

Je suis un psychiatre volant I am a flying psychiatrist

Michel Messier

Volume 8, numéro 1, juin 1983

Structures intermédiaires ou alternatives?

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030162ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030162ar>

[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

Messier, M. (1983). Je suis un psychiatre volant. *Santé mentale au Québec*, 8(1), 39–46. <https://doi.org/10.7202/030162ar>

Résumé de l'article

Cet article tente de décrire les conditions d'exercice réelles d'un psychiatre itinérant. Puis à travers un bref retour historique, nous essayons de voir à quels courants s'alimente cette modalité de pratique : essentiellement ce qui s'est fait en France et aux États-Unis. Je reviens finalement sur mon expérience personnelle pour tenter de cerner les motivations plus profondes qui ont sous-tendu mon action, et explorer davantage le rôle que nous sommes appelés à jouer dans le contexte de «l'itinérance» ; généralement, il est plus polyvalent et requiert beaucoup de modération. L'article se termine sur les intérêts particuliers de cette modalité de pratique et quelques recommandations visant à favoriser d'une part l'insertion de psychiatres permanents dans les régions périphériques et d'autre part une meilleure intégration du travail des psychiatres permanents et itinérants.

JE SUIS UN PSYCHIATRE VOLANT

*Michel Messier**

Cet article tente de décrire les conditions d'exercice réelles d'un psychiatre itinérant. Puis à travers un bref retour historique, nous essayons de voir à quels courants s'alimente cette modalité de pratique : essentiellement ce qui s'est fait en France et aux États-Unis.

Je reviens finalement sur mon expérience personnelle pour tenter de cerner les motivations plus profondes qui ont sous-tendu mon action, et explorer davantage le rôle que nous sommes appelés à jouer dans le contexte de « l'itinérance » ; généralement, il est plus polyvalent et requiert beaucoup de modération.

L'article se termine sur les intérêts particuliers de cette modalité de pratique et quelques recommandations visant à favoriser d'une part l'insertion de psychiatres permanents dans les régions périphériques et d'autre part une meilleure intégration du travail des psychiatres permanents et itinérants.

LE VOYAGE

5 h 30, le réveil sonne et ma journée de consultation à Amos commence. Un brin de toilette, je m'habille chaudement car l'hiver, c'est plutôt froid là-bas et puis j'espère que la voiture va démarrer sans problème.

6 h 30. Arrivée à l'aéroport pour prendre mon billet d'avion et en réserver un autre deux semaines à l'avance pour mon prochain voyage.

7 h. Le bi-moteur à réaction de Nordair décolle et je peux me reposer un peu, compléter ma nuit de sommeil ou déjeuner, ma foi, très convenablement.

8 h. Arrivée à l'aéroport de Val-d'Or où l'avion se pose dans toutes sortes de conditions atmosphériques en autant que le pilote puisse voir le sol à quelques centaines de pieds. Location de la voiture, bien chauffée parce que nous sommes attendus, depuis le temps qu'on nous connaît là-bas.

9 h, arrivée à Amos, 45 milles plus au nord, ville qui se révèle tout d'un coup et se signale par la présence de ses trois géants : la cathédrale de style byzantin, l'Hôtel-Dieu de 225 lits juché haut sur la rive nord de l'Harricana et un peu plus loin, le nouveau-né, l'usine de pâte à papiers de la

Donohue qui emploie quelque trois cents ouvriers quand l'économie va bien.

Tout au cours de la matinée, se succèdent des rencontres avec les médecins de famille de la place et certains membres du personnel ; puis je procède à une ou deux évaluations de malades. À midi, on avale vite le dîner à moins qu'un achalandage moins important nous permette d'aller prendre repas et bière à l'une des brasseries locales. Au début de l'après-midi, réunion d'équipe pour faire l'analyse et la synthèse des problèmes que nous posent la plupart des malades hospitalisés ; les médecins de famille participent selon leurs besoins et leurs intérêts. Vers 15 heures, réunion du comité de coordination qui regroupe autour de la coordonnatrice des services psychiatriques les divers responsables : l'assistante infirmière-chef de l'interne, le chef d'équipe de l'externe, le chef du centre de jour, le chef du département de psychiatrie, le chef d'équipe du service des activités (ergothérapie) et le directeur délégué aux services psychiatriques, en l'occurrence la directrice des soins infirmiers. Cette réunion étudie les problèmes qui concernent l'ensemble des membres des services psychiatriques et propose les changements ou développements jugés nécessaires ; la présence des responsables et de la direction en assure l'exécution.

* L'auteur est chef des départements de psychiatrie de l'Hôtel-Dieu d'Amos et de La Cité de la Santé de Laval.

16 h 30, je complète les évaluations des nouveaux malades ou je réévalue certains malades dont l'état n'évolue pas ou même se détériore. 18 heures, départ pour Val-d'Or où je prends l'avion de retour vers 19 h 30; l'arrivée à Dorval ne se fait guère avant 20 h 30. De retour à la maison, il est 21 h, soit 15 heures après le départ matinal.

Certains jours, le nombre de malades à évaluer ou encore une rencontre avec la direction de l'hôpital ou le conseil des médecins nécessitent un allongement de la journée de travail à Amos, ce qui m'oblige à prendre le dernier avion à 21 h 35 avec retour à domicile vers 23 h.

Ça, c'est une bonne journée! Si le temps fait des siennes, le départ ou le retour peuvent être retardés de 1 à 2 heures ou tout simplement annulés, ce qui est tout de même très rare. Parfois, l'avion se pose ailleurs que prévu et on en profite alors pour faire un peu de tourisme ce qui n'est pas désagréable! Si la compagnie vend plus de billets qu'il n'y a de places, ou qu'un malade exige un transfert urgent à Montréal, on peut être invité à faire la route en autobus! Départ à minuit de Val-d'Or, arrivée à Montréal à 7 h le matin. Inutile de vous dire qu'on est particulièrement en forme pour la journée de travail qui commence.

HISTORIQUE

Il faut remonter en arrière pour réaliser que le phénomène de la psychiatrie itinérante n'est pas nouveau au Québec. Déjà en 1949, une équipe rattachée au Verdun Protestant Hospital (Hôpital Douglas) allait offrir ses services de consultation à Sherbrooke à chaque mois (Reen, G.E., Silver, A., 1952).

À la fin des années 60, alors que le mouvement de psychiatrie communautaire gagnait de la force, les services psychiatriques commencèrent à s'organiser dans le Nord-ouest québécois. Ils représentaient la réponse tant à un besoin reconnu par certains professionnels de Montréal qu'à un besoin ressenti par les citoyens du Nord-ouest québécois regroupés sous la forme d'une filiale de l'Association Canadienne pour la Santé Mentale. D'autres régions éloignées de grands centres connurent alors une histoire assez semblable.

Au début, presque tous les professionnels venaient de Montréal. Graduellement, les hôpitaux et les services psychiatriques locaux en engagèrent qui devinrent permanents. En novembre 69, j'étais parmi les tout premiers qui vinrent apporter «la bonne nouvelle psychiatrique» dans le NOQ. Mon point de service était à Amos et sauf à quelques occasions, c'est toujours là que j'ai travaillé.

Je venais tout juste d'être certifié psychiatre après une formation qui m'avait amené à Boston et à Paris. Aux États-Unis la mode était au centre de santé mentale communautaire, à la prévention et à l'implication des non-professionnels et des ressources locales. À Paris, on s'interrogeait sur la structure psychotique, l'horizontalité du regard réciproque, le rôle de l'équipe versus celui de l'institution et on procédait à la sectorisation administrative de tout le territoire.

Alimenté à ces deux courants si riches et si féconds, il était difficile de résister à l'aventure de pionniers que nous proposait le développement des services psychiatriques dans le NOQ. C'est donc avec enthousiasme que je me joignis au groupe de jeunes professionnels de diverses disciplines désireux de s'impliquer dans ce projet. Le docteur Arthur Amyot était le coordonnateur du projet et nous réunissait après chaque visite, à l'aéroport même de Dorval, pour mettre en commun nos expériences, nos déboires, nos besoins, nos progrès. Il en est résulté une grande homogénéité de pensée avec tout de même assez de souplesse pour respecter les conditions locales de chaque point de service (Amyot, A., Messier, M.J., 1973). Ceux-ci étaient en général situés à l'intérieur ou à proximité des hôpitaux des six principales villes de la région. Nous étions presque une vingtaine à émigrer ainsi dans le nord à chaque quinzaine pour 48 heures. Le même processus se poursuivait mais à une échelle moindre en ce qui concerne la pédo-psychiatrie.

À Amos, la collaboration des autorités hospitalières nous fut acquise dès le départ et nous permit en 18 mois d'organiser sur place une équipe externe et des services hospitaliers de 16 lits. La population desservie atteignait environ 25 000 habitants. Rolande Dupré à l'externe et Anita Boutin à l'interne furent les deux infirmières qui assumèrent sur place le poids de l'organisation quotidienne des services psychiatriques. Les méde-

cins de famille acceptèrent d'y prendre la responsabilité de médecins traitants ce qui ne pouvait être dévolu aux médecins psychiatres présents alors 2 jours sur 14. Les professionnels itinérants avaient comme rôle d'être surtout des consultants auprès des gens en place et de supporter ou d'encadrer leurs efforts par leur présence régulière tout au cours des années.

Dans des articles publiés il y a déjà une dizaine d'années, nous avons fait une revue critique du travail accompli dans le Nord-ouest québécois (Leduc, M. *et al.*, 1971; Messier, M. *et al.*, 1971; Pinard, G., Blanchet, A. *et al.*, 1971). Il suffit ici de noter qu'après un fonctionnement de 12 mois, le nombre de malades hospitalisés à l'extérieur de la région à notre demande était tombé à près de zéro; quelques-uns continuaient à fréquenter les grands centres urbains soit parce qu'eux-mêmes, leurs familles ou leurs médecins le requéraient. La région était donc devenue capable d'offrir les services psychiatriques requis à plus de 90% des malades qui y habitaient.

De plus, après nous avoir vu travailler quelque temps, un médecin de famille d'Amos décide d'aller se spécialiser en psychiatrie et compte revenir sur place. Nous ne pouvions être plus heureux, car il faut bien reconnaître que le recrutement des psychiatres permanents en région éloignée n'est pas chose aisée. Rien n'a changé à ce sujet d'ailleurs, même aujourd'hui.

Toujours est-il qu'en 1975, Jacquelin Cossette revient pratiquer à Amos comme psychiatre permanent. Il maintient un système de liaison avec la métropole en demandant à certains psychiatres de venir le rejoindre régulièrement soit pour un travail spécifique ou encore pour le remplacer durant une absence pour vacances, perfectionnement, etc. Les autres disciplines comptent chacune un ou plusieurs représentants permanents sur place. Bref, tous les éléments requis étaient réunis et on aurait pu espérer que les services psychiatriques continuent à se développer harmonieusement. Il semble bien que dès le début, la présence d'un médecin psychiatre à temps plein ait plus augmenté la complexité des rapports entre professionnels que l'aide disponible aux malades. Il s'en suivit une lutte intestine qui dura quelque 5 ans, et se solda par la démission de 5 professionnels des services psychiatriques, dont le psychiatre perma-

nent. Or, au même moment, la Régie de l'Assurance Maladie du Québec exigeait le remboursement des sommes payées pour le temps de voyage et menaçait de ce fait la venue des psychiatres de Montréal.

Début 1981, nous étions aussi en pleine période de coupures budgétaires et l'on a cru que l'administration en profiterait sans doute pour clore définitivement les services psychiatriques à Amos, services qui lui avaient causé plus de maux de tête que tout le reste de l'hôpital pendant les dernières années. Cependant, l'administration décida de maintenir les services, de rémunérer le temps de voyage et de laisser intactes les ressources humaines en psychiatrie.

Depuis juin 1981, trois psychiatres suivis bientôt d'un pédo-psychiatre, viennent passer 9 heures chacun, chaque semaine, à l'Hôtel-Dieu d'Amos. Ils assument la consultation et l'enseignement, et participent à la direction du département de psychiatrie et à la coordination de l'Unité des Services psychiatriques.

Bien que nous ayons dû nous priver pendant près de 18 mois de trois professionnels à temps plein, à la fin de 82 le travail clinique a plus que doublé, le nombre moyen de lits occupés est passé de 16 à 10, le centre de jour offre deux programmes à quelque 15 bénéficiaires et d'une manière générale les relations internes et externes sont beaucoup plus agréables. Une inspection récente (printemps 82) de la Corporation Professionnelle des Médecins du Québec et de l'Association Canadienne d'Accréditation des Hôpitaux reconnaissait la haute qualité des services de l'ensemble de l'Hôtel-Dieu d'Amos, en lui donnant la plus haute évaluation. Cette évaluation incluait spécifiquement la psychiatrie, où l'on déplorait par ailleurs l'absence d'un psychiatre permanent!

Pourtant il y avait 3 psychiatres permanents œuvrant dans les services hospitaliers dans le Nord-ouest québécois jusqu'à l'été 81. Deux ont démissionné et l'autre a réduit considérablement son temps de présence. Ces médecins œuvraient pourtant au sein d'équipes multidisciplinaires dont la qualité et l'importance se comparent encore avantageusement à celles de plusieurs hôpitaux de Montréal. Ils étaient secondés par de nombreux psychiatres itinérants (environ 10) qui assumaient une partie importante du travail clinique, évaluation

et consultation, et aussi du travail d'enseignement. De plus 4 parmi ces «psychiatres volants» viennent dans le Nord-ouest québécois depuis plus de 10 ans et ce au moins deux fois par mois.

Pourquoi le Nord-ouest québécois attire-t-il tant les itinérants et décourage-t-il tant les permanents? Les 3 psychiatres permanents du Nord-ouest québécois ont répondu à cette question dans un long réquisitoire adressé au Ministre des Affaires sociales. Ils y proposent d'ailleurs des solutions qu'on se doit d'examiner.

Ici, c'est la motivation du «volant» que j'essaierai d'explorer, de critiquer aussi pour voir enfin s'il n'y a pas possibilité de plus d'union et de moins d'opposition entre ces diverses façons d'être psychiatre dans le Nord-ouest québécois.

MOTIVATION DU PSYCHIATRE ITINÉRANT

Lorsqu'on m'a proposé d'écrire sur mon expérience de l'itinérance en psychiatrie, il me semblait que je savais très bien ce que c'était et pourquoi j'y adhérais. Mais tout s'est embrouillé jusqu'à ce que j'en parle avec mes collègues «volants» et puis quelques idées se sont précisées.

Comme je le mentionne plus haut, au début des années 70 et à 30 ans, tout était possible au Québec, surtout aider quelque chose de neuf à se bâtir, à s'émanciper, à exister en soi et en lien avec le monde environnant. C'est bien dans cet élan créateur que se situent nos premières envolées dans le Nord-ouest québécois.

Pour moi, alors psychiatre à St-Jean-de-Dieu qui allait fêter son centenaire, travailler à Amos me permettait d'essayer et de comparer divers modèles d'organisation de services. En effet, tant à Montréal qu'à Amos, il s'agissait d'organiser des services psychiatriques dans tout un secteur mais à partir de différences importantes concernant la taille des secteurs et leur population, l'importance des ressources et leur histoire, leur cadre et leur problématique.

Comment identifier assez sûrement les objectifs dans deux milieux si différents? Comment mesurer jusqu'à quel point on les atteint? Comment coordonner le tout? À qui demander quoi, dans quel ordre? Bref, les différences me permettaient de faire la part des choses entre l'accessoire et l'essentiel dans l'organisation des services psychiatriques.

Ainsi, à Amos, d'emblée, le rôle des professionnels volants et du psychiatre en particulier en fut un de conseiller clinique auprès des omnipraticiens et des autres professionnels en psychiatrie, conseiller administratif auprès des cadres et de la direction.

Le fonctionnement habituel favorisait la concertation et débouchait sur des décisions de type collégial que les responsables à divers niveaux étaient chargés d'exécuter par la suite. Nous évitions d'assumer des postes hiérarchiques au profit de postes conseil avec plein droit de parole aux réunions délibérantes où le maximum d'information était véhiculé. C'est là qu'étaient élaborés les objectifs, stratégies et programmes d'intervention ou de développement.

Or tout ceci découlait de la philosophie d'action américaine qui, devant l'abondance des problèmes et la pénurie des ressources, recommandait aux professionnels en psychiatrie et aux psychiatres de multiplier leur action en orientant, supportant, coordonnant l'aide de personnes ressources sur place, moins spécialisées peut-être mais intéressées, disponibles et suffisamment compétentes, de façon à leur permettre d'utiliser toute leur possibilité d'aide. Ces personnes connaissent d'ailleurs souvent beaucoup mieux les rouages intimes de leur monde et arrivent à en tirer des solutions originales que personne de l'extérieur ne pourrait même imaginer. Simultanément, la France nous proposait un fonctionnement où la collégialité primait, ainsi que la co-option et l'horizontalité du regard échangé entre soignants et soignés par opposition à la verticalité du regard hiérarchique, du directeur sur le clinicien, du soignant sur le soigné.

L'intermittence même de la présence des psychiatres itinérants les a invités (les a forcés?) à mettre sur pied des structures légères, reposant sur les gens en place et leur permettant donc de s'absenter sans que tout croule de ce fait. À partir de cette philosophie, il est remarquable de voir combien a été réalisé en peu de temps et avec des ressources limitées, entre la fin de 69 et l'année 71 alors qu'on a dressé le premier bilan de cette expérience. En même temps, ceci venait enrichir la réflexion et l'action des professionnels de Montréal qui avaient chez eux beaucoup de mal à organiser des services bien différents de ce qu'ils avaient été habitués à connaître. En effet,

cette nouvelle philosophie heurtait bien des façons de faire et «l'establishment» n'était pas prêt à partager largement son expertise et son pouvoir. En examinant les services psychiatriques de Montréal aujourd'hui, on peut voir ceux qui ont été influencés par cette approche et souvent l'ont apprise ou exercée en région éloignée avant d'être assez solides pour l'implanter chez eux.

LA CLINIQUE

Au plan clinique, nous découvriions des syndromes psychiatriques à l'état pur c'est-à-dire non contaminés par des nombreuses tentatives thérapeutiques antérieures. Comme certains d'entre nous le disent : «Ici, il y a de vrais malades». Ceci par opposition aux malades «professionnels» de nos cliniques externes ou de nos services hospitaliers urbains. Pour ceux qu'intéresse la consultation liaison, c'est la modalité de pratique privilégiée en région éloignée et elle peut s'adresser à l'ensemble des personnes intéressées à la psychiatrie et même à la santé mentale. Le psychiatre doit favoriser une relation étroite avec ses collègues omnipraticiens qui assument au jour le jour la responsabilité des malades hospitalisés et d'une bonne partie de ceux suivis en consultation externe, soit seul soit de concert avec un autre professionnel en psychiatrie. Le médecin psychiatre peut évidemment être le médecin traitant d'un certain nombre de malades, en particulier à la consultation externe mais ceci devrait représenter l'exception qui confirme la règle et non la norme. Par ailleurs, il est tout aussi important que tout bénéficiaire qui s'adresse aux services psychiatriques voit ses difficultés évaluées par le médecin psychiatre qui est d'habitude le seul habilité à engager l'établissement et ses ressources professionnelles dans un plan de traitement adapté à un malade précis. En suivant la même logique, il signifie le congé de chaque bénéficiaire après consultation à cet effet des autres membres de l'équipe.

L'ACCUEIL

À Montréal, j'ai toujours pratiqué une séparation nette entre mes amis et mes loisirs d'une part, mes collègues et mon travail d'autre part. Bien que

cette règle ne soit pas rigide, elle souffre peu d'exception. Il y a bien les fêtes annuelles ou les anniversaires, mais la camaraderie s'y développe d'autant mieux que les relations restent professionnelles et que les «amours» n'y abondent point.

À Amos, ce n'est pas le contraire exactement; il y existe aussi et surtout un accueil chaleureux et ouvert à ce que nous pouvons apporter. La distance dans le temps et dans l'espace permet d'être plus présent lorsqu'on y est : présent aussi à plusieurs niveaux. Le type de vie des gens sur place nous y invite d'ailleurs car ils partagent d'habitude plus que le travail entre eux. La petite taille de la ville et son isolement relatif forcent les gens à jouer plusieurs rôles les uns envers les autres et souvent simultanément. Ainsi, comme médecin de famille, vous pouvez soigner une infirmière qui partage par ailleurs les soins de certains bénéficiaires avec vous et en particulier ceux de membres de votre famille, hospitalisés quelque temps en psychiatrie. Il est fort possible que le même médecin aille à la chasse avec le mari d'une autre collègue professionnelle et que son épouse et cette collègue se retrouvent côte à côte au comité de parents de l'école primaire. Ces situations ne sont pas rares et on peut imaginer comment un conflit ou une opposition sur quelque sujet, entre une et l'autre de ces personnes, peut avoir des répercussions sur le reste de leur rapport. Par ailleurs, personne n'est indifférent à personne et si quelque difficulté surgit chez quelqu'un, le groupe a tôt fait d'adopter une stratégie d'aide assez efficace. En retour, si quelque catastrophe touche un membre du groupe, celui-ci s'en trouvera ébranlé au complet et pour un long moment.

Le professionnel itinérant est donc dans une position de choix pour permettre à ses collègues et amis de respirer un peu mieux. Notre discrétion peut représenter pour certains une soupape de sûreté et aidera souvent les uns et les autres à voir un peu plus clair dans ce qui les unit et les divise. L'éloignement et la présence intermittente du volant permettent de jouer le rôle d'un confident non encombrant, non menaçant.

Il y a évidemment quelque chose de gratifiant à ce rôle pour les professionnels de notre métier. Le piège à éviter est celui d'adopter une attitude de psychothérapeute, neutre et bienveillante! Ce qui est souhaité relève plus du partage des idées,

des expériences, des succès et des déboires, etc. L'autre piège serait de devenir l'arbitre ou le grand manitou dont on attendrait la visite hebdomadaire pour tout régler. Il y a bien des années qu'on fait face à toutes sortes de problèmes en région éloignée et on a appris à les solutionner seul. Ce qu'on cherche, c'est plutôt des alternatives, des perspectives différentes qu'on utilisera pour inventer concrètement des moyens d'action, des programmes, etc.

AUTRES AVANTAGES

Il y a aussi bien des avantages secondaires, liés à la nature même de l'entreprise, mais non recherchés initialement pour eux-mêmes. Je pense ainsi à la vie au grand air, comme le camping, la chasse, la pêche, la motoneige, etc. Ceci fait partie de ce qu'a à offrir cette région et ne pas en profiter m'apparaît presque impoli ou méprisant, un peu comme si on ne pouvait pas reconnaître autre chose qu'une situation de travail ou de labeur.

Il y a aussi les avantages financiers qui existent depuis le 16 juillet 1982. Auparavant, les médecins psychiatres n'étaient remboursés que pour le travail fait sur place et il était «illégal» d'exiger le remboursement du temps du voyage. Il faut dire que les administrations hospitalières étaient un peu plus réalistes que le ministère des Affaires sociales et ont toujours reconnu la pertinence de dédommager les médecins pour le temps mis à se rendre sur place et retourner chez eux. Ceci est maintenant reconnu dans une lettre d'entente entre le ministère des Affaires sociales et la Fédération des Médecins Spécialistes du Québec, et permet même aux médecins psychiatres de toucher la prime d'éloignement de 20% pour les médecins œuvrant en région éloignée durant le temps passé sur place et non celui du déplacement. Les frais de voyage et de séjour sont remboursés en totalité par l'établissement hospitalier qui reçoit le psychiatre.

Il y a ici une leçon à tirer car souvent on a pensé que d'augmenter la rémunération des médecins pourrait les attirer dans le Nord-ouest québécois. Si je me fie à l'expérience des psychiatres itinérants, ceci n'a jamais été la principale motivation et ce n'est pas le supplément minime qu'on nous octroie depuis peu qui va motiver

quelqu'un pour ce genre de travail. C'est nécessairement l'ensemble de la situation qu'il faut examiner et, en particulier, il faut préparer les jeunes médecins psychiatres à travailler dans ces conditions particulières en organisant une partie de leur formation dans de tels centres sous la supervision de gens qui les fréquentent régulièrement. On pourrait avoir ainsi un moyen bien plus efficace de favoriser l'insertion de psychiatres et une insertion qui a des chances de réussir parce qu'elle sera mieux préparée et tiendra compte aussi des réalités particulières de la vie des professionnels de ces régions. Le fait d'avoir un groupe plutôt que des individus au service d'une région éloignée m'apparaît particulièrement important car il y a toute la possibilité d'échange, de support, de remplacement, d'entraide, etc. On a pu voir que l'isolement des médecins, en particulier les psychiatres, favorise plutôt l'éclosion d'un sentiment d'être exclu et persécuté plutôt que d'être recherché, apprécié et intégré dans le groupe.

BESOINS À SATISFAIRE

Si on veut continuer à développer les services psychiatriques en région éloignée, il va falloir s'articuler sur une analyse des besoins objectifs des malades, des populations et des professionnels sur place. Il me semble nécessaire que les services intègrent pour une période de temps indéfinie des professionnels en provenance des centres urbains, et qu'on arrête de voir dans cette formule une solution temporaire permettant le démarrage ou le «patchage» mais bien quelque chose de régulier.

Les professionnels permanents ont su développer au maximum leur autonomie, leur débrouillardise et leur sens des responsabilités face aux différents problèmes cliniques et même administratifs qui les ont assaillis au fil des années. Ils travaillent en s'approchant de leurs limites alors que souvent, dans les milieux urbains, les professionnels, et en particulier les omnipraticiens, jouent un rôle bien en deçà de leurs moyens. Facilité? Encadrement plus serré? Abondance des ressources? Un peu de sclérose peut-être?

Par ailleurs, bien que ces professionnels développent leur spontanéité et leur capacité d'agir, ils souhaitent notre aide pour faciliter un retour

sur eux-mêmes, leur réflexion critique et théorique, leur enseignement. Dans ce cas-ci, l'abondance des ressources, une saine compétition et le brassage d'idées créent dans les centres urbains des conditions plus propices à l'éclosion d'une remise en question continue.

Mon propos se veut général, mais je dois reconnaître qu'il s'appuie surtout sur mon expérience d'Amos; il y a peut-être des différences individuelles que l'on peut démontrer soit entre diverses régions, soit entre des individus de diverses régions. Cependant quand je compare l'expérience du Nord-ouest québécois avec celle d'autres régions, ce qui fait que ça marche ou que ça ne marche pas tient souvent aux mêmes facteurs. Je dirais même que l'isolement et le sentiment de persécution qu'ont vécu certains médecins psychiatres dans les hôpitaux généraux urbains a conduit au même phénomène d'éclatement que dans le Nord-ouest québécois; qu'on se rappelle les démarrages difficiles à l'Hôpital St-Luc, les développements intermittents et explosifs de Jean-Talon, etc. En fait, on a toujours dit qu'il y avait un nombre de psychiatres minimum pour assurer la viabilité d'un département de psychiatrie, nombre qui permettait un partage des responsabilités, un minimum d'échange, la possibilité de se remplacer et le fait que l'absence de l'un d'entre eux ne signifie pas une surcharge indue pour les autres. Il faut ajouter la possibilité d'être engagé, à temps partiel tout le moins, dans d'autres activités que le seul travail clinique. Pourquoi lorsqu'on s'écarte de Montréal de quelque 600 kilomètres, toutes ces vérités deviendraient-elles fausses?

QUELQUES RÉFLEXIONS ET PERSPECTIVES D'AVENIR

Je souhaiterais pour ma part qu'une tentative sérieuse soit faite en vue d'intégrer sur une base durable les services des volants et des permanents dans une unité plus large, qui serait collectivement responsable des services psychiatriques dans une région; ceci, de préférence à la création de toutes petites unités complètement autonomes autour de chaque centre hospitalier. L'idée n'est pas d'assujettir tous les psychiatres à une autorité unique mais bien de leur permettre de coordonner collé-

giquement leur travail et leurs interventions; cette formule respecterait et leur besoin d'entraide et leur besoin d'autonomie. Il semble que le minimum de viabilité implique environ 10 psychiatres en échange avec un milieu plus large qui les alimente, auquel ils participent et auquel ils peuvent aussi apporter une contribution originale; certains seraient permanents et d'autres itinérants.

Par ailleurs, la pierre d'achoppement principale consiste souvent dans les rapports des psychiatres avec les autres professionnels de la santé, aussi bien omnipraticiens que paramédicaux. Ces professionnels ont exercé leur art depuis longtemps dans un contexte de large autonomie et avec un support minimum et souvent intermittent de la part des psychiatres. L'arrivée de celui-ci représentera un ajout réel s'il *ajoute* à ce qui existe et non s'il bouscule tout ce qui existe pour avoir une position prédominante qu'il doit justifier de par sa compétence particulière.

Tout professionnel qui a travaillé en psychothérapie de groupe sait comment est délicate l'introduction de nouveaux membres; combien fréquents les rejets, comment nuancée et graduelle la reconnaissance acceptée d'un rôle privilégié; etc. Tous les professionnels de la santé ont un épiderme particulièrement sensible à ce chapitre. À moins d'être explicitement invité à occuper d'emblée un rôle de leadership, le psychiatre devrait s'introduire discrètement dans un hôpital périphérique et bien comprendre ce qui s'y passe et ce à quoi on s'attend de lui avant de décider de ce qui convient.

Mon expérience me suggérerait la formation d'un groupe de coordination réunissant les divers responsables, y compris un des directeurs et le chef du département de psychiatrie. La coordination serait assumée par un des membres du groupe sur une base de rotation par exemple. Ainsi le psychiatre n'aurait pas à porter d'emblée beaucoup de responsabilités administratives sans avoir nécessairement toute l'information. Cependant, il pourrait faire profiter tous les professionnels de sa compétence clinique particulière, ce qui est de toute façon leur attente principale.

D'autre part, il siègerait là où le maximum d'information risque d'être véhiculée et où orientations et programmations s'élaborent. Ainsi, il serait présent à bien des niveaux de besoins sans

nécessairement les contrôler; omniprésence plutôt qu'omnipotence!

L'itinérance ne permet certes pas d'être présent à tous les besoins mais protège efficacement contre l'omnipotence; la permanence permet de satisfaire beaucoup mieux les divers besoins de traitement psychiatrique, mais invite au glissement vers l'omnipotence, presque inéluctablement si on regarde autour de nous. Un dosage judicieux des deux formules m'apparaît donc la formule la plus souhaitable.

Finalement, il faut bien reconnaître que la psychiatrie ne pourra s'implanter et se développer que là où elle est désirée tant par les administrateurs, qui donneront des moyens suffisants, que par les autres professionnels qui lui feront une place adéquate. L'itinérant représente sans doute la réponse à une ambivalence réelle chez les uns et les autres: on veut de la psychiatrie mais pas trop; la psychiatrie veut s'impliquer mais pas trop. Alors on se fréquente plutôt que de se marier!

En suivant la même veine, de même qu'il existait des cours de préparation au mariage, il y aurait lieu sans doute de préparer psychologiquement les médecins à œuvrer en psychiatrie en région éloignée. À cet effet, on pourrait avec la collaboration des universités, des permanents et des itinérants, organiser des stages aussi bien au niveau de la résidence en psychiatrie que de l'externat et peut-être de l'internat. De cette façon, les médecins développeraient une certaine familiarité avec les situations qu'ils sont appelés à rencontrer un peu plus tard, apprendraient à reconnaître les problèmes tout autant que les solutions possibles, bref, pourraient s'y aventurer avec moins de craintes et aussi avec moins de

chances de provoquer les réactions de rejet signalées par les divorces fracassants survenus entre psychiatres et divers hôpitaux, périphériques ou non.

RÉFÉRENCES

- AMYOT, A., MESSIER, M.J., 1973, Les équipes volantes, moyen d'organiser des soins psychiatriques et communautaires dans une région rurale et isolée, *Revue de l'Association des Psychiatres du Canada*, 18 : 2.
- LEDUC, M. et al., 1971, Une équipe volante de psychiatrie : *Expérience vécue*, Présentation au Congrès des Psychiatres de la province de Québec, avril.
- MESSIER, M. et al., 1971, Rentabilité des équipes volantes au point de vue du malade, de la région et des membres des équipes eux-mêmes, *Laval Méd.*, 42, p. 1010-1016.
- PINARD, G., BLANCHET, A. et al., 1971, Rapport de l'année 1969 de l'équipe itinérante de psychiatrie infantile du nord-ouest québécois, *Laval Méd.*, 42, p. 51-59.
- REEN, G.E., SILVER, A., 1952, The first travelling psychiatric clinic in Quebec, *Am. J. Psychiatry*, 108 : 9.

SUMMARY

This article deals with the personal experience of the author as a travelling psychiatrist from Montreal into the north west territory of Province of Quebec. The first part presents a day's work under these circumstances.

Then follows a brief historical review of what has been accomplished in Quebec and more particularly in the north west area concerning the development of psychiatric services. The travelling type of practice is then related to some trends and theories in community psychiatry.

Next, I have tried to explore the internal motivation of the psychiatrist as well as of those who expect his visit.

Finally, drawing from this experience as well as from other similar experiences, I try to set down some guidelines that should be helpful in organizing psychiatry on a more permanent basis and in integrating better the efforts of travelling and permanent psychiatrists in remote areas.