

Santé mentale au Québec

Le traitement dans la communauté. Enjeux et défis de bonnes pratiques en santé mentale et en psychiatrie

Lourdes Rodriguez del Barrio et Marie-Laurence Poirel

Le traitement dans la communauté
Volume 36, numéro 1, printemps 2011

URI : id.erudit.org/iderudit/1005811ar
DOI : [10.7202/1005811ar](https://doi.org/10.7202/1005811ar)

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Département de psychiatrie de l'Université de Montréal

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

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Rodriguez del Barrio, L. & Poirel, M. (2011). Le traitement dans la communauté. Enjeux et défis de bonnes pratiques en santé mentale et en psychiatrie. *Santé mentale au Québec*, 36(1), 7–12. doi:10.7202/1005811ar

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 2011

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/>]

Érudit

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. www.erudit.org



Le traitement dans la communauté. Enjeux et défis de bonnes pratiques en santé mentale et en psychiatrie

Lourdes Rodriguez del Barrio*

Marie-Laurence Poirel**

La communautarisation des services et des traitements en santé mentale, qui a grandement contribué à humaniser les soins et à rationaliser les dépenses, est désormais empreinte d'une indéniable légitimité. Toutefois, s'il existe un large consensus sur les orientations et les implications de leur organisation, les conséquences de leur déplacement vers la communauté sur la transformation des pratiques et la conception même du traitement, demeurent incertaines. Ainsi, la notion de traitement est loin de référer à une réalité homogène, et recouvre une grande diversité d'approches et de pratiques.

Chaque approche de traitement ou chaque modèle thérapeutique renvoie à une conception particulière de la souffrance et de ses causes, de stratégies et d'interventions d'aide efficaces qui visent le mieux-être ou le rétablissement. Dans le domaine de la santé mentale, une importance particulière est accordée aux conceptions souvent implicites de la personne, et des contraintes associées aux approches de traitement qui pèsent sur elle (Rodriguez et al., 2000). Les critères qui guident l'évaluation de l'efficacité des pratiques et des résultats visés, varient en fonction des facteurs socioculturels, des acteurs, et de leur position dans le système de soins. Ainsi, le développement de traitement dans la communauté implique de reconsidérer nos manières de vivre ensemble, nos conceptions de la souffrance et de la place des personnes aux prises avec des problèmes graves de santé mentale.

La complexité des troubles mentaux graves, les défis qu'ils présentent, imposent une multiplicité de solutions et de réponses. Il est donc important d'examiner les implications cliniques et thérapeutiques

* Ph.D., directrice académique de l'Alliance internationale de recherche universités et communautés — Santé mentale et citoyenneté, professeure agrégée, École de service social, Université de Montréal.

** Ph.D., Alliance internationale de recherche universités et communautés — Santé mentale et citoyenneté, professeure, École de service social, Université de Montréal.

des différents dispositifs ou modes de traitement (Sassolas et al., 2004 ; Bachrach, 1978). Plutôt que de comparer les différents modèles les uns aux autres, certains auteurs soulignent l'importance d'étudier leur contribution respective dans un système qui offre des services diversifiés et des stratégies de soins qui tentent de répondre à un large éventail d'expériences et de besoins des personnes avec des troubles mentaux graves, à différentes étapes de leur vie (Rodriguez et al., 2006 ; Thornicroft et Tansella, 2004 ; Davidson et al., 1996). En ce sens, une voie peu explorée est celle qui consiste à interroger les personnes à qui ces approches sont destinées, et les intervenants qui dispensent le traitement (McGrew et al., 2003 ; Moos, 1997). C'est cette voie que nous avons privilégiée dans ce dossier consacré au traitement dans la communauté.

Il fait suite à un colloque initié par l'Alliance de recherche internationale Santé mentale et citoyenneté¹ (ARUCI-SMC), tenu à l'Université de Montréal en 2010 dans le cadre de l'ACFAS. Le colloque a permis aux intervenants des milieux de la recherche et de l'intervention des réseaux public et communautaire, de réfléchir sur les enjeux et les défis du traitement dans la communauté.

L'ancrage du développement des pratiques : recherche et expérience

Ce dossier est en partie constitué d'articles de recherche qui amorcent la réflexion sur deux types de dispositifs de traitement, leur histoire et les bases du projet thérapeutique qui sous-tend leur développement : les modèles de pratique où le traitement est dispensé dans le milieu de vie des personnes, plus particulièrement le suivi intensif et à intensité variable (Latimer et Rabouin ; Rodriguez), et des modèles de pratique où le traitement se déploie à partir d'un lieu de soin spécifique, comme les hôpitaux de jour en psychiatrie (Larivière et Boyer) et les ressources alternatives de traitement (Poirel et Corin).

L'implantation de dispositifs de traitement dans la communauté constitue toujours un projet porté et réinventé quotidiennement par les organismes et les intervenants. En ce sens, les entretiens avec Marie-Luce Quintal et Lori Girard permettent d'approfondir la réflexion sur les implications, les limites et les conditions de développement de ces dispositifs. Ces intervenantes décrivent aussi les efforts constants d'adaptation et les exigences de la prise en compte de la singularité des parcours des personnes usagères. Ce dossier aura une suite dans un prochain numéro de *Santé mentale au Québec* avec un commentaire des membres du Comité citoyens de l'ARUCI Santé mentale et citoyenneté du Québec² qui introduira un autre regard sur le traitement dans la

communauté, et sur le rôle de la recherche dans l'innovation des pratiques en santé mentale : celui des personnes avec des problèmes de santé mentale et usagers des services qui discuteront des articles qui composent le dossier.

Élargir la perspective

Les articles reflètent les pratiques communautaires au Québec et ailleurs, et présentent des chemins qui parfois convergent, parfois bifurquent, mais qui facilitent la mise en perspective et l'approfondissement des enjeux du développement des pratiques de traitement dans la communauté.

Tous les articles invitent à une remise en question de la prise en charge et de la « surveillance » en milieu hospitalier des personnes avec des problèmes graves de santé mentale. Les auteurs réaffirment l'importance de développer des pratiques qui rejoignent les personnes dans leur milieu et qui sont axées sur leur projet de vie (Larivière et Boyer). Certains auteurs insistent sur les limites actuelles de la recherche sur l'organisation de services et de pratiques susceptibles de mieux soutenir les personnes (Latimer et Rabouin ; Rodriguez ; Poirel et Corin).

Les études et les approches d'intervention présentées dans ces articles, tentent d'identifier les paramètres qui pourraient apporter des changements dans les services, les pratiques, les conditions de vie et les parcours des personnes usagères. Les auteurs utilisent différents termes pour nommer, identifier, qualifier et décrire les finalités poursuivies par les projets thérapeutiques : « la transition vers la vie dans la communauté » après une période de crise ou une hospitalisation (Larivière et Boyer), le « rétablissement » (Quintal), la réadaptation (Girard), la « (re)mobilisation de l'être », la « subjectivation » (Poirel et Corin). Certains auteurs identifient le traitement directement aux interventions qui sont axées sur la réduction des symptômes ; ils le distinguent de la « réadaptation » qui viserait une vie satisfaisante dans la communauté par le développement chez la personne, d'habiletés nécessaires à l'intégration sociale « normalisée » (Latimer et Rabouin ; Girard). Du côté de la communauté, la réadaptation aurait comme objectif, de réduire la discrimination et les obstacles à la réinsertion (Girard ; Quintal). L'article de Latimer et Rabouin considère l'évaluation des divers modèles en fonction des critères habituellement utilisés dans la recherche quantitative fondée sur les données probantes : la réduction du nombre d'hospitalisations, la satisfaction des usagers, le fonctionnement social. Ces auteurs présentent une synthèse des résultats et des limites de certaines études répertoriées. Ils concluent en faveur d'un modèle axé

sur les forces, qui semble contribuer davantage à la qualité de vie et à l'amélioration du fonctionnement social des personnes.

Tous soulignent l'importance de privilégier les pratiques axées sur les projets de vie des personnes, la mobilisation de leur capacité d'agir dans le respect de leurs choix. On aborde aussi les limites des dispositifs et les dilemmes éthiques et cliniques associés aux pratiques, notamment la tension entre les désirs des personnes (la continuité dans la relation avec l'intervenant et les organismes), et les contraintes ou les paradoxes imposés par leur situation, l'organisation des services et les politiques de soutien social. Par ailleurs, les conceptions de l'autonomie, de l'intégration sociale, de la participation citoyenne et des pratiques qui les favorisent, diffèrent grandement selon la perspective adoptée : celle des parcours des personnes ou celle du développement de services efficaces.

Certains articles présentent des analyses des pratiques qui tiennent compte à la fois de l'expérience des intervenants (Rodriguez ; Girard ; Quintal ; Poirel et Corin) et des personnes usagères (Larivière et Boyer ; Poirel et Corin). Ils donnent un éclairage particulier aux dynamiques de transformations vécues par les personnes engagées dans une expérience de traitement. De cette perspective, il apparaît souvent difficile de ramener le traitement à un type de service situé dans un système hiérarchisé. Ainsi, les parcours singuliers auxquels certains articles réfèrent, débordent les distinctions classiques entre le « traitement » qui a pour principale visée la réduction des symptômes, et la « réadaptation » qui vise le développement d'habiletés nécessaires à l'intégration sociale.

Certains auteurs présentent des dimensions essentielles de pratiques de traitement dans la communauté. Les articles de Larivière et Boyer et Poirel et Corin soulignent l'importance de la qualité de l'environnement physique et relationnel des organismes selon la perspective des personnes usagères : l'accueil et les liens entre les personnes et les intervenants. Les auteurs donnent des exemples comment ces composantes contribuent à créer un climat de confiance qui permet aux personnes de se sentir reconnues, acceptées et comprises, parfois pour la première fois. Les mêmes éléments du point de vue des intervenants dans des dispositifs très différents (suivi intensif dans la communauté, suivi à intensité variable et centre thérapeutique de soutien à la vie dans la communauté), ressortent dans les entretiens (Girard ; Quintal) et l'article de Rodriguez.

Dans tous les articles, la question de la continuité est posée en termes de relations significatives, plutôt que celle de l'accessibilité à des services organisés selon une classification hiérarchique des besoins.

C'est le maintien de la relation avec les mêmes intervenants, la même équipe, le même organisme qui favorise un accompagnement soutenu, qui est privilégié. Quintal qualifie ce rôle de « racine », de source d'énergie, d'ancrage qui privilégie l'épanouissement et l'autonomie. La flexibilité dans la durée et l'intensité, et la possibilité de demeurer la référence principale pour l'organisme et l'équipe d'intervenants en cas de nouvelles difficultés, semblent être des aspects essentiels au maintien d'une vie satisfaisante dans la communauté.

Ce dossier met aussi en évidence que le traitement, à cause des changements personnels qu'il rend possibles ou consolide, déborde largement le contrôle des symptômes ou l'intégration dans des ressources sociales normalisées. Ces changements mobilisent d'autres dimensions de l'humain : l'espoir, le désir, et les rêves, la compréhension de soi, l'apprentissage des relations interpersonnelles, et l'altruisme. Ces dimensions sont identifiées par les personnes usagères, qu'elles fréquentent des ressources publiques ou communautaires, comme essentielles à un véritable travail sur soi aux plans intra-personnel et relationnel, travail qui permet un repositionnement dans son rapport aux autres, à la société et au monde.

Notes

1. Subventionnée par le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH), l'Alliance internationale de recherche universités-communautés Santé mentale et citoyenneté (ARUCI-SMC) réunit plusieurs acteurs (chercheurs, représentants de milieux de pratiques et personnes usagères) au Canada et au Brésil engagés dans l'avancement des connaissances, le renouvellement des pratiques et la transformation sociale. Leur objectif commun : faire en sorte que les personnes avec des problèmes graves de santé mentale puissent exercer leurs droits et avoir accès à une vie de qualité au cœur de la cité.
2. Des comités composés de personnes utilisatrices de services ont été mis en place au Québec et au Brésil, en lien direct avec les orientations de l'ARUCI-SMC. Au Québec, le Comité citoyens a ainsi pour mandat d'assurer la prise en compte et la participation active des personnes vivant ou ayant vécu avec des problèmes de santé mentale dans les différentes instances et activités, et de leur permettre de participer pleinement aux orientations de l'ARUCI-SMC.

Références

- BACHRACH, L. L., 1978, A conceptual approach to deinstitutionalization, *Hospital and Community Psychiatry*, 29, 9, 573-578.

- DAVIDSON, L., KRAEMER TEBES, J., RAKFELDT, J., SLEDGE, W. H., 1996, Differences in social environment between inpatient and day hospital-crisis respite settings, *Psychiatric Services*, 47, 7, 714-720.
- MCGREW, J. H., PERCOSOLIDO, B., WRIGHT, E., 2003, Case managers' perspectives on critical ingredients of assertive community treatment and on its implementation, *Psychiatric Services*, 54, 370-376.
- MOOS, R. H., 1997, *Evaluating Treatment Environments. The Quality of Psychiatric and Substance Abuse Programs*, Transactions Publishers, New Brunswick, N. J.
- RODRIGUEZ, L., BOURGEOIS, L., LANDRY, Y. GUAY, L., PINARD, J.-L., 2006, *Repenser la qualité des services en santé mentale. Changer de perspective*, Presses de l'université du Québec, Québec.
- RODRIGUEZ, L., CORIN, E., GUAY, L., 2000, La thérapie alternative : se (re)mettre en mouvement, in Lecomte, Y., Gagné, J., eds., *Les ressources alternatives de traitement*, Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec et Santé mentale au Québec, 44-94.
- SASSOLAS, M., 2004, *Malaise dans la psychiatrie*, Éditions Érès, Toulouse.
- THORICROFT, G., TANSELLA, M., 2004, Components of a modern mental health service : a pragmatic balance of community and hospital care, Overview of systematic evidence, *British Journal of Psychiatry*, 185, 283-290.