

Les soins partagés... ou abandonnés...

Marcel Wolfe

Volume 24, Number 2, Fall 1999

Le devenir des cliniques externes de psychiatrie

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/013018ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/013018ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Wolfe, M. (1999). Les soins partagés... ou abandonnés... *Santé mentale au Québec*, 24(2), 182–190. <https://doi.org/10.7202/013018ar>



Témoignage

Les soins partagés... ou abandonnés...

Marcel Wolfe*

Est-ce que tout cela est fausse mémoire, mémoire reconstituée ? Mes mémoires ont-elles fait curieuse lecture sélective de tout ce temps des débuts de mon métier de psychiatre ? J'aurai bien du mal à raconter l'histoire des « cliniques externes » autrement que du point de vue que j'ai vécu. L'expérience de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine rejoint-elle les autres expériences ? Aussi loin que je me souviens, je retiens qu'à cette période des débuts 1970, la psychiatrie tournait autour de l'hôpital, lieu où les patients étaient reçus et ... entendus (!).

À cette même époque, il y avait aussi une autre psychiatrie qui avait commencé à s'exercer dans la communauté, sous la poussée de Paumelle qui œuvrait dans la communauté du XIII^e arrondissement à Paris ; on y pratiquait l'intervention psychiatrique, le plus près possible du patient, soit dans sa communauté.

À l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, tout un groupe y avait aussi une action de ce type et y exerçait une activité originale directement dans la communauté (Hochelaga-Maisonneuve).

Au même moment, une direction générale qui avait voulu faire égal le soin à tous les patients, tant à l'interne qu'à l'externe, qui avait voulu que tous fassent de tout, avait dilué considérablement l'action de ce groupe au point que celui-ci perdit à toutes fins pratiques son originalité et sa personnalité qui le faisait apparaître nettement différent et efficace dans la communauté. Il est difficile de comprendre ce qui a ainsi pu se passer. Ceux qui étaient là durant cette période pourraient peut-être expliquer.

C'est curieusement pourtant peu après que certains ont réagi, forts de l'impression que l'on ne pouvait faire tout ; ils ont voulu sortir de l'hôpital pour délimiter leur action, centrer leurs interventions sur le patient dans la communauté, se concentrer sur le Secteur, sur ses demandes et sur les réponses à celui-ci.

* L'auteur, md, est psychiatre à la clinique Anjou de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

L'Hôpital pour tout et pour tous... le Gros Hôpital généreux...

L'Hôpital Louis-H. Lafontaine (on avait failli alors l'appeler, pour le sortir du préjugé québécois d'exclusion asilaire qu'il représentait, « Hôpital Émile Nelligan » ou « Hôpital Louis Riel » ; le vote populaire le dénomma tout comme le tunnel tout à côté...) l'Hôpital Louis-H. Lafontaine avait, disais-je donc, au delà de sa responsabilité de soins à long terme et de sa responsabilité d'asile, une responsabilité de secteur propre, c'est-à-dire une responsabilité vis-à-vis de son secteur immédiat (Anjou, Mercier-Ouest, Mercier-Est, Hochelaga-Maisonneuve, St-Léonard, Rivière-des-Prairies, Montréal-Est-Pointe-aux-Trembles) de même qu'une responsabilité vis-à-vis de son secteur éloigné (Notre-Dame, Jean-Talon, Maisonneuve-Rosemont, Hôtel-Dieu, Fleury, Albert-Prévost), pour le long terme de ces institutions.

Consciente de l'incapacité qu'avaient les psychiatres de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine à satisfaire tous les besoins de long terme de cette large communauté, avec le peu d'effectifs qu'elle avait, l'institution demanda aux « hôpitaux généraux » de venir traiter leurs malades qui ne répondaient pas aux traitements et qui avaient besoin de soins à long terme, avec leurs propres soignants, à l'hôpital même. L'Hôpital Notre-Dame réussit, pratiquement seule, ce geste et pendant un long moment, des psychiatres de cette institution vinrent s'occuper des patients de long terme qu'ils y avaient dirigés. L'invitation au congé y devenait plus aisée et la continuité des soins en était favorisée dans la tonalité de ce que voulait être le Secteur, avec sa responsabilité propre et en *continuité* de soins en regard de ses propres patients.

L'Hôpital général n'envoyait-il pas beaucoup à l'asile à cette époque ! Cela venait gonfler un lieu déjà considérable, plus lieu d'exclusion que de traitement. Je me rappelle avoir vu des malades disparaître de nos regards à l'Institut Albert-Prévost, où j'étais alors résident en formation, et les avoir retrouvés plus tard entre les murs de Louis-H. Lafontaine, déambulant dans ses longs corridors.

Illusion du soin réalisé quand le patient n'est plus dans notre regard ! Notre partage actuel des soins ne pourrait-il pas nous faire semblable illusion ? Soit celle du soin accompli...ou du soin abandonné ailleurs (!).

Tout le monde rendez-vous à 1 h

Le souvenir que j'ai de cette période, c'est que l'Hôpital était le seul lieu d'écoute. Pour être écouté, il fallait s'y présenter à l'urgence ou être hospitalisé. Ou être reçu dans des cliniques externes, situées dans les lieux mêmes de l'hôpital.

Je me rappelle qu'au début des années 70, ces cliniques étaient le lieu du suivi après les hospitalisations ; je ne me souviens pas qu'elles aient été le lieu de réponse à des demandes émergeant directement de la communauté.

On y faisait le suivi de ceux qui avaient reçu leur congé de l'hôpital.

Ce qui frappait, c'est qu'on y faisait venir bien du monde en même temps, comme dans les cliniques de chirurgie ou d'orthopédie. Tout le monde convoqué à la même heure : premier arrivé, premier reçu !

Je me demandais tout bas comment un patient pouvait bien faire pour y sentir sa place, son espace pour parler.

Pourtant j'y voyais mes maîtres respectés y tendre l'oreille, des patients les aimer et s'en sentir écouté.

Mais j'y avais malaise...

Malaise du jeune qui commence et qui a besoin d'espace, de beaucoup de temps pour comprendre le difficile.

Toujours est-il que je ne me sentais pas capable de faire pareil...

Il fallait, me semblait-il, organiser cet espace d'écoute, se donner un cadre, un espace pour mieux saisir l'inconfort.

Donner des heures précises de rendez-vous, pour le cadre mais aussi par respect pour l'autre qui n'a pas que ça à faire, être malade...et attendre...

« Ils vont vous appeler »

Un autre aspect de ce temps, c'était celui de nos cliniques d'urgence qui évaluaient des patients et qui disaient, après avoir rencontré le patient : « Ils vont vous appeler... », disant en cela leur référence à un éventuel rendez-vous à l'externe *dont les soignants auraient à prendre l'initiative.*

Avant, dans les jeunes premiers temps de ma pratique de résident, il m'avait semblé que le seul lieu d'écoute était l'hospitalisation.

Pour être entendu, le patient avait à être... dans l'hôpital...

Maintenant, la psychiatrie communautaire commençait à tendre l'oreille en dehors de l'hôpital et cherchait à trouver sens à la folie plutôt qu'à vouloir l'enfermer.

Elle se donnait un espace en dehors de l'hôpital pour entendre.

Le vocabulaire changeait :

On disait jusque là : « Ils vont vous appeler ». On disait maintenant : « Le médecin qui vous a rencontré vous suggère de revoir votre difficulté dans un cadre extérieur à l'hôpital et si vous voulez le faire, vous pourrez appeler à... » (où vous pourrez être reçu... et être entendu...)

Discours bien différent qui sollicitait le désir du malade à *se prendre en charge* plutôt qu'à *être pris en charge*, tel que le voulait le propos du temps...

La Clinique de Secteur

On avait d'abord dit cette nouvelle psychiatrie « communautaire » car elle se faisait effectivement dans la communauté proche du patient, dans sa maison, son environnement, son lieu de travail. Mais c'est une psychiatrie qui évolua et qui eut plus tendance à venir s'asseoir dans des bureaux, perdant ainsi sa première manière, sans se désintéresser pour autant de la relation du patient avec son milieu. Elle devint dans les faits surtout une psychiatrie responsable d'une population précise.

En dehors de son ressort purement administratif de responsabilité vis-à-vis une population précise, elle devenait appel à la victoire sur les résistances du patient à se soigner dans le cadre d'une même relation.

Victoire aussi sur les résistances des soignants à soigner ce qui pouvait être plus difficile ou moins gratifiant.

Tous coincés dans une relation ... pour le meilleur ou pour le pire... avec l'espérance que le cadre obligerait à la relation et au regard sur la difficulté.

Et n'encouragerait pas la résistance de part... et d'autre...

Avant la psychiatrie de secteur, les soignants étaient plutôt isolés et l'impression que j'en retiens, c'est que les soignants (plus particulièrement les psychiatres et les psychologues) étaient distants, isolés. Je me rappelle que ces derniers se tenaient dans leur petit coin et de mauvaises langues les soupçonnaient de satisfaire leur vie professionnelle... avec de « beaux petits cas ». Les choses se passaient comme si leurs services n'étaient investis que pour du testing psychologique. Les psychologues installés dans leur chaire, les thérapeutes déconnectés des besoins de la communauté, les patients existant en autant qu'ils étaient à l'hôpital.

La psychiatrie de secteur (1974-1975) est venu nous réunir tous pour nous placer non seulement dans la réalité des patients hospitalisés, mais devant aussi la réalité de patients qui n'auraient plus besoin d'aller à l'hôpital pour se faire entendre...

Encore maintenant, il faut s'intéresser à voir à qui se dirigeront nos soins. La tentation a toujours été la plus forte de s'intéresser à ceux qui voulaient le plus se dire ; ce n'était souvent pas les plus malades... Ceux qui avaient difficulté à dire devenaient moins l'objet de notre attention, hors de l'hôpital là où leurs symptômes majeurs s'étaient tus. On pense ici surtout aux schizophrènes, aux psychotiques délirants, aux grands déprimés et maniaco-dépressifs, aux plus gravement malades auxquels l'on dirigeait moins notre attention. Il n'y a pas longtemps encore, malgré la proportion importante de pathologies psychotiques, le temps qu'on y mettait y était quand même pauvre par rapport aux autres malades.

Actuellement notre attention cherche à se centrer heureusement sur ceux qui sont les plus touchés. Et dans des manières différentes, avec des mesures de réadaptation adaptées, dans des foyers de transition, des foyers de groupe, des appartements supervisés. Beaucoup plus proche du patient et du concret de sa vie et là où il a de la difficulté à gérer ses problèmes.

C'est à cette période de 1975 que se sont faites les démarches les plus décisives vers l'extérieur, alors que progressivement les cliniques externes de secteur dans la communauté se sont établies. Elles sont devenues lieux d'écoute non seulement pour ceux qui quittaient l'hôpital mais elles se sont aussi faites oreilles attentives pour ceux qui n'avaient plus besoin maintenant de se rendre à l'hôpital pour être entendus.

D'ailleurs il est évident que l'on acceptait plus facilement de laisser le patient retourner chez lui après son hospitalisation. On savait que l'on allait être proche ; on était là pour l'accompagner.

Doit-on dire que c'était des cliniques externes bien pauvres au plan physique ? Témoignage sans doute de l'importance relative qu'on leur donnait.

Doit-on ajouter que c'était des cliniques sans secrétaire, sans archives, style sous-sol d'église ou lieux modestes ne coûtant, si possible, rien ? La Clinique actuelle Anjou où je reçois mes patients coûte vingt fois plus cher que celle de février 1976, offerte alors par le maire d'Anjou.

Tout n'allait pas dans la facilité. Il est amusant de se souvenir maintenant qu'il fallait aller prendre ses dossiers à l'hôpital au début de la journée pour les rapporter le soir ou le lendemain matin. Notre archiviste s'inquiétait fort d'ailleurs, elle qui était « la gardienne des dossiers » de nous les voir ainsi transporter dans nos autos... Loin de la protection du « Service des Archives ».

Que de chemin parcouru depuis ! Nous retrouvons maintenant de belles cliniques bien organisées, bien pourvues, avec ses bureaux confortables, ses secrétaires sur place et au téléphone, à la réception des patients (non elles n'étaient pas là jadis), des archives ; des photocopieuses, des télécopieurs, des ordinateurs et maintenant le lien intranet pour faire lien avec l'hôpital.

Si l'environnement proposé est message signifiant , on est certes en train de dire notre désir de valorisation du patient psychiatrique. On ne lui proposait plus des barreaux mais un espace à parler.

L'Institution avait jusque là eu beaucoup de difficulté à laisser aller ses intervenants loin d'elle, tout comme elle avait eu besoin de garder ses patients en son sein.

Elle avait tout autant difficulté à perdre son regard sur les intervenants que sur ses patients ; les vitres des portes de bureaux y laissaient toujours voir un peu ... sans laisser voir tout à fait...

Tout n'allait pas de soi ; il fallait défendre avec vigueur son intérêt à sa présence dans la communauté.

C'était l'époque où les intervenants devaient aller chercher leurs propres locaux pour s'établir dans le secteur. Entre deux patients, dans les moments libres, sans beaucoup d'aide administrative. Il fallait surtout que ça ne coûte pas grand chose...

Je me souviens encore de ce premier instant de février 1976 alors que j'avais reçu mon premier patient dans une telle clinique.

L'écoute n'était déjà plus la même.

La consultation est toujours inquiétante mais elle l'était plus particulièrement quand elle avait lieu à l'hôpital. Elle se faisait entre des murs gris qui continuaient de faire peur ; des murs sur lesquels se dessinait l'ombre de toutes les folies tant craintes et qu'on pouvait craindre de voir se refermer sur soi.

L'hôpital était déjà ticket modérateur aux soins qu'elle voulait donner.

Le revers de cela , c'est que les listes d'attente se sont mises à enfler.

Des débordements sont survenus ; on ne pouvait plus donner réponse rapide à la consultation.

La réponse rapide n'était-elle pas requise ... pour ne pas rendre nécessaire l'hôpital ...

Échec naissant ?

Et quand je pense qu'à cette période on se demandait si on allait s'intéresser à la prévention primaire !

On n'y a pas pensé bien longtemps car on n'eut plus le temps ... d'y même songer...

L'importance des soins à donner en première et deuxième ligne nous avait rattrapés et ramenés à la réalité.

On pouvait aussi bien chercher l'intervention courte pour faire de la place... Mais la chronicité, les fragilités de longue durée venaient s'imposer.

On a bien voulu aller rencontrer à domicile le plus malade pour l'adresser à un traitement. Mais les demandes de plus en plus considérables conduisaient à l'économie de temps réalisée à recevoir le patient au bureau de clinique.

Si l'Institution avait eu tendance à vouloir tout prendre, le secteur a aussi eu tendance à connaître cette manière. Il risquait, ainsi débordé, de ne plus pouvoir utiliser son savoir-faire, assailli par des problèmes qui pouvaient être écoutés ailleurs, au point de référence initiale.

Il lui a donc fallu délimiter son champ d'action, référer ailleurs des problèmes qui n'étaient pas des maladies, penser redonner à d'autres la suite des soins.

Mais en certains lieux, c'est carrément devenu une psychiatrie de « dispatching » qui triait... mais n'écoutait plus.

On peut ressentir un certain malaise par rapport à cela et par rapport aussi à la référence rapide.

Les équipes qui savent après un entretien téléphonique ! le psychiatre qui sait après 50 minutes... Et qui dit à l'autre comment faire...

Sans avoir engagé la nécessaire relation qui permettrait de mieux savoir.

Des maladies ... ou des patients porteurs de maladie...

La référence à tout prix, est-ce que ça donne de meilleurs soins ?

Est-ce que, sous toutes sortes de rationalisations, l'on n'abandonne pas souvent à un autre qui n'a pas toujours le savoir-faire une relation et un soin pour lesquels l'on a la meilleure expertise. Est-ce que l'on n'est pas en train d'éloigner les soins des meilleurs lieux de compétence.

Je me demande s'il n'y pas dans notre pensée actuelle comme une invitation à quitter la relation... pour l'apport tout net de notre Savoir.

Depuis le début, j'avais compris que l'essentiel de ce que j'avais à offrir était la relation et un savoir qui me permettait de réunir des manifestations qui pouvaient faire sens ou exprimer une maladie.

L'angoisse diagnostique, l'entrée dans le monde du sujet, la définition de ce que l'on pouvait espérer attendre de lui et la définition de ce qu'il pouvait attendre de nous...

Dans ce monde de maintenant, 50 minutes pour savoir ... et la référence pour que l'autre fasse le soin...

Avec le savoir adéquat ?

Le soin partagé... ou abandonné...

Des tendances inquiétantes à la référence rapide se sont carrément dessinées en ces dernières années. Même si le retour au référant est souvent souhaitable, il est loin d'être certain que ce soit toujours une pratique à réaliser.

Il y a des intervenants habiles qui portent intérêt au trouble psychique et qui peuvent poursuivre adéquatement avec le patient dans la lignée des recommandations. Mais il y a bien des référents qui n'ont été qu'instruments à la référence au psychiatre et qui n'avaient engagé aucune relation significative avec le patient. Leur retourner le patient ?

Souvent, pour faire de la place, pour répondre à plus, j'ai l'impression que l'on ne partage plus le soin mais qu'on l'abandonne avec la conscience tranquille d'un mouvement actuel qui le sanctionne.

Je n'aimerais pas abandonner ma mère, mon père, mon frère, mon fils, mon ami malade à un médecin qui n'aurait pas envie ou qui ne saurait pas tellement bien, si ce n'est que d'appliquer ce que le psychiatre lui aurait dit de faire...

Le soin vraiment partagé... ou abandonné à un autre

Le soin partagé ...ou la consultation plus payante...

Le soin partagé ... ou le désir de répondre à plus...

Le soin partagé, des pilules suggérées à poursuivre...

Ne s'est-on pas mis à faire théorisation...du mieux des soins partagés... à partir du manque de psychiatres ?

N'a-t-on pas abandonné la recherche du juste ratio équipe psychiatrique-population à desservir, en acceptant d'emblée cette rationalisation ?

Plutôt que de s'adresser au manque, n'est-on pas en train de monter en habitude une pratique de référence ?

N'est-on pas en train de repousser au plus loin le patient des lieux de plus grande compétence ?

Pourrait-on penser que l'on en demande parfois trop aux omnipraticiens ? Leur laisse-t-on vraiment le choix d'accueillir ou non nos références ? Ne leur confie-t-on pas un peu trop rapidement des problématiques complexes qui demanderaient plutôt une attention plus longue du psychiatre ?

Qu'on redonne aux référents leurs patients avec des problématiques moins complexes, cela demeure souhaitable. Qu'on leur redonne rapidement les patients avec lesquels ils avaient une relation significative, cela demeure encore à privilégier. Mais il faudrait bien que ce soit avec la conviction que le référent est à l'aise à recevoir ce qui lui est retourné.

Le partage des soins favorisera de toute évidence une plus grande accessibilité à la consultation avec diminution des délais d'attente.

La continuité des soins demeurera-t-elle notre préoccupation principale ? Le va-et-vient incessant entre le psychiatre et l'omnipraticien auquel on assiste parfois, est-ce que cela désigne l'approche la plus appropriée, la plus avantageuse pour le patient ? Est-ce que ce contexte n'ajoute pas encore plus à sa confusion ?

Partager ...mais pas n'importe comment....

Le patient se retrouve-t-il avec celui avec lequel il veut sa relation, avec celui qui est le plus compétent pour le faire ?

Le psychiatre, usine à consultation ou lieu de relation ?

« Je saurai après 50 minutes ... et je référerai ! ».