose, en tenant compte des développements récents et intéressants dans ces domaines, cette position masque souvent une attitude antipsychologique, elle scotomise à dessein toute l'importance de la relation thérapeutique dans le traitement du psychotique, elle donne à l'intervention du psychiatre le caractère ponctuel qui caractérise l'intervention du médecin dans presque tous les champs de la médecine, et elle «remet à leur place» les autres professionnels de la santé mentale.

La psychiatrie communautaire constituait, au début, un projet généreux qui s'inscrivait dans une continuité historique et qui témoignait d'une conscience sociale. Je parle d'un projet de la même fa-

* L'auteur est psychiatre et chef du département de psychiatrie de l'Hôpital St-Luc, Montréal.

çon que l'on parle d'un projet de société, en ce sens que la psychiatrie communautaire apportait à l'ensemble de la psychiatrie des objectifs nouveaux, et qu'elle voulait rallier pour la réalisation de ses objectifs toutes les forces vives de la psychiatrie. Ce projet consistait essentiellement à traiter le malade psychotique ailleurs et autrement qu'à l'asile. Il se proposait de personnaliser les soins, de freiner la rupture entre le malade et son milieu, de valoriser le traitement ambulatoire, de prévenir les rechutes. Ce projet se situait enfin dans le courant de la revalorisation du droit des individus et de la protection des intérêts des minorités.

Ce projet de psychiatrie a pris racine au Québec au cours des années 60 et 70, à partir d'antennes lyonnaises, parisiennes et bostonnaises, et aussi avec une originalité bien québécoise. En rétrospective, et malgré les réflexions pessimistes suscitées par la situation actuelle, il a profondément marqué la psychiatrie québécoise. Il a probablement sous-tendu beaucoup plus qu'on ne le croit l'importante crise de l'Institut Albert-Prévost en 1972. Il a joué un rôle important dans l'accroissement spectaculaire des effectifs psychiatriques au Québec, en attirant de jeunes candidats dynamiques. Il a revitalisé la psychiatrie, l'a sortie de la torpeur asilaire, lui a donné une conscience sociale qui l'a placée à l'avant-garde des soins médicaux. Il a favorisé la pratique pluridisciplinaire de la psychiatrie, et a suscité dans les hôpitaux le recrutement de professionnels qui en étaient pratiquement absents auparavant.

Malgré ces acquis, qui ont d'ailleurs été reconnus par les membres de la Commission Castonguay-Nepveu, le projet initial vit présentement, et depuis quelques années, une perte de vitesse inquiétante. Sur le plan clinique, un phénomène en particulier m'apparaît illustrer et justifier ces appréhensions : il s'agit du sort des malades psychiatriques dans les salles d'urgence des hôpitaux montréalais. Dans un système où on prétend humaniser les soins par rapport à ce qui existait à l'époque de la psychiatrie asilaire, il y a encore, à chaque jour de l'année, quelques dizaines de malades psychiatriques en attente d'hospitalisation sur des civières dans les salles d'urgence. Cette attente dure souvent plusieurs jours. Dans plusieurs hôpitaux, elle est l'étape inévitable avant l'hospitalisation. Les locaux où l'on garde ces malades sont la plupart

du temps exigus pour ne pas dire totalement impropres à ce genre de soins et le personnel, insuffisant et mal qualifié, joue surtout un rôle de gardiennage. Inutile d'accuser les coupures budgétaires reliées à la crise économique actuelle : ce phénomène existait avant la crise. Il remonte à plus de dix ans dans certains hôpitaux. Cette situation proprement scandaleuse n'a pas encore ameuté l'opinion publique. Un collègue parisien qui a acquis en France une certaine notoriété dans le domaine des urgences psychiatriques a décrit cette situation comme étant la pire qu'il ait observée dans les pays qu'il a visités.

Que dire du phénomène des listes d'attente qui s'allongent indûment dans plusieurs cliniques externes, qui reportent à plusieurs mois le premier rendez-vous, empêchant toute prise en charge immédiate, toute intervention de crise. Ce phénomène a d'ailleurs certains liens avec celui que nous décrivions tout à l'heure dans les salles d'urgence : si les cliniques externes croyaient plus en l'intervention de crise, il y aurait peut-être moins de malades dans les salles d'urgence. Que dire des malades lourds dont on se débarrasse subtilement, en clinique externe, en les obligeant à se plier à des contraintes administratives qu'ils ne peuvent respecter, par exemple en leur imposant le respect d'un horaire de rendez-vous rigide et immuable ?

Sur le plan administratif également, il y a eu glissement du projet initial. Il arrive que de nobles ensembles soient asphyxiés par l'hypertrophie d'une de leur partie. Ainsi la sectorisation a-t-elle dénaturé la psychiatrie communautaire. Voulu initialement comme une mesure administrative permettant d'identifier des populations cibles et de mettre en place, dans chaque secteur, les ressources suffisantes, elle est devenue l'essentiel du message. Elle n'était pourtant qu'un cadre, qu'une enveloppe favorisant le bon fonctionnement de l'essentiel du projet, tel qu'il a été décrit plus haut. La sectorisation à Montréal existe depuis plus de quinze ans; elle a été acceptée officiellement par les hôpitaux en 1975 et elle subit présentement, de la part du Conseil régional, une révision complète. Son fonctionnement mobilise des quantités inimaginables de temps et d'énergie tant chez les administrateurs que chez les cliniciens. À cause de l'inégalité des ressources d'un secteur à l'autre, à cause également des différences dans les philoso-

phies de soins, elle est souvent devenue, et plusieurs ministres nous l'ont reproché, un prétexte pour refuser des malades. En milieu urbain, les limites des secteurs sont souvent artificielles, et beaucoup de malades déménagent fréquemment. Les règles qui régissent les échanges entre les secteurs essaient d'être souples et le moins possible contraignantes. Dans la pratique, ces échanges, ou plutôt ces refus, se font souvent de façon brutale et quasi arbitraire. Pour reprendre la comparaison avec la religion, la sectorisation est devenue une parade, un rituel qui évite la confrontation avec l'essentiel du message.

Nous vivons un autre phénomène, de nature administrative, qui a beaucoup contribué à stériliser la psychiatrie communautaire : le corporatisme. L'objectif de traiter le psychotique le plus possible hors de l'hôpital et dans son milieu de vie a conduit à la notion d'équipe de travail où des professionnels de diverses allégeances collaborent en vue de répondre à la gamme des besoins du malade, besoins psychologiques (psychothérapie ou thérapie de support), médicaux (neuroleptiques), sociaux (maintien des liens entre le malade et sa famille ainsi que son entourage), et de réadaptation. On a beaucoup écrit sur ce travail d'équipe pluridisciplinaire au cours des années 60 et 70; je ne m'étendrai pas là-dessus. Comme la sectorisation, la notion de travail d'équipe a survécu, dans presque tous les milieux. La sectorisation géographique et la pluridisciplinarité constituent encore ce qui distingue le plus la psychiatrie du reste de la médecine dans les hôpitaux généraux. Très souvent cependant, cette notion d'équipe a été vidée de son sens initial, a cessé d'être un tout dynamique œuvrant vers un objectif commun, pour devenir une juxtaposition de professionnels très soucieux de faire respecter leurs limites territoriales.

L'équipe a été minée de l'intérieur et de l'extérieur. De l'intérieur par une hégémonie médicale omniprésente et constamment réaffirmée sur la totalité des actions de chaque membre de l'équipe, ce qui crée une situation hiérarchique intolérable pour beaucoup de professionnels, et ce qui a occasionné des conflits qui durent dans plusieurs milieux psychiatriques québécois. Je suis médecin, et je serais certainement mal placé pour nier le fait que la psychiatrie relève de la médecine hospitalière et que, selon nos lois actuelles, tout malade inscrit ou admis dans un hôpital l'est au nom d'un

médecin. Je crois cependant qu'il est possible de respecter ce rôle particulier et quelque peu privilégié du médecin, rôle qui est imposé par diverses lois, sans pour autant stériliser le travail d'équipe, sans enlever aux professionnels non-médecins toute autonomie, toute créativité, toute marge de manœuvre. Je suis d'ailleurs persuadé que les malades sont traités de façon beaucoup plus globale, beaucoup plus humaine, beaucoup plus attentive dans une équipe pluridisciplinaire qu'ils ne le sont dans un système où le traitement ambulatoire est essentiellement assuré par les psychiatres, les autres professionnels ne devenant que des adjutants qui répondent aux demandes du psychiatre. Dans ce second modèle où le psychiatre fait pratiquement tout, laissant aux infirmières les piqûres, aux travailleurs sociaux les placements, et aux ergothérapeutes les paniers d'osier, le traitement des malades devient beaucoup plus symptomatologique et médicamenteux par la force même des choses. Ce n'est pas que le psychiatre soit incompetent ou inhumain : il lui est simplement impossible de voir tous les malades et d'accorder suffisamment de temps à chacun. Nous avons tous connu cette époque où les malades suivis en clinique externe dans les hôpitaux psychiatriques étaient vus cinq minutes par mois par le psychiatre. Si l'équipe a été créée pour permettre de supporter le fardeau du traitement des psychotiques, cet argument est certainement aussi valable pour les psychiatres que pour les autres professionnels. En résumé, si le psychiatre est le médecin de tous les malades, s'il doit participer à toutes les évaluations et s'il doit suivre le traitement pharmacologique, il n'est pas nécessaire qu'il soit le thérapeute attitré ni le psychothérapeute de tous les malades, ni même qu'il soit le chef de l'équipe. Il lui sera d'autant plus facile d'affirmer sa spécificité de médecin ainsi que les exigences des lois médicales s'il ne se mêle pas de tout régimenter et de tout administrer.

La notion d'équipe a également été minée de l'extérieur, dans le sens où les organigrammes des hôpitaux favorisent ouvertement le corporatisme. Sur papier, la notion de travail d'équipe ne peut exister dans un hôpital. Chaque professionnel doit nécessairement relever d'un supérieur hiérarchique de la même profession, qui peut exercer, s'il le veut, un contrôle total sur son service ou son

département. La notion de travail d'équipe, là où elle existe vraiment, exige que tous ces chefs de service acceptent de déléguer une partie de leur autorité à un coordonnateur qui exerce une autorité fonctionnelle sur un groupe de personnes appartenant à diverses disciplines. Ceci donne sur papier un organigramme d'une complexité incroyable, une véritable toile d'araignée où n'importe qui peut enrayer le système s'il fait le moins bien. Si la sectorisation mobilise beaucoup les énergies des gens qui se préoccupent de l'administration des services psychiatriques, il en va de même de la gestion des départements de psychiatrie : il existe autant de modèles de gestion qu'il existe d'hôpitaux, chaque modèle étant en général le fruit d'initiatives locales.

En conclusion, je crois qu'il y a lieu d'être pessimiste quant à l'avenir de la psychiatrie communautaire. Les énergies que l'on dépense actuellement à trouver un mode de gestion idéal ainsi qu'une carte idéale de la sectorisation psychiatrique seront vaines si l'on ne revient pas aux objectifs fondamentaux du projet initial. La sectorisation est appelée à disparaître (paradoxalement, au moment même où, semble-t-il, le ministère des Affaires sociales s'approprierait à la reconnaître officiellement) si on ne se souvient plus des raisons qui ont conduit à sa mise en place. Les départements de psychiatrie des hôpitaux généraux, lieu privilégié de la psychiatrie communautaire depuis ses débuts, reviendront à ce qu'ils étaient auparavant, c'est-à-dire des lieux de traitement pour malades légers, si le travail d'équipe n'est pas préservé, si le corporatisme continue de faire ses ravages. Les psychiatres traiteront alors leurs malades privés, des névrosés qui, en général, ne nécessitent pas l'apport d'une équipe pluridisciplinaire. La psychiatrie retournera alors d'où elle vient, c'est-à-dire à l'hôpital psychiatrique. Tout

est d'ailleurs prêt pour la recevoir : l'infrastructure qui n'a pas beaucoup changé, et les budgets qui sont demeurés énormes dans ces hôpitaux. Cette perspective peut paraître exagérément pessimiste; il pourrait être étonnant de constater à quel point elle correspond aux rêves secrets de beaucoup de personnes, de beaucoup de médecins et d'administrateurs d'hôpitaux qui ne veulent plus voir de psychotiques à l'intérieur des hôpitaux généraux, d'un certain nombre de malades et de personnes de l'entourage des malades qui trouvent que les psychotiques sont moins bien traités qu'avant, de beaucoup de psychiatres qui se sentaient plus à l'aise de travailler en milieu psychiatrique qu'au sein d'un hôpital général où ils risquent plus d'être confrontés de diverses sources. J'estime cependant que le projet initial est viable puisqu'on peut retrouver ses caractéristiques essentielles dans plusieurs équipes de psychiatrie, et qu'il constitue encore la façon la plus intelligente et la plus satisfaisante de pratiquer la psychiatrie.

SUMMARY

What is the future of community psychiatry in Quebec, more precisely in the Montreal area? Initially aimed at globally reorganizing psychiatric services, community psychiatry intended to take care of psychotic patients outside psychiatric hospitals, and in a different way. After an initial period of positive influence on psychiatric services in Quebec, the early objectives seem to be deteriorating. At the beginning, the geographical division of the territory in catchment areas was but one of the many characteristics of community psychiatry : with years the part has become more important than the whole and is consuming an increasing amount of energy among clinicians as well as administrators in the fields of psychiatry. Professionalism (professions claiming more autonomy) has become a threat to team work, another characteristic of community psychiatry. As one could have expected, these changes have brought, it seems, some modifications in the quality of care, as witnessed by the many psychiatric patients waiting for many days on stretchers in emergency wards and by the lengthening of waiting lists in out-patient clinics.