

Prévention et chronicité en psychiatrie communautaire Prevention and chronicity in community psychiatry

Marcel Lemieux

Volume 2, Number 2, November 1977

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/030022ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Lemieux, M. (1977). Prévention et chronicité en psychiatrie communautaire. *Santé mentale au Québec*, 2(2), 67–74.

Article abstract

The author poses the problem of the chronic mental patient in 1977 in light of the community approach. During the 1950's the discovery of penicillin, the phenothiazines and the anti-depressants; the notion of institutional dementia as well as the rapid growth of physical health costs, formed the basis for a needed reform which took the guise of community psychiatry. The latter created many hopes (eg. the possible elimination of the asylum, the potential for preventive effects). In fact community mental health programs did produce a decrease in the hospitalized psychiatric population, a higher quality of hospital services, a change in the laws relating to the mentally ill, and an improvement in treatment, personnel competence as well as a stability in real health costs. But the 1970's brought disillusionment. The rate of psychotic disorder remains unchanged, the cost-benefit of the program is less than had been anticipated and, in addition, the community approach has transplanted the asylum to the city thus creating a new immigrant — the psychotic individual. Citing this failure, the author argues for a psychiatry focussed on research into the makeup of the internal psychotic dynamic and its treatment.

Prévention et chronicité en psychiatrie communautaire

Marcel Lemieux

"I speak not to disprove what Brutus spoke
But here I am to speak what I do know
For Brutus in an honourable man
So are they all, all honourable men"
(Julius Ceasar, Act III, Shakespeare)

Déjà, en 1861, Windell Holmes faisait remarquer que la médecine "est aussi sensible aux influences politiques, religieuses, philosophiques que le baromètre l'est à la pression atmosphérique". La médecine, ou mieux son exercice, de même que la santé sont aujourd'hui des sujets importants du discours politique tant pour l'établissement de programmes de soins, préventifs ou curatifs, que pour les décisions budgétaires qui les accompagnent.

Dans ce processus, la base scientifique qui sous-tend de telles décisions n'a pas toujours la rigueur qu'elle se devrait d'avoir. En conséquence, des programmes de santé et de bien-être sont établis sans qu'aient été mesurées les conséquences iatrogéniques qu'ils peuvent causer. Le processus politico-social est tel que, lorsqu'un programme a acquis un certain momentum et a obtenu une bénédiction politique, il est quasi impossible d'en changer le cours même si des évidences démontrent que son coût, ou mieux ses effets malencontreux, dépassent de beaucoup ses éléments bénéfiques. Quand une politique soulève des questions idéologiques, elle a

Dr Marcel Lemieux, directeur médical au "Hamilton Psychiatric Center", a présenté cet exposé lors du deuxième colloque sur la santé mentale à l'hôpital Louis-H.-Lafontaine, le 1er avril 1977. Il se fera un plaisir de communiquer sa bibliographie sur la psychose à tous ceux qui en feront la demande. Prière d'écrire au Centre de Santé Mentale Communautaire pour obtenir un exemplaire.

tendance à passer rapidement à un stage de validation sociale et d'acquiescer sa vie propre, divorcée de tout examen empirique ou de réfutation scientifique.

C'est à la lumière de ces quelques considérations que je voudrais poser le problème du malade psychiatrique en 1977 et pour ce faire, vous me permettrez de retourner quelques années en arrière.

LES ANNEES 1950

L'intérêt pour ce qu'on appelle aujourd'hui la santé mentale s'est manifesté après la dernière guerre mondiale. Durant les années 1960, cet intérêt s'est accru grâce à un vaste mouvement en faveur d'une réforme des institutions sociales et d'une justice distributive. Dans la présente décennie, on peut maintenant en déceler tous les impacts bons et mauvais.

À la fin de la guerre et durant les années 1950, trois facteurs ont constitué la base de la réforme des services aux patients psychiatriques en Amérique.

D'abord, quelques découvertes scientifiques. La découverte des antibiotiques, en particulier de la pénicilline, a eu pour effet de provoquer une disparition ou tout au moins un large contrôle de la syphilis qui conduisait nombre de patients aux institutions psychiatriques. Si vous regardez en effet les statistiques des admissions en institution psychiatrique au début du siècle, vous constaterez qu'environ un quart (¼) de ces admissions étaient dues à cette maladie.

Puis, en 1952, l'introduction des phénotiazines a permis, sinon d'atteindre les symptômes primaires de la schizophrénie, du moins d'en contrôler les symptômes secondaires. De plus, l'avènement des antidépresseurs en 1958 a changé le traitement des psychoses dépressives de façon radicale. Enfin, avec la découverte du LSD-25, la possibilité de croire que nous possédions un moyen de produire une psychose schizophréniforme a conduit la psychiatrie à penser, pour employer en la caricaturant l'expression d'un certain Secrétaire d'Etat que je ne nommerai pas, que "the solution was at hands", bien à tort d'ailleurs. Mais pour ceux qui étaient dans le champ de la psychiatrie à cette époque, ce furent des années glorieuses car elles furent des années d'espoir.

Ce furent aussi des années de réflexion parfois amère parce que nous avions découvert les Auschwitz et les Dachau et, par extension, les sociologues décrivaient "l'institution totale". Evidemment, l'asile en faisait partie, et, pour chacun de nous, la notion de "démence asilaire" et de "institutional neurosis" devint omniprésente.

Enfin, dernier élément du tryptique, les années 1950 ont été marquées, tout au moins au Canada, par la mise en place d'une série de mesures dans le champ de la santé et du bien-être social. Je retiens l'assurance-chôma-

ge, l'assurance-hospitalisation, l'assurance-santé; les différents programmes de bien-être social, allant de l'assistance pure et simple aux pensions sous toutes les formes. Dès lors, les données étaient réunies pour qu'une réforme des soins psychiatriques s'impose. Mais quelle direction choisir? Il faut se souvenir que lors de l'introduction de l'assurance-hospitalisation, l'hôpital psychiatrique fut exclus, bien que la moitié des lits d'hôpitaux en Amérique aient été occupés par un malade mental. Vouloir réhabiliter l'asile, en faire un hôpital rentable, c'était, en raison de la charge fiscale déjà lourde que le traitement du malade physique représentait dès le début des années 1960, courir à la banqueroute. Il fallait trouver une alternative moins coûteuse. La psychiatrie dite communautaire était née; non parce qu'elle s'imposait par une démonstration scientifique rigoureuse basée sur des éléments théoriques d'une psychiatrie sociale, (nos connaissances dans ce domaine étaient et restent fort limitées), mais parce qu'elle était politiquement rentable.

Le traitement du malade mental dans sa communauté et en conséquence l'élimination de l'asile, de même que la possibilité de présenter le problème de la maladie mentale sous l'angle de la prévention plutôt que du traitement semblaient offrir tous les éléments de la solution. Je citerai le Joint Commission on Mental Illness and Health: "The objective of modern treatment of persons with major mental illness is to enable the patient to maintain himself in the community in a normal manner. To do so, it is necessary (1) to save the patient from the debilitating effects of institutionalization as much as possible (2) if the patient requires hospitalization, to return him to home and community life as soon as possible, and thereafter to maintain him in the community as long as possible. Therefore, aftercare and rehabilitation are essential parts of all service to mental patients, and the various methods of achieving rehabilitation should be integrated in all forms of services, among them day hospitals, night hospitals, aftercare clinics, public health nursing services, foster family care, convalescent nursing homes, rehabilitation centers, work services, and expatient groups". "Eureka". Nous avons trouvé. Tous les éléments de solution étaient réunis.

Pour les professionnels de la santé mentale, le fait de pouvoir établir que tout comportement quelqu'il soit fasse partie d'un continuum et qu'il n'existe qu'une différence quantitative entre les problèmes émotionnels quotidiens et la psychose et, en plus, pouvoir en faire la démonstration, leur promettait la "désaliénation" à eux aussi. Pour les champions des droits civils, la possibilité d'éliminer l'asile comme symbole d'abus et d'arbitraire ainsi que celle de réformer les lois qui régissaient l'institution mentale devenait une réalité. Enfin, l'Etat qui avait laissé ses institutions psychiatriques se détériorer, devenir encombrées de patients et sous-équipées en personnel professionnel, y voyait la possibilité d'éliminer cette institution embarrassante et par trop visible.

Je ne m'attarderai pas ici à décrire les différents programmes qui furent mis de l'avant et réalisés au cours des années 1960 dans le domaine de la psychiatrie dite communautaire. J'en examinerai seulement les résultats tels que présentés par l'information officielle.

Que ce soit aux États-Unis ou au Canada, on note dans la statistique une diminution croissante de la population hospitalisée en institution psychiatrique à tel point que dans certains états, chez nos voisins du Sud, le "State Hospital" disparaît. Au Canada, la tendance est la même. À titre d'exemple, l'an dernier, en Ontario, le Ministère de la Santé fermait deux hôpitaux psychiatriques. On note également une réduction constante de la durée d'hospitalisation dans les institutions psychiatriques. Par ailleurs, le rapport patient-soignant s'améliore d'année en année bien que ce phénomène ne soit pas dû nécessairement à une augmentation réelle du personnel professionnel mais plutôt à la diminution de la population hospitalisée. Le nombre de patients traités en cure ambulatoire est également à la hausse. Les hôpitaux généraux possèdent maintenant des services de psychiatrie alors que dans les années 1950 ces services étaient quasi inexistantes dans ces institutions. Enfin, fait encourageant, les hôpitaux psychiatriques qui n'auraient jamais pensé devoir atteindre les normes du Conseil d'accréditation des hôpitaux du Canada, sont de plus en plus nombreux à tenter d'obtenir cette accréditation et à y réussir. Dans le domaine de la protection du malade mental et de ses droits, nous avons assisté aux États-Unis et au Canada, à une série de réformes légales. Dans la formation du personnel soignant, les années 1960 ont vu le développement d'une série de cours de formation pour les travailleurs en santé mentale et l'on note une augmentation substantielle du niveau de compétence dans ce domaine.

Enfin, une analyse du coût apparent des soins psychiatriques semblait démontrer que, tenant compte des facteurs inflationnistes et d'une série de réajustements de certains facteurs (augmentation de la population, changement dans la courbe des âges, accessibilité aux soins), le coût des opérations n'avait pas en chiffres réels augmenté bien qu'en chiffres absolus, on ait noté une forte augmentation de la masse budgétaire.

Il était donc raisonnable de penser que la réforme psychiatrique avait réussi et que, si l'on n'en sentait pas encore tous les effets, ce n'était qu'une question de temps et d'efforts.

LES ANNEES 1970

Cependant, la présente décennie ne semble pas confirmer les résultats anticipés. On note de plus en plus dans la littérature psychiatrique une attitude critique négative vis-à-vis la psychiatrie dite communautaire. Des études tendent à démontrer que le bénéfice-coût est moindre que ses défenseurs ne le prétendent. De plus, une approche communautaire sans discri-

mination a des effets iatrogéniques; nous provoquons peut-être plus de désordres psychologiques et sociaux qu'on en résoud.

Ainsi, la croyance qu'une intervention hâtive puisse prévenir le développement d'une invalidité ou que le traitement soit susceptible de réduire la morbidité et d'en influencer son incidence et sa prévalence demande d'être revue. Mechanic, dans une excellente étude, a attiré l'attention sur la nature conjecturale de telles affirmations.

Dans une étude maintenant classique sur le taux des maladies mentales au siècle dernier dans l'état du Massachusetts, Goldhammer & Marshall ont trouvé qu'il n'y avait pas d'évidences qui puissent démontrer que la psychose ait augmenté dans la société moderne. Il n'y a pas de nouvelles études statistiques qui soient susceptibles d'infirmer leurs conclusions. En effet, malgré des différences théoriques, diagnostiques ou culturelles, le taux d'hospitalisations pour les psychoses demeure presque similaire dans les sociétés du monde occidental.

Bien que la pratique psychiatrique militaire ait beaucoup varié à travers le temps, le taux de patients psychotiques hospitalisés dans les forces armées a démontré une constance remarquable durant les deux grandes guerres mondiales, malgré des différences notables dans les techniques d'entraînement et de combat. De plus, le taux des psychoses consécutives aux conditions extrêmes de stress dû à la guerre des tranchées n'a pas changé de façon notable. Il est à noter également que le taux des psychoses des populations civiles n'a pas varié suite aux bombardements et à tous les autres stress qui accompagnent les situations de ce genre. Enfin, il existe de nombreuses vérifications empiriques qui montrent qu'à travers le temps et les cultures, le taux des psychoses, qu'elles soient schizo-phréniques ou maniaco-dépressives, est plus influencé par des éléments génétiques et par la consanguinité que par des éléments uniquement psychogènes.

Cet ensemble de faits semble davantage témoigner en faveur d'une approche spécifique des syndrômes psychotiques qu'en faveur d'une approche globale du comportement et ne supporte pas la croyance que le traitement, l'intervention et la politique d'approche non spécifique et globale, comme elle est préconisée par la psychiatrie communautaire, soit valable.

On m'accusera peut-être de vouloir réduire la psychiatrie seulement à l'étude et au traitement des psychoses majeures mais, pour ceux qui oeuvrent en psychiatrie communautaire, ces syndrômes ne sont-ils pas ceux dont leurs patients souffrent en grande partie. Il suffit d'observer les usagers des cliniques de psychiatrie de secteur pour s'en convaincre.

La chronicité est partout et, de plus, on note tous les signes d'une non-intégration du malade psychotique dans sa communauté. Je citerai le New-York Times, éditorial du 8 avril 1974 ... "But what kind of crusade is it to condemn sick and fearful people to shift for themselves in an often hostile world; to drag out...a hungry derelict existence in a broken-down hotel

if they are lucky ; victimized, if they are not, by greedy operators of so-called halfway houses that are sad travesties on a fine concept? All without knowing the possibilities of new medical approaches to their illness..." En réalité le malade mental constitue dans la cité un nouveau type d'immigrants.

Dans la hâte d'implanter la réforme pour éliminer l'asile et arracher le patient à l'horreur de cette institution, tous ont oublié que la réintégration dans une société, quelque elle soit, présente pour tout individu, handicapé ou non, des problèmes considérables qui nécessitent pour être résolus un effort et des ressources personnelles d'adaptabilité qui ne sont pas le lot de tous ; sans ces ressources personnelles, le déploiement et l'organisation de larges systèmes de support s'avèrent alors nécessaires dans l'espace et dans le temps.

Des recherches relatives au "follow-up" du patient psychotique dans la communauté tendent à révéler qu'un très grand nombre d'entre eux sont sans emploi, ont une vie sociale limitée et vivent dans des conditions d'existence plus que marginales. D'autres faits sont inquiétants. On voit maintenant certaines municipalités établir, par voie de réglementation des normes d'habitation, une politique subtile de discrimination en tout point semblable à celle à laquelle l'immigrant doit faire face lorsqu'il veut s'intégrer dans une société nouvelle.

Comme l'immigrant, le psychotique dans la communauté a peu ou pas de support social si ce n'est celui fourni par les agences officielles. Comme l'immigrant, il se trouve dans un environnement qui lui est étranger. Comme l'immigrant, il a souvent des problèmes de communication linguistique et ses possibilités d'emploi sont limitées ; en d'autres termes, il vit dans un ghetto.

Là s'arrête cependant la comparaison car il manque au psychotique un trait que possède pour sa part l'immigrant, soit celui d'appartenir à une minorité pouvant réclamer des droits, pouvant construire un réseau de relations à l'intérieur de son groupe minoritaire et, de ce fait, éventuellement établir une base de support psycho-social. Chaque psychotique, au contraire, est du point de vue sociologique une minorité en soi, et, quel que soit leur nombre dans la cité, ils demeurent une minorité silencieuse, faute de pouvoir appartenir à un groupe qui a son dynamisme propre.

Faute d'avoir développé de nouvelles alternatives sociales et de les avoir intégrées dans un tout cohérent, le psychotique, en 1977, vit son existence asilaire dans la cité. La psychiatrie dite communautaire est pour un certain auteur "a broken promise". "Conditions in the State Hospital were observable, and I believe, it is in large part because they are observable that the hospitals are being closed. They are being replaced with nothing better (or nothing), except now "no one" can be blamed for the state of these patients and the lack of adequate care".

Il suffit de suivre l'histoire naturelle de quelques patients pour réali-

ser comment personne n'est plus, de fait, responsable du psychotique en tant qu'individu. Il y a certes une prolifération d'agences qui se disent préoccupées d'offrir leurs services en santé mentale mais ce, de façon limitée et dans des champs d'expertises dites précises. Le nombre de conférences de cas durant lesquelles les travailleurs se réunissent pour aplanir les difficultés d'élaboration d'un plan thérapeutique pour tel ou tel malade se multiplie. Le groupe s'agrandit de jour en jour par l'addition de nouvelles disciplines, de nouveaux experts. Le nombre des mémos s'échange à un rythme effarant. C'est la fragmentation, pour le patient l'anomie.

C'est faute aussi d'avoir développé une base théorique véritable de psychiatrie sociale que le mouvement de psychiatrie communautaire qui devait en être son application est devenu une psychiatrie administrative. Les indices tels la durée d'hospitalisation, le taux de réadmission, le per diem en cure ambulatoire ou hospitalière sont sans valeur en soi. Il est important de noter qu'en ce qui concerne les psychoses et leur traitement en milieu communautaire plutôt qu'hospitalier, l'évaluation de différents types de politique sociale ne peut être entreprise que si l'on a des données adéquates sur la morbidité des patients et de leur famille. Les indices que j'ai mentionné plus-haut sont trop sujets à une manipulation comptable et pourtant ce sont ces mêmes données qui sont présentées devant les différents corps législatifs (quand ils ne nous les présentent pas eux-mêmes) pour établir la base de programme d'action et d'allocation des ressources. Le résultat est, qu'en 1977, la psychiatrie dite communautaire après quelque 20 ans a réussi à déplacer l'asile dans la cité. Mais être un patient psychiatrique dans ce nouvel asile ouvert, c'est être fort peu différent de celui que Foucault décrit dans son grand "renfermement" à l'âge classique et c'est toujours être un étranger dans la cité.

Enfin, pour terminer, tout un ensemble de mesures et de lois ayant trait à la protection des droits des individus a été mis de l'avant durant les années 1960. La protection du malade mental n'a pas été oubliée. Elle a même servi et sert encore d'argument pour promouvoir l'élimination de l'arbitraire. Mais les résultats escomptés ne sont pas nécessairement ceux voulus ni prévus pour le psychotique et ce qui était un "lock in" est devenu un "lock out". L'accès au traitement est de ce fait nié.

Au 19^{ième} siècle, l'époque Jacksonnienne a amené le développement de ce qu'on a appelé "the moral treatment" alors qu'au XX^e siècle, l'époque Kennedy a conduit à la création du mouvement de psychiatrie communautaire en Amérique. Il est à noter, qu'à 100 ans de distance, les deux ont abouti à la création d'un asile sous des formes différentes. Dans le premier cas, parce qu'on croyait à la perfectibilité de l'homme et de l'ordre social, l'optimisme s'étendit à la maladie mentale. Les psychiatres du temps et leurs supporters laïques insistèrent même sur le fait que l'insanité était en fait plus susceptible d'être traitée avec succès que les autres maladies. Ils croyaient aussi que les causes de la folie se trouvaient dans l'ordre social et l'environnement et que la cure devait venir d'un milieu qui remédierait aux déficiences de la société. Mais, dès les

années 1870, la réforme s'essouffle. Les institutions créées pendant la décennie de 1860 (28 des 33 états du temps y participèrent) commencèrent à prendre la couleur de ce qui a été décrit comme le "State Hospital".

Dans les années 1970, la psychiatrie communautaire, née d'une réforme ou d'une conception de santé mentale (terme employé dans les années 1950 comme euphémisme pour la maladie mentale mais étendu dans les années 1960 à l'ensemble des problèmes du comportement) s'essouffle également. Elle débouche, elle aussi, sur un nouvel asile, l'asile communautaire et dans quelques temps les sociologues (encore eux) nous décriront la démence communautaire plutôt que la démence asilaire.

Il est peut-être encore temps de corriger la situation. Pour ce faire, une réévaluation est nécessaire et je citerai Maxwell Jones. "A re-examination of the whole field of severe mental illness seems to be overdue. We need another Action for Mental Health, which heralded the present transition from state hospital to community care. However this time it should examine the failure of the present program in relation to the chronic mentally ill, stating the known facts and making recommendations based on the best available models. All the evidence suggests that chronic mental patients will be with us in approximately the same numbers for the foreseeable future.

The central question that arises seems to involve a sense of public responsibility and interest for the chronic mental patient".

Mais c'est là matière d'humanisme ou de politique sociale. Pour ce qui est de la psychiatrie proprement dite, la tâche primordiale demeure la recherche de ce qui constitue la dynamique interne de la psychose ainsi que de son traitement.

SUMMARY

The author poses the problem of the chronic mental patient in 1977 in light of the community approach. During the 1950's the discovery of penicillin, the phenothiazines and the anti-depressants; the notion of institutional dementia as well as the rapid growth of physical health costs, formed the basis for a needed reform which took the guise of community psychiatry. The latter created many hopes (eg. the possible elimination of the asylum, the potential for preventive effects). In fact community mental health programs did produce a decrease in the hospitalized psychiatric population, a higher quality of hospital services, a change in the laws relating to the mentally ill, and an improvement in treatment, personnel competence as well as a stability in real health costs. But the 1970's brought disillusionment. The rate of psychotic disorder remains unchanged, the cost-benefit of the program is less than had been anticipated and, in addition, the community approach has transplanted the asylum to the city thus creating a new immigrant - the psychotic individual. Citing this failure, the author argues for a psychiatry focussed on research into the makeup of the internal psychotic dynamic and its treatment.