

Le rôle des hôpitaux psychiatriques

Alain Lesage

Volume 22, Number 2, Fall 1997

Le rôle des hôpitaux psychiatriques

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/032413ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/032413ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Lesage, A. (1997). Le rôle des hôpitaux psychiatriques. *Santé mentale au Québec*, 22(2), 25–32. <https://doi.org/10.7202/032413ar>



Éditorial

Le rôle des hôpitaux psychiatriques

Alain Lesage*

La reconnaissance et l'intégration — plutôt que la ségrégation — des hôpitaux psychiatriques, et des fonctions qu'ils ont remplies et continueront par défaut de remplir, sont la clef d'une transformation réussie des services de santé mentale, au Québec comme ailleurs. Depuis la politique de désinstitutionnalisation mise en place il y a plus de trois décennies dans la plupart des pays industrialisés, un rôle « défini par défaut » leur a été attribué jusqu'ici. Au Québec, on peut le déceler dans les dynamiques du développement des services telles que décrites par ce témoin privilégié qu'en a été Yves Lecomte. Mouvements d'élan et de ressac, moments forts comme au début des années 60, puis d'es-soufflement au début des années 80, jusqu'à la proposition actuelle du Ministère¹ d'un nouvel élan, autour d'un projet rassembleur. Ce projet propose de « compléter la mise en place, dans chaque région, des services de santé mentale s'adressant prioritairement aux personnes atteintes de troubles mentaux sévères et persistants, en privilégiant les interventions dans la communauté et en accentuant la qualité, la continuité et la coordination des services ». Décrié dans une série de scandales à partir des années 60; point de comparaison obligé de secteurs modèles montrant les bénéfices d'une approche communautaire; oublié jusqu'à ce numéro-ci de *Santé Mentale au Québec* par les forces progressives, adeptes d'une pratique de l'*ailleurs et autrement*, sinon comme faire-valoir; l'hôpital psychiatrique s'est révélé le dépositaire de ce qu'on ne voulait plus dans un mouvement résolument tourné vers la communauté, dépositaire aussi de ceux qu'on ne réussissait pas à entraîner dans ce mouvement. Pourtant, l'hôpital psychiatrique n'en finit plus d'exister, et tant l'institution que le rejet des personnes souffrant de troubles mentaux graves n'en finissent plus de renaître hors de cet hôpital, comme le souligne si bien Leona Bachrach, mais aussi Henderson et Thornicroft.

* L'auteur, M. D., est chercheur-boursier, clinicien senior, FRSQ, au Centre de recherche Fernand-Seguin, de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

Que l'on ne s'y trompe pas, aucun des auteurs du présent numéro ne propose un retour nostalgique vers l'hôpital psychiatrique, mais ils constatent que les ratés actuels proviennent d'un manque de reconnaissance d'un groupe de nouvelles personnes souffrant de troubles graves, réfractaires aux traitements habituels, et qui nécessitent des interventions renouvelées et des investissements comparables à ceux consentis aux personnes ayant connu de longs séjours hospitaliers (Henderson et Thornicroft). Plus encore, on se doit d'imaginer et de créer une culture telle qu'on puisse assurer à tous les niveaux de nos services et dans notre société *un développement durable du processus de traitement, de réadaptation (la capacité d'agir) et de réhabilitation (le pouvoir d'agir) dans la communauté pour les personnes souffrant de trouble mental grave. Un processus marqué par un financement adéquat, un questionnement et une évaluation continus, une participation continue aussi de l'usager, des familles et de la communauté, et qui vise une intégration pleine et entière à la vie de notre société.* Dans une telle perspective, l'enjeu devient moins le « nombre de lits », autre jeu stérile de géographie (Bachrach), que la mise en place avec les hôpitaux psychiatriques d'un système de soins et de soutien communautaire équilibré et efficace qui évite la ségrégation et favorise une autonomie et une intégration la plus forte possible (Santé et Bien-Être Canada, 1997) ².

Avant de considérer les jalons de l'intégration des hôpitaux psychiatriques au Québec, il est bon de rappeler la situation qui prévaut en d'autres pays. En Angleterre, pays considéré comme pionnier de l'approche communautaire, ou encore en Italie, tenue pour l'apôtre radical de la non-institutionnalisation avec sa loi de 1978 sur la fermeture de ces hôpitaux aux nouvelles admissions, on y retrouve encore des milliers de personnes. On observe respectivement dans ces deux pays des taux de 0,33 et 0,35 lits de longue durée par 1000 habitants, des taux qui sont plus bas, mais pas éloignés de ceux du Québec, actuellement près de 0,5 environ (Henderson et Thornicroft ; Burti et Tansella). La France, que le Québec prend pour son modèle de la sectorisation et de l'équipe de psychiatrie communautaire, garde près de 30 % de lits de plus que lui en psychiatrie. Au Québec, on prévoit le maintien d'un certain nombre de lits de longue durée, mais le document du gouvernement reste muet sur ses visées thérapeutiques quant aux personnes qui seront hospitalisées de façon prolongée, alors qu'on exhibe les services à mettre en place dans la communauté pour les personnes souffrant de trouble mental grave qui auront à vivre hors de l'hôpital. En Angleterre, en particulier à Londres (voir le remarquable rapport *London's Mental Health* de Johnson et al., 1997, cité dans Henderson et Thornicroft), on observe

les ratés et les succès : si les personnes ayant connu de longs séjours hospitaliers connaissent une désinstitutionnalisation réussie (Beecham et Lesage), de nouvelles personnes souffrant de troubles graves émergent comme fort mal desservies. On pensera évidemment aux sans-abri souffrant de troubles mentaux graves, et maintenant desservis dans les refuges ; aux patients hospitalisés pour de longues périodes dans des lits de « courte durée » en hôpital général ; aux gens qui accumulent des problèmes de toxicomanie, et souvent divisés entre des systèmes de soins insuffisants ; ou à ceux qui, ayant des difficultés avec la justice, se retrouvent dans le système judiciaire ; ce sont enfin ces personnes souffrant de troubles graves et placées en résidence protégée — ou isolées ailleurs — et dont on oublie trop souvent les aspirations à s'intégrer à des relations, à la société et à ses circuits productifs.

Quels jalons pourraient au Québec favoriser cette intégration, au moment où le Ministère de la Santé et des Services sociaux va déposer des orientations plus définitives sur la transformation des services de santé mentale (MSSS, 1997) ³. (Comme pour ce document, on ne traitera pas ici des besoins des enfants et des adolescents).

L'intégration des hôpitaux psychiatriques exige fondamentalement une reconnaissance de leurs capacités en thérapie, en réadaptation et en réhabilitation. Une reconnaissance historique s'impose d'abord, moins aux institutions qu'aux personnes. Il est tentant, en rétrospective, de juger par exemple que les ressources en milieu familial représentaient aussi des ressources institutionnelles, d'où l'on a évacué l'espoir. Mais qui osera dire la percée, tout l'espoir et l'ouverture que représentait dans le Québec des années 60 cette modalité de réinsertion pour les personnes en cause, usagers et responsables. Qui osera dire aux personnes actuellement engagées dans des familles d'accueil qu'elles ne jouent jamais ce rôle ? L'hôpital psychiatrique et l'hôpital général ont ainsi joué un rôle considérable dans le développement et le soutien d'une gamme de ressources résidentielles protégées, toujours plus variées, offrant un choix de plus en plus large aux personnes souffrant de trouble grave à tel ou tel moment de leur vie. Une expertise considérable s'est développée afin de fournir un milieu de vie le plus adapté possible et autorisant le plus d'autonomie possible. Par essai et erreur, on en est venu à réinsérer à l'extérieur des hôpitaux psychiatriques des personnes pour qui, cinq ans plus tôt, c'eût été inimaginable.

La reconnaissance doit aller aux personnes qui établissent la relation avec l'usager. Une étude récente illustre cet enjeu (Ricard et al., 1997) ⁴. Voulant modifier des pratiques institutionnelles et favoriser des pratiques de réadaptation, un groupe de chercheurs et de décideurs

cliniques s'est rendu compte que c'était en misant sur les forces des personnes et en faisant émerger les pratiques aidantes que l'on respecterait le mieux les principes mêmes de la réadaptation. Une analyse du discours du personnel des unités de longue durée d'un hôpital psychiatrique en a comparé les pratiques à celles préconisées en réadaptation par des auteurs comme Bachrach et Cnaan. On y a constaté que l'écoute et la relation représentent des valeurs centrales de la pratique de ces intervenants ; l'importance du milieu était bien reconnue ; l'implication du patient et les rôles vocationnels étaient toutefois peu élaborés. Le vocabulaire des théories de réadaptation appartenait, non aux intervenants des unités, mais aux professionnels. Malgré son action, sa relation quotidienne avec les usagers, le personnel des unités se trouvait isolé : l'effort des professionnels et des autres structures de l'hôpital ne consistait pas à bâtir sur cette relation. Ne constate-t-on pas que le budget des unités de longue durée n'est souvent que les deux tiers de celui des unités d'admission, et que le personnel professionnel y est clairsemé ? N'assiste-t-on pas à l'intérieur même de l'hôpital à une valorisation différentielle des patients et du personnel des unités, dans une véritable géographie de l'exclusion de l'espoir, selon qu'il s'agit d'unités de courte durée ou de longue durée ? Pourtant, l'espoir refusait de s'éteindre dans les propos du personnel de ces dernières unités. « ...Moi je ne baisse pas les bras en tout cas devant aucune maladie, aucun état, aucun âge. Pour eux, le petit ça, ça peut être quelque chose de rare. On ne sait pas ce qu'ils ont dans leur tête. » Et encore : « Faut jamais laisser tomber... Faut pas que tu lâches, parce que si le patient sent que tu lâches, tu perds tout... Il faut respecter son rythme. » C'est en donnant au personnel des unités davantage de savoir et surtout le pouvoir d'agir, en centrant les efforts de réadaptation autour de sa relation que l'on pourra bâtir une capacité renouvelée. La formation d'unité intensive de réadaptation, plutôt que d'hébergement prolongé, est préconisée maintenant par cet hôpital dans son plan de transformation : saura-t-elle se réaliser ?

Dans cet effort, le personnel aura besoin d'une reconnaissance de ses capacités venant tant de l'interne que de l'extérieur. En effet, mesure-t-on tout l'impact dévalorisant de certaines mesures ayant pour effet, par exemple, de bloquer la possibilité pour le personnel de ces hôpitaux d'être redéployé dans des ressources extra-hospitalières ou communautaires sous prétexte qu'il véhicule des pratiques institutionnelles ? Cet exemple, comme le *rôle par défaut* défini ailleurs et par d'autres, illustre la véritable stigmatisation dont fait l'objet ce personnel. Or, si on ne fait pas confiance à sa capacité d'agir, si on ne lui donne pas la capa-

cité de le faire, quel sort réservera-t-on aux patients qui vont demeurer hospitalisés en longue durée selon les orientations mêmes du Ministère?

Un deuxième enjeu est de s'interroger sur la nécessité des hôpitaux psychiatriques comme lieu de soins prolongés, que ce soit pour le traitement, l'hébergement prolongé ou la réadaptation intensive. Dans plusieurs pays, en Angleterre, en Italie, au Canada, y compris au Québec, des districts opèrent sans recourir à l'hôpital psychiatrique. Mais, comme on l'a indiqué plus haut, aucun pays industrialisé, y compris ceux qui sont vus comme à l'avant-garde de la pratique communautaire, n'ont réussi jusqu'ici à opérer sans hôpital psychiatrique. L'absence de développement de ressources connues pouvant servir d'alternatives à l'hospitalisation de longue durée explique souvent ces manques. Il existe pourtant des personnes pour qui on imagine peu ou pas quelles alternatives seraient possibles. Certaines de leurs caractéristiques transparaissent dans l'article de Pilon et Arsenault. Dans leur texte sur le rôle des hôpitaux psychiatriques en Ontario, Thomson et Leichner décrivent souvent des personnes souffrant de psychose réfractaire aux traitements habituels, ou de déficience intellectuelle ou de syndrome organique cérébral accompagnés de comportements agressifs ou socialement inacceptables. Ces personnes sont aussi décrites par Henderson et Thornicroft comme ces nouveaux patients au long terme définis plus haut. Pour ces personnes, la ressource résidentielle hautement supervisée avec programme individualisé de réadaptation intensive et petites unités accueillant au plus huit usagers, se révèle la voie la plus prometteuse (voir l'exemple du Seven Oaks en Colombie-Britannique, cité dans Santé et Bien-Être Canada, 1997). De telles unités représenteraient pour les diverses régions du Québec une alternative au site de l'hôpital psychiatrique pour remplir cette fonction. Les hôpitaux psychiatriques pourraient très bien développer de telles ressources et en transmettre l'expertise aux régions.

Un troisième jalon concerne justement le transfert des connaissances et de l'expertise et l'accessibilité à ces ressources. Dans plusieurs domaines du traitement et de la réadaptation, les hôpitaux psychiatriques disposent, nous l'avons souligné, d'une expertise considérable. Au Québec (voir Gervais et al. sur l'expérience de Shawinigan) comme en Ontario (Thomson et Leichner) ces hôpitaux ont montré leur capacité novatrice à l'interne et en extra-hospitalier. Plus encore, comme en Ontario, les plus importants centres de recherche en santé mentale y ont été développés par les hôpitaux psychiatriques. Il existe toutefois une moins grande expertise pour transmettre et partager les

connaissances et le savoir-faire, pour identifier ce qui peut être déprofessionnalisé. La réforme devra cultiver un processus continu de transfert et d'entretien du savoir-faire par les hôpitaux psychiatriques. Ce partage ne pourra par ailleurs se faire sans la reconnaissance par le personnel de ces hôpitaux que le savoir, le savoir-faire et le savoir-être se retrouvent aussi dans les ressources hors de l'hôpital, chez les usagers, leurs proches, dans les services de base et les ressources communautaires. La reconnaissance du pouvoir d'agir, de l'implication de l'utilisateur a été développée âprement et dans des conditions difficiles par les ressources communautaires : les hôpitaux psychiatriques, on l'a souligné plus haut, arrivent maintenant au même constat pour leur propre personnel. Une intégration des hôpitaux psychiatriques sera en marche au Québec quand les ressources communautaires, par exemple, seront conviées à aider le personnel interne de l'hôpital à développer des unités de réadaptation intensive où actualiser de nouvelles pratiques tout en assurant au personnel des unités le pouvoir d'agir dans sa relation avec les usagers et l'accès aux techniques de réadaptation. (On peut voir dans l'article de Beal comment ce renouvellement des attitudes et des approches s'opère chez les professionnels.)

Un quatrième jalon se trouve dans le transfert des ressources des services hospitaliers aux services extra-hospitaliers à développer. Les orientations du Ministère risquent de créer un climat malsain de compétition entre les hôpitaux psychiatriques et les ressources extra-hospitalières publiques ou sans but lucratif. On parle en effet de réallocation de l'enveloppe actuelle (8 à 9 % du budget du Ministère) consacrée aux services de santé mentale, une enveloppe relativement comparable à celle de l'Ontario. Pourtant, on apprend dans l'article de Henderson et Thornicroft, que l'enveloppe britannique serait de 11 %; elle a même diminué ces dernières années avec la fermeture rapide des lits psychiatriques. La question en fait est de se demander si l'enveloppe globale actuelle est suffisante pour le Québec et si les conditions de son maintien sont en place. Or, plusieurs éléments nous amènent à répondre non.

On apprend de l'article de Beecham et Lesage que la réussite de la désinstitutionnalisation des patients hospitalisés depuis de longues périodes a requis toutes les ressources disponibles dans les hôpitaux psychiatriques et même un peu plus. Ces ressources ne seraient pas disponibles pour les nouvelles personnes souffrant de trouble grave, sauf lorsque les patients désinstitutionnalisés meurent, passent dans des ressources plus légères et que les ressources sont conservées, possiblement renouvelées pour ces nouvelles personnes souffrant de trouble grave et réfractaire. Que dire, par ailleurs, des autres besoins : pour la

prévention et la promotion ; pour les enfants et adolescents ; pour les 15 à 20 % de la population souffrant de trouble mental (à part le 1 à 3 % de la population souffrant de trouble grave et persistant, et visée particulièrement par les orientations du MSSS⁵ comme souffrant de trouble grave) et dont la majorité ne consulte pas (Lesage, 1996) ⁶. Enfin, comme le souligne le rapport Harvard⁷, on a consacré beaucoup moins de ressources aux services de santé mentale qu'aux autres secteurs, et le Québec n'échappe pas à ce constat. Ce déséquilibre dans l'allocation des ressources à l'intérieur du budget de la Santé et des Services sociaux doit être corrigé.

Minimalement, des sommes de transition seront requises, comme le souligne le document du Ministère (MSSS, 1997). Plus encore, de nouveaux mécanismes devront s'assurer de la protection, du développement et de la distribution de l'enveloppe budgétaire. Premièrement, tous les acteurs en santé mentale devront reconnaître le déficit de ressources en santé mentale et se coaliser pour réclamer une enveloppe globale supérieure pour répondre aux besoins. Deuxièmement, les conditions structurelles d'une réforme réussie telles que soulignées par Santé et Bien-Être Canada (1997) devront être remplies, en particulier : a) une enveloppe budgétaire identifiée à la santé mentale et protégée ; b) une instance provinciale, et une dans chaque région, spécifique à la santé mentale, ayant autorité sur la conduite de la réforme, sur ses budgets et son allocation. Troisièmement, un plan provincial, régional et local de formation et de déploiement du personnel des hôpitaux psychiatriques ou des hôpitaux généraux vers des services extra-hospitaliers. À ce niveau, on ne peut que souhaiter au Québec que les syndicats sortent du rôle si discret qu'ils ont assumé et qu'ils prennent une place plus grande dans l'intégration du personnel des hôpitaux psychiatriques, passant de la simple défense des postes à la promotion et au développement du savoir, du savoir-être et du savoir-faire de leurs membres. Les alliances des autorités syndicales provinciales avec les regroupements sociaux et des ressources communautaires devraient servir de tremplin à cet effet.

Finalement, l'intégration des hôpitaux psychiatriques ne pourra se faire sans une reconnaissance mutuelle des besoins sous-entendus dans les fonctions des hôpitaux psychiatriques. Tous les principaux acteurs sont conviés à reconnaître ces fonctions : les usagers eux-mêmes, leurs familles, les ressources communautaires, les services de base (médecins de famille, psychologues, CLSC), les services des hôpitaux généraux, les décideurs locaux, régionaux et provinciaux. On ne peut plus oublier ces fonctions, ni surtout les personnes gravement handicapées et oubliées dans les salles arrières des hôpitaux psychiatriques autant que

dans la communauté. Ensemble, les acteurs d'une province, d'une région, d'une localité devront redéfinir la place de l'hôpital psychiatrique. Dans certains cas, on pourrait choisir légitimement, comme pour certains hôpitaux britanniques, de fermer le site. Dans ce cas, les conditions de succès de cette fermeture pour le personnel et les patients concernés devront être respectées (Beecham et Lesage). Dans d'autres cas, plus fréquents, on devra intégrer tous les acteurs dans l'effort pour définir comment les différentes fonctions pourront être mieux remplies par l'hôpital psychiatrique. On est en droit de s'attendre des hôpitaux psychiatriques, de par leur expertise et leurs ressources, qu'ils exercent un leadership pour convier en leur sein l'expertise et le savoir des ressources communautaires, des usagers et des familles en vue de transformer et d'inventer des pratiques et des ressources propres à favoriser l'autonomie, l'autodétermination et l'intégration sociale des personnes souffrant de trouble mental grave et persistant.

Notes

1. MSSS, 1997, *Orientations pour la transformation des services de santé mentale*, Document de consultation, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, déposé le 15 avril 1997.
2. Health and Welfare Canada, 1997, *Best Practices in Mental Health Reform*, 3 Phase Project (7/96-6/97).
3. MSSS, 1997, *ibid.*
4. Ricard, N. et al., 1997, *La réadaptation : concepts et pratiques à l'hôpital Louis-H. Lafontaine, Une recherche au centre de l'action dans les unités de longue durée.*
5. MSSS, 1997, *ibid.*
6. Lesage, A. D., 1996, Perspectives épidémiologiques sur le virage ambulatoire des services psychiatriques, *Santé mentale au Québec*, XXI, 1, 79-96.
7. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A., 1995, *World Mental Health Problems and Priorities in Low Income Countries*, Oxford University Press, New York.