

Psychiatrie de secteur : 10 ans après Sectorial psychiatry : 10 years later

Georges Aird, Yves Lecomte et Monique Robitaille

Volume 1, numéro 1, 1976

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030003ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030003ar>

[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

Aird, G., Lecomte, Y. & Robitaille, M. (1976). Psychiatrie de secteur : 10 ans après. *Santé mentale au Québec*, 1(1), 26–53. <https://doi.org/10.7202/030003ar>

Résumé de l'article

Cet article présente les discussions en atelier du 1er colloque de psychiatrie de secteur. Les thèmes sont : continuité des soins, travail d'équipe ; utilisation des paraprofessionnels ; enseignement ; consultation aux organismes ; place du malade dans la société ; prévention.

PSYCHIATRIE DE SECTEUR: 10 ANS APRES

Lors de ce colloque, les participants discutèrent de sept thèmes en ateliers et en plénière¹. Un résumé des ateliers pour chacun des thèmes est présenté ci-dessous ainsi que les principales interventions faites lors de la plénière.

CONTINUITE DES SOINS

Les membres participant à ces ateliers ont d'abord tenté de préciser le terme "continuité des soins". Ils ont fait ressortir les avantages et les désavantages de cette continuité tant pour les patients que pour les thérapeutes et ont noté aussi l'importance d'utiliser le milieu comme agent thérapeutique.

La continuité des soins fait appel à deux concepts:

(1) La plénière a été animée par Georges Aird, Yves Lecomte et Monique Robitaille.

- a) l'action spécifique d'un professionnel face à un patient au cours de sa maladie;
- b) l'action de toute l'équipe offrant aux patients des services axés dans un même esprit thérapeutique.

Les membres ont pu constater que les équipes ne travaillent pas de la même façon, certaines assumant la continuité avant, après et pendant l'hospitalisation alors que d'autres confient la responsabilité du patient à une équipe soignante spécifique selon l'évolution de la maladie.

On se demande alors si la continuité des soins répond principalement aux besoins des patients, du thérapeute ou du milieu.

Si tous sont d'accord pour qu'il y ait continuité des soins, il en demeure pas moins que cet objectif comporte des difficultés majeures:

- Lourdeur des cas:

Le traitement des patients psychotiques est lourd. Les "échecs" sont nombreux, la relation thérapeutique est exigeante, le nombre de malades augmente toujours.

- Sectorisation:

La sectorisation aussi comporte des éléments de difficultés: non-choix du patient, transfert d'un patient rendu nécessaire à la suite d'un déménagement, difficultés de communication entre les équipes, etc...

A celà, s'ajoutent les problèmes de l'équipe multidisciplinaire: entre autre le mythe du psychiatre, seul thérapeute valable, la rivalité et la compétition entre les thérapeutes des diverses disciplines, le danger de l'exclusivité professionnelle.

Les membres participant à ces ateliers ont curieusement mentionné plusieurs "dangers" rattachés au principe de la continuité des soins;

- danger que la continuité des soins se fasse au détriment de la qualité des soins;
- danger que l'équipe joue plus que son rôle en empêchant les autres (famille, milieu, etc...) d'assumer le rôle qui leur est propre;
- danger que la relation établie par l'équipe soignante soit si forte que cette prise en charge emprisonne le malade et l'aliène en

le coupant de la société;

- danger de "psychiatriser" le milieu.

Enfin on a fait mention d'éléments qui semblent très importants pour les participants:

- 1) répondre aux besoins plus spécifiques, plus concrets des patients;
- 2) utiliser en partie le milieu pour assurer la continuité des soins; ainsi la relation thérapeutique peut devenir moins lourde et plus supportable;
- 3) connaître davantage les besoins et les ressources du milieu et susciter même la création de ressources particulières;
- 4) sensibiliser l'opinion publique sur le rôle social que le milieu doit assurer.

ANDRE MASSE (S.H. Ste-Justine) donne un exemple de continuité des soins:

C'est celui du patient qui tout seul fait sa continuité et peut prendre sa médication tout en revenant au bout de six mois. Ce que je veux dire là-dedans, c'est que la continuité sort de l'équipe pour entrer dans le patient et que c'est lui à ce moment qui peut consulter ou non, en tout cas, qui transporte en dedans de sa personne sa pathologie.

JEAN MEUNIER (Sherbrooke). En réponse à une question de Georges Aird (C.H. St. Luc) sur la façon de faire face au contre-transfert envers les patients, Jean Meunier répond:

On parlait surtout du rejet du patient. A un moment donné, pouvaient se produire certaines difficultés avec un patient psychotique difficile de telle sorte qu'on avait tendance à vouloir passer le patient à une autre équipe, ce qui ne résoud pas le problème. Alors, on a dit que l'équipe pouvait constituer une bonne façon de résoudre le contre-transfert en ce sens que dans une équipe, il y a plus de chances qu'il y en ait un qui accepte le patient. Alors, à ce moment là, c'est lui qui doit prendre en charge le patient, qui a à être supporté par les autres membres. Si on réussit à surmonter cette difficulté là, ceci est un signe du bon fonctionnement de l'équipe.

DANIEL BELEC (C.H. Jean-Talon): On mentionne l'importance de la psychothérapie dans la continuité des soins je n'ai pas tout à fait cette optique là. La continuité des soins, c'est le rapport d'une équipe à un milieu et la continuité des soins, ça envisage la psychose vis-à-vis d'une équipe face à un milieu et on permet à ce milieu là de prendre charge des psychotiques et non pas à l'équipe de la prendre directement, et je pense que la continuité des soins doit passer par une optique sociale où on implique le milieu à prendre en charge les gens que le milieu, que la société marginalise et dans ce sens là, je pense que toute l'optique d'intervention sociale m'apparaît majeure dans l'optique de la continuité des soins.

GEORGES AIRD (C.H. St. Luc): Ce qu'on ressent de plus en plus depuis quelques années, c'est une espèce de back lash de la part de la société qui nous dit: "Vous remettez trop en circulation les grands psychotiques, vous mettez trop de pression sur la population, vous devriez plus garder ces grands malades là dans les hôpitaux". On se demande dans quelle mesure la psychiatrie du secteur, la psychiatrie communautaire de secteur, ne fait pas trop de pression sur la population. On leur demande de tolérer les gens que la société tolère mal. C'est plutôt une interrogation plus qu'une opinion.

DANIELLE MICHAUD (C.H. St. Luc): J'ai aimé ce que le premier intervenant a dit. Il a fait une distinction entre continuité des soins et continuité des services. Effectivement, ce qu'on offre finalement dans une clinique externe de psychiatrie, ce sont des services psychiatriques. Je pense que si on parle en terme de continuité des soins, c'est-à-dire imaginer que l'individu soit placé dans une situation qui le soigne et le transforme peu à peu, on ne peut pas voir les soins de psychiatrie, services psychiatriques comme étant le seul élément déterminant; d'où l'importance effectivement du milieu dans lequel est l'individu. Je pense que c'est vrai effectivement la question du "est-ce qu'on met trop de pression sur la société ou sur le milieu pour accepter l'individu en question". Je pense que c'est un problème auquel il faut faire face, en ce sens qu'il faut vraiment rechercher les causes, pourquoi est-ce que les gens trouvent qu'il n'y a pas moyen d'absorber ces individus là, est-ce qu'il y a un problème de structure dans lequel ils n'arrivent pas à s'insérer? Je pense qu'il faudrait effectivement faire une certaine recherche là dessus, faire face aux problèmes, et se dire

"bien pourquoi est-ce que ça ne marche pas, est-ce qu'on peut faire un travail, transformer la nature de ces lieux là pour que ces gens là puissent s'intégrer".

GEORGES AIRD (C.H. St. Luc): Ce que tu disais dans la première partie de ton intervention, c'est que si on a des services qui sont près de la population, qui sont très disponibles, on se sent peut-être moins obligé à tenir le grappin à long terme sur nos clients, de risquer peut-être moins de se faire accuser de les chroniciser dans le sens que les gens peuvent apprendre que les services sont disponibles; ils peuvent s'y adresser n'importe quand, ils peuvent eux-mêmes décider d'interrompre, de reprendre une prise en charge.

DANIELLE MICHAUD (C.H. St. Luc): Ce que je disais surtout, c'est que quelle que soit la qualité du service psychiatrique, même un service qui essaie d'être autre chose que l'appendice d'un hôpital et de vraiment appartenir à un milieu, malgré ça, ça reste jusqu'à un certain point du service psychiatrique, c'est-à-dire on ne peut pas limiter, si on parle de continuité des soins en terme d'un individu qui essaie d'obtenir une aide maximum en tout cas, des supports maximum pour arriver à être bien dans sa peau et à tenir le coup. Il demeure que la clinique externe psychiatrique reste un service psychiatrique comme tel.

DENIS LAZURE (C.H. Louis-Hyppolyte Lafontaine): Ça m'inquiète de voir qu'alors qu'on commence à peine depuis quelques années à assurer une continuité de soins par les équipes de secteur, on lance qu'on craint un soit-disant danger d'une aliénation du patient parce qu'on assure cette continuité là trop longtemps. En d'autres termes, au moment où on commence à vraiment donner un service de suite, d'allure pour la population, les gens commencent à nous dire déjà "il ne faut pas faire ça trop longtemps parce qu'on va chroniciser le patient". Alors là, jusqu'à quel point il y a une rationalisation là dedans pour cacher un certain rejet? Les gens ont parlé de contre-transfert négatif pour cacher un certain rejet du patient qui est difficile et du patient qui a besoin d'être traité longtemps. Ça m'étonne toujours qu'en psychiatrie, on se pose constamment les questions sur combien de temps il faut traiter; il y a des époques où c'est le moins de temps possible et d'autres époques, c'est le plus de temps possible, alors que dans d'autres domaines on prend le patient quand il a besoin de soins, s'il en a

besoin 5 ou 35 mois, s'il en a besoin pendant 5 ans, on va le prendre pendant 5 ans. Une autre remarque, la longueur de la prise en charge, elle est en grande partie surtout, si on continue de penser au patient de pathologie lourde, conditionnée au caractère chronique de la maladie mentale qui est pratiquement là par définition dans bien des cas; alors une fois qu'on accepte ce caractère chronique de la pathologie, qu'on y fait face à cette pathologie là en milieu interne, en milieu externe peu importe, mais une fois qu'on l'a acceptée on a plus à remettre en question combien de temps on va assumer la prise en charge.

NICOLE LANOUE (C.H. St. Luc): Je suis un peu ennuyée de parler du rythme de chronicisation en fonction de longueur d'années de traitement. A mon avis, ce n'est pas la question de longueur d'années, je pense que c'est la question d'une réponse de soins qu'on donne à un patient. Je trouve qu'on donne toujours une réponse psychiatrique à des besoins d'une personne et à un moment donné c'est dépassé ça. Je pense que quand on a dépassé le stade d'un besoin psychiatrique, on arrive à donner une réponse sociale aux besoins sociaux du patient. Ça devient de la chronicisation si on donne simplement une réponse psychiatrique qui veut dire médicaments, qui veut dire psychothérapie, qui veut dire enfin toutes les dimensions qu'on connaît bien de la psychiatrie. Je pense qu'il faut absolument développer une approche plus sociale, trouver des mécanismes, développer une réponse sociale à la pathologie sociale du patient; je pense qu'à ce moment là, il y a beaucoup moins de risque de chronicisation.

LE TRAVAIL D'EQUIPE

Le travail d'équipe suscite bien des réflexions et soulève nombre de préoccupations. Les nombreux participants aux différents ateliers sur ce thème ont abordé par ce biais beaucoup de leurs préoccupations. Le travail d'équipe en fait rejoint tous les secteurs et tous les niveaux de travail. Quelque soient la réflexion, l'intervention, l'approche utilisées, elles sont tributaires du travail d'équipe et du fonctionnement de cette dernière.

A l'examen des principaux sujets de discussion, on constate qu'il

est beaucoup question du leadership psychiatrique. Si tous s'accordent à remettre en question le modèle rigide de leadership qui prévalait jusqu'à ces dernières années, tous ne sont pas d'accord cependant sur la nouvelle forme que doit prendre ce leadership. La responsabilité légale des médecins demeure pour beaucoup l'argument irréfutable en faveur de son autorité. Là où il y a divergence, c'est lorsqu'il est question de maintenir ou non la responsabilité légale du médecin face à tous les gestes posés dans l'équipe où il travaille. Beaucoup de participants s'accordent à croire que le leadership peut être remanié en conservant aux médecins la responsabilité légale, par contre, d'autres prétendent qu'il faut abolir cette forme de responsabilité pour qu'une autre forme de leadership soit possible. Pour certains le travail en équipe sera vraiment possible lorsqu'il n'y aura plus de privilèges de classe, de différence de salaires ou de monopole de connaissances rattachés à un poste particulier. De façon générale, cependant les participants manifestent le désir d'aller vers un leadership plus partagé et plus différencié selon les problèmes ou les moments d'évolution de l'équipe.

Lorsqu'il est question d'assouplir ou de partager le leadership, il est aussi question de définir les tâches, les rôles et identités des membres de l'équipe et de discuter les différents "pouvoirs" accessibles à tous. Désormais on ne voit plus le psychiatre figé dans un rôle d'autorité et on se préoccupe de la mobilité et de la polyvalence de chacun. On conteste de plus en plus l'identité professionnelle découlant de la seule formation académique, et on tend à reconnaître davantage la compétence professionnelle qu'un individu, quelque soit sa profession, a acquise dans son travail ou par une formation post-scolaire spécialisée. Si, de façon générale, on encourage les différents membres d'une équipe à se définir davantage et à "occuper leur place", plusieurs se méfient d'une surspécialisation qui isole les membres les uns des autres et rend plus difficile une approche globale du malade ou d'une situation donnée. Il y aurait donc un équilibre à trouver entre l'évolution individuelle des membres et l'évolution de l'équipe dans une perspective d'efficacité.

Lorsqu'on parle de travail d'équipe, on ne peut parler uniquement des rôles de chacun; on doit aussi essayer de voir comment ces rôles

s'agencent, comment les tâches se partagent, comment, en somme, fonctionne l'équipe. Beaucoup de participants mettent l'accent sur l'importance des réunions d'équipe; on s'interroge alors sur l'orientation que doivent prendre ces réunions: doit-on se préoccuper "officiellement" des problèmes internes de fonctionnement d'une équipe? Cette question entraîne beaucoup de discussions et, bien que la majorité des participants mette l'emphasis sur la tâche que l'équipe a à remplir, on n'exclut pas pour autant avoir à travailler sur l'unité de l'équipe pour rendre cette dernière fonctionnelle.

A un autre niveau, les relations hiérarchisées créées par la supervision psychiatrique sont remises en question. La supervision à l'intérieur de l'équipe de même que différentes formes de consultation peuvent se faire à partir des compétences et des besoins de chacun plutôt qu'être déterminées par les rôles traditionnels des membres.

Enfin, les participants s'accordent à dire que l'équipe dans ce qu'elle peut avoir de polyvalent est essentielle à la psychiatrie de secteur et éventuellement à la psychiatrie communautaire. Une approche globale, communautaire ou individuelle ne peut qu'être améliorée par la multiplicité des disciplines, des approches et des intérêts des membres d'une équipe.

MARIE BEAUDRY (C.H. St. Luc): Lorsque la structure hiérarchique est rigide, le psychiatre est défini comme la personne ayant le plus de pouvoir. Comme tout le monde tient à avoir un certain pouvoir, on peut imaginer les difficultés que ça pose aux non-psychiatres de se sentir à l'aise dans leur rôle professionnel et d'utiliser leur habileté et compétence propre. Je pense qu'on peut décroisonner énormément les professions.

Ce sera alors possible à chacun de se définir un rôle qui à ce moment là est un rôle en fonction du travail, en fonction de la satisfaction, en fonction aussi de la réponse au besoin qui est présenté par la population. Ça permet d'éviter énormément de conflits ça permet d'éviter de se battre pour le pouvoir si on a l'impression qu'on participe tous au pouvoir.

Il y a un autre point aussi qui me semble extrêmement important, c'est un point disons "moral", c'est une question de confiance. Je pense que dans la mesure où le psychiatre accepte de déléguer une partie de son pouvoir, une partie de ses tâches, il faut qu'il ait énormément confiance dans les personnes de son équipe; naturellement, il faut aussi que les personnes de son équipe aient aussi vraiment confiance dans le psychiatre dans le sens où on s'en reporte à lui par exemple dès qu'il y a des difficultés qui peuvent être graves, étant donné qu'effectivement il assume dans le moment un rôle légal important. Alors, je pense que la notion de confiance pour moi n'est pas du tout une notion triviale ou accessoire, c'est une notion extrêmement importante si on veut que le travail d'équipe avance.

ROSAIRE BERTRAND (C.H. Louis-Hyppolyte Lafontaine): A propos de la situation actuelle, on déplore que les équipiers remettent trop facilement le leadership au psychiatre, tandis que d'autres participants déplorent que le psychiatre se l'approprie trop spontanément. On mentionne aussi l'insécurité des autres professionnels de l'équipe, des gens qui ne sont pas psychiatre, et on mentionne également comme cause possible la formation du médecin qui le prépare et qui l'habitue à faire face à des situations de crise et d'urgence.

DANIEL BELEC (C.H. Jean-Talon): Il m'apparaît qu'une équipe là en soi c'est un groupe, en tant que groupe, elle suit les lois du groupe et qu'un groupe dans notre société actuelle ne peut survivre que s'il comprend un équilibre, entre les tendances d'appartenance au groupe, que j'appellerai tendance fusionnelle, à des forces individuanes du groupe, des gens individuellement où les gens se réalisent, et ces deux facteurs là m'apparaissent la base d'une continuité d'équipe. Si je poursuis dans le système dans lequel on vit, il est sûr que l'appartenance au groupe là, idéalement on pourrait parler d'autogestion, sauf que dans les structures de notre société dans laquelle on est, l'autogestion n'est pas compatible avec les structures et ce serait difficile d'aller dans ce sens là. A ce moment là, comment rechercher la cohésion du groupe en psychiatrie, et l'interrogation nous amène à une autre idée qui est ce principe d'horizontalité. Est-ce qu'il est possible de concevoir dans une équipe psychiatrique un certain niveau d'horizontalité au niveau du soin au patient et je pense que

là encore on le saura par toute sorte de problématique. Il y a une problématique qui m'apparaît intéressante au niveau de l'horizontalité et elle m'apparaît toucher aux problèmes affectifs, dans le sens que l'appartenance au groupe, la dynamique du groupe et l'horizontalité sont possibles dans la mesure où il y a un mouvement affectif du groupe ensemble. L'équipe de secteur se forme à partir d'un mécanisme de choix interpersonnel pour constituer le groupe qui m'apparaît une base affective importante afin de structurer une appartenance au groupe, des gens entre eux, et dans ce sens là, je pense qu'on donne à ce moment là à l'équipe une horizontalité affective qui va permettre de tolérer une hiérarchisation du pouvoir.

GEORGES AIRD: Quand on parle de difficulté à réaliser l'idéal d'équipe démocratique, je pense qu'il n'y a pas juste le leadership psychiatrique qui s'y oppose, il y a d'autres problèmes qui s'y opposent comme le problème du syndicalisme, le problème du corporatisme, des appartenances professionnelles, pas juste des psychiatres mais toutes les professions et je pense qu'on se heurte à cela quotidiennement tout le monde et on pourra en mentionner d'autres probablement.

MONIQUE ROBITAILLE-MARTIN (C.H. St. Luc): Moi, j'aurai juste à ajouter un petit élément, c'est que c'est vrai qu'il y a un élément affectif qui unit une équipe qui travaille depuis des années ensemble, sauf qu'il y a aussi le problème qu'un groupe à un moment donné, arrive à un seuil de productivité qu'il ne peut plus dépasser en temps que groupe. Les individus ont pu donner ensemble de leur énergie pendant un certain temps et ils ont absolument besoin de se regrouper en ayant des intérêts communs. Ce problème là est assez important dans un sens parce que d'une part on a besoin d'éléments extérieurs pour se restimuler et d'autre part, ça divise quand même le groupe dans un certain sens. Je pense que c'est un problème qui est important aussi si on ne veut pas s'enliser et maintenir le statut-quo et continuer toujours à évoluer.

DENIS LAZURE (C.H. Louis-Hyppolyte Lafontaine): Je ne peux pas ne pas parler sur ce sujet là. Le Dr Aird dit que c'est sûrement le sujet qui va amener les discussions les plus vives et le sujet auquel nous tenons le plus. C'est sûr et je trouve que c'est

dommage dans un sens parce que c'est peut-être symptomatique de cette confusion qui existe parfois dans les équipes, à savoir qu'est-ce qui est primordial, le service qu'on a à rendre à une certaine population ou bien l'harmonie de l'équipe. Bien sûr, ce n'est pas possible de dissocier ces deux choses là complètement, mais on nous répond: "Si l'équipe est en harmonie, le service sera meilleur et c'est vrai mais il y a un danger, c'est que cette recherche de l'harmonie de l'équipe et de l'égalitarisme dont on parlait tantôt, se fasse au prix, à un moment donné, d'une préoccupation du service".

Je m'explique, en ce sens que l'harmonie peut tellement être recherchée qu'on en vient à thérapéutiser les relations au sein d'une équipe et à partir du moment où les relations sont thérapeutisées, il est sûr que tout le climat de l'équipe devient passionnel et tout le climat de l'équipe devient émotif. Et là, si on aborde toute la question de leadership avec un tel climat passionnel, c'est évident que le M. ou la Mme qui s'appelle psychiatre est isolé dans un coin. Le leadership dans une équipe peut s'exercer, peut se reconnaître de 2 façons: il y a un leadership qui peut être formel, lequel, appelez ça comme vous voudrez, peut être dû soit à un titre ou à une compétence ou à une formation donnée; il y a aussi le leadership moral qui découle beaucoup plus d'une compétence que d'un titre ou d'une formation. Je viens à la remarque de Mme Robitaille hier soir qui disait "bien c'est curieux que les gens braillent autant alors que presque 80% des répondants ont dit être satisfaits du travail d'équipe en gros", moi, je pense que ça devient, je viens à ma première remarque disant que c'est dommage que ce soit le sujet qui retienne le plus notre attention et notre temps, je pense que dans la réalité de tous les jours, la plupart des équipes fonctionnent bien, dans l'optique où on a pas trop trop à souffrir de part et d'autre de la confusion des autres ou de la persécution d'un leader trop autoritaire. Je pense qu'il y a, à un moment donné, quand on se retrouve dans une discussion comme celle-ci qui devient affective, on est porté à oublier la réalité, qui n'est pas trop dictatoriale si vous voulez de la part du leader qui habituellement est un psychiatre et on en arrive à parler sur un plan théorique et à pouvoir solutionner peut-être un problème qui est plus social que le problème de telle ou telle équipe. C'est un problème social actuel, sociopolitique si vous voulez qui fait que le psychiatre gagne trois, quatre, cinq fois plus que le travailleur social;

c'est un problème socio-politique, si la loi et les réglementations actuelles veulent que la responsabilité principale dans un milieu psychiatrique revienne au psychiatre. Alors, ces questions là malheureusement ne pourront jamais être résolues à l'intérieur d'une discussion comme celle-ci ou de discussion à l'intérieur des équipes, d'où une dernière conclusion, c'est ma dernière remarque, quand on aborde ce sujet là, c'est qu'on mélange les problèmes réels du travail en équipe de tous les jours avec les problèmes beaucoup plus généraux d'une inégalité sociale.

GEORGES AIRD (C.H. St. Luc): Je pense que les problèmes de travail d'équipe, de rivalité professionnelle, en tout cas dans l'expérience que j'ai vécue, se posent surtout dans les équipes jeunes ou dans les équipes fragiles. Je pense que les équipes qui ont une certaine durabilité, qui collent à la réalité quotidienne, qui ont une certaine expérience, s'aperçoivent vite que ce n'est pas ça le plus grand problème. Je pense, je reviens un petit peu à ce que Nicole Lanouette disait tantôt que ce qui affecte, qui concerne à long terme la survie des équipes, c'est bien plus la lourdeur du travail: travailler constamment face à des gens qui sont très malades, qui sont très demandants, qui sont peut-être les gens les plus lourds à porter.

GEORGES-ETIENNE CARTIER (C.H. St. Luc): Je pense que dans une équipe, on choisit un type de fonctionnement, une attitude et non pas tellement des individus, des personnalités. En ce qui a trait à la thérapeutisation des relations, je pense qu'il y a une chose qu'on oublie, c'est que le malade est en droit d'attendre de nous qu'on fonctionne pas trop comme des malades nous-mêmes et je pense qu'à l'intérieur d'une équipe, on devrait être capable de se dire des choses avec une franchise et d'une façon directe qu'on attend d'un adulte. Trop souvent dans les équipes de soins, on se trouve en train de marcher sur des oeufs, de faire attention à ne pas faire de la peine à un tel ou à un tel, et on a l'impression que nos relations sont aussi fragiles avec les gens avec qui on travaille que si on s'adressait à des gens sur le point de décompenser. A ce moment là, quand les relations à l'intérieur d'une équipe en sont rendues à un point comme celui-là, je pense qu'il y a quelque chose qui doit changer, il y a des gens qui doivent partir. Le malade a le droit d'exiger qu'on fonctionne mieux que cela.

YVON GAUTHIER (Université de Montréal): Je pense qu'on oublie trop et ça me frappe toujours dans ce milieu quand même extrêmement influencé par les théories psychanalytiques, je trouve qu'on oublie beaucoup trop qu'il existe à l'intérieur d'une équipe des instincts pas seulement sexuels mais aussi agressifs, et que ça fait partie de nous tous cette agression, ce désir de devenir de plus en plus meilleur, ce désir de se battre avec les autres.

JACQUELINE COSSETTE (C.H. Amos): Moi, depuis 6 ans que je suis en psychiatrie, je trouve que les gens de la psychiatrie parlent toujours de l'équipe en terme de problème. Je n'en reviens pas, c'est peut-être parce que j'ai vécu le champ médical où il n'y avait pas d'équipe, il n'y avait pas de notion d'équipe. Pour moi, l'équipe c'est quelque chose qui est vivant et qui est le fun. Par contre, c'est bien sûr que dans une équipe, il y a une vie qui n'est pas facile, parce qu'il y a des problèmes d'identité, de distribution des responsabilités et de conflit d'autorité. On a à en parler mais même si cette vie là n'est pas toujours facile, il y a une vie d'équipe et dans la vie, il y a des accidents c'est sûr, il y a des maladies aussi, mais la vie, ce n'est pas des accidents continuels, des maladies continuelles, c'est une vie et c'est quelque chose de positif.

UTILISATION DES PARAPROFESSIONNELS

Les membres participant à ces ateliers ont eu de la difficulté à définir qui est le paraprofessionnel. Est-ce un bénévole, un étudiant, un thérapeute de milieu, ou alors un citoyen travaillant dans les clubs sociaux, les organisations paroissiales, le milieu de travail? Serait-ce le voisinage, les amis, les parents? Certains le définissent aussi comme un agent actif dans l'ensemble d'un plan de traitement établi par une équipe professionnelle de soins en santé mentale.

S'il est difficile de décrire qui est le paraprofessionnel, il est encore plus compliqué de préciser quel devrait être son rôle. On croit généralement que sa principale contribution se situe au niveau du contact humain, de son expérience personnelle de vie qu'il peut transmettre et de sa connaissance des ressources du milieu.

Son rôle devrait être spécifique et ne devrait pas être celui normalement effectué par un thérapeute faute de personnel qualifié. Ce rôle peut être préventif ou de support selon le cas. Ainsi les paraprofessionnels pourraient être utilisés en temps de crise ou au niveau de la prévention: par exemple jouer un rôle de support auprès d'une personne amie, ou alors véhiculer de l'information sur l'importance d'une bonne santé mentale.

Pourquoi n'avons-nous pas de paraprofessionnels au sein des équipes de santé mentale? On fait état des structures administratives et des syndicats qui apporteraient des objections. On croit aussi que la lourdeur du travail clinique ne permet pas aux thérapeutes d'investir au niveau de la formation des paraprofessionnels ou même encore au niveau de la connaissance des ressources du milieu. Enfin certains mentionnent qu'il pourrait être dangereux de perdre le contrôle thérapeutique sur les patients.

Tous les membres ont noté l'importance de connaître davantage les ressources du milieu et de les utiliser comme agents thérapeutiques. Certains croient également qu'il serait plus bénéfique d'utiliser le réseau naturel du patient au lieu de former des bénévoles. D'autres enfin croient qu'il ne serait pas toujours nécessaire de recourir aux paraprofessionnels si les thérapeutes développaient une plus grande polyvalence au niveau de leurs interventions.

ENSEIGNEMENT

Cet atelier a permis une critique de l'enseignement tel que fait actuellement et a suscité certaines propositions de réforme.

PROBLEMES

L'enseignement comporte des problèmes de trois ordres soit ceux des structures administratives, du contenu et des étudiants.

Ainsi, les structures actuelles des cliniques défavorisent l'enseignement de la santé mentale communautaire car certaines ne peuvent recevoir d'étudiants et/ou ont des enseignants avec une formation insuffisante, quand ce ne sont pas les ressources alouées à l'enseignement de la pratique communautaire qui manquent comparativement

aux autres formes d'enseignement.

L'enseignement universitaire dans les hôpitaux ne touche pas à l'aspect communautaire. Il est plutôt orienté vers l'individu, la clinique et le curatif. De plus, cet enseignement se fait par champ professionnel (i.e. disciplines spécifiques) et ne s'attarde pas aux différents aspects d'intégration des praticiens à une équipe multidisciplinaire. En fait, les participants concluent qu'il n'y a pas d'enseignement proprement dit de la psychiatrie communautaire.

Par ailleurs, les étudiants eux-mêmes présentent certaines difficultés car ils sont sélectifs quant au milieu de stages, choisissant des milieux structurés et ayant une certaine réputation. Une fois intégrés, ces étudiants doivent aussi défaire certains apprentissages incompatibles avec la pratique communautaire.

INTERROGATIONS

Ces constatations des divers problèmes donnent lieu aux questions suivantes: Existe-t-il une formation en pratique communautaire autre que celle donnée par Woodbury, Paumelle, Hochman? Est-il possible d'avoir un enseignement en psychiatrie communautaire qui ne formerait pas un surspécialiste ayant assimilé toutes les disciplines? Y a-t-il des spécialistes capables d'enseigner dans ce champ d'action? Est-ce que les responsables de l'enseignement doivent être des cliniciens, ou des universitaires? Est-ce que la formation actuelle est bien faite ou mal faite? Quel genre de formation doit-on viser? Doit-on former des généralistes ou des spécialistes? Les interrogations sont donc très nombreuses de même que la diversité des réponses des participants.

MODALITES

Avant de l'enseigner, il faudrait d'abord définir la psychiatrie communautaire et l'équipe communautaire. De plus, cet enseignement ne devrait pas se limiter seulement aux principes mais diffuser les résultats de la prévention. Il chercherait aussi à perfectionner les techniques de base utilisées par les travailleurs.

Pour faire de l'enseignement, diverses solutions sont proposées. Ainsi, l'enseignement devrait être continu sous la forme de réunions scientifiques dans les équipes, et d'ateliers au besoin; des jour-

nées d'étude, des mini-congrès de réflexion entre les équipes de secteur peuvent aussi être profitables. Cette dernière modalité favoriserait la diffusion des résultats du travail en équipe et la recherche sur ces résultats.

Pour les stagiaires il devrait y avoir immersion dans le milieu dès le premier cycle de façon à dépasser la simple sensibilisation. Certains suggèrent une participation de tous les praticiens à cette formation de même que l'idée suivante: Une année de spécialisation en psychiatrie communautaire ouverte à toutes les disciplines, qui pourrait se faire dans des centres d'internat avec programme commun pour les professionnels de la santé.

BUT

Une question est revenue à plusieurs reprises; doit-on former un généraliste ou un spécialiste? Le débat peut se résumer ainsi: Si le travailleur communautaire devient spécialiste, il aura de la difficulté à répondre à la demande qui est de plus en plus diversifiée (par exemple: la délinquance). Mais, par ailleurs, s'il devient généraliste, il risque de perdre une certaine identité professionnelle. Devant ce dilemme, aucune solution n'est proposée. On se limite à dire que c'est aux équipes communautaires de se situer par rapport à ce problème en soulignant toutefois que l'équipe ne devrait pas être un ensemble de spécialistes vivant en serre chaude.

MONIQUE ROBITAILLE-MARTIN (C.H. St. Luc): Si on regarde un autre rapport d'atelier, tout le monde essaie de définir un modèle véritablement communautaire et québécois différent de l'expérience américaine. Je pense qu'on n'est plus capable de se comparer aux Etats-Unis où il y a une population tellement plus élevée qu'au Québec, et j'ai l'impression que c'est peut-être un peu pour ça que les Mental Health Centers ont peut-être eu pas mal plus de difficulté à survivre que les nôtres.

GEORGES AIRD (C.H. St. Luc): Ce que j'aimerais ajouter, c'est que je me demande si on structure plus au niveau universitaire un enseignement en quelque chose qui s'appelle communautaire. Je me demande si on ne devrait pas faire en sorte qu'à un certain niveau, peut-être

pas globalement que les quatre professions concernées s'assoient sur les mêmes bancs d'école face au même professeur. Je me souviens d'une travailleuse sociale américaine qui avait fait son cours à Chicago et qui disait, "Dans le milieu où moi j'ai travaillé, le service social et la médecine étaient deux professions qui se connaissaient bien. On sait que de façon générale, ce sont deux professions qui se connaissent mal et qui s'utilisent mal. Si chez nous on se connaît bien et on s'utilise bien, c'est parce que durant les 2 premières années de cours en service social et en médecine on était placé sur les mêmes bancs d'école, on avait des cours communs, on se connaissait personnellement et on échangeait".

YVON GAUTHIER (Université de Montréal): En psychiatrie, depuis je dirais facilement cinq ans, la majorité des résidents en psychiatrie sont exposés au moins pendant un an à une équipe de secteur et qu'ils en feront partie à l'intérieur même de leur formation. Il y a en plus des cours de psychiatrie communautaire qui sont coordonnés justement par le Dr Lazure et auxquels participent des gens qui sont ici. Donc au point de vue cours théorique, je pense qu'il y a quand même une exposition intéressante, au point de vue clinique comme je disais hier, je pense qu'à ce moment-ci, il n'y a plus vraiment de résidents dans le réseau de l'université de Montréal qui n'ont pas été exposés de façon intense à une expérience de secteur. Alors évidemment, si on fait la différence entre expérience de secteur et expérience communautaire et je pense qu'on la fait tous, toutes les équipes ne sont peut-être pas rendus vraiment à une implication complètement communautaire, mais je pense que tous les résidents sont exposés à une expérience clinique de secteur, et je veux juste ajouter une chose, je pense que c'est tout aussi simple de travailler à l'intérieur d'une équipe de secteur aussi bien pour un résident que pour n'importe quel autre stagiaire des autres professions et que ça m'apparaît l'endroit idéal pour vraiment apprendre ce que ça peut être et quels sont les problèmes qui se posent à ce niveau là. En définitive, l'équipe du secteur est vraiment le creuset principal de formation.

GEORGES AIRD (C.H. St. Luc): Est-ce qu'on ne pourrait pas penser à quelque chose qui ressemblerait à ce que Caplan faisait et fait encore, à Boston, à Harvard, un laboratoire de psychiatrie communautaire ouvert à toutes les professions et où il se donne un enseigne-

ment à la fois théorique et clinique un peu dans un autre domaine que ce que fait peut-être le Jewish à Montréal dans le domaine de la thérapie familiale, un laboratoire sur un sujet donné ouvert à toutes les professions.

DENIS LAZURE (C.H. Louis-Hyppolyte Lafontaine): Comme le Dr Gauthier disait, depuis quelques années, les résidents futurs psychiatres ont un stage d'au moins 1 année dans les équipes, et je me demande, ce serait relativement simple si encore une fois, on peut enlever des barrières émotives, s'il serait relativement simple d'obtenir que les autres disciplines universitaires ou collégiales durant leur formation, je pense aux psychologues, je pense aux travailleurs sociaux, aux infirmières, aux ergothérapeutes, fassent des stages d'au moins 3 à 6 mois dans les équipes. Ça ne se fait pas, je sais en particulier en psychologie à l'université de Montréal, le gros de la formation pratique, clinique se fait dans la clinique qui est située à l'université de Montréal. Bon, je comprends que c'est une communauté sur la montagne, mais ce n'est pas tout à fait le genre de psychologie communautaire qui va se faire ensuite dans la pratique. Alors moi, je ferais un appel à ces autres disciplines qui peuvent exercer certaines pressions sur les départements universitaires pour qu'on puisse dans les équipes recevoir des stagiaires de ces disciplines.

CONSULTATION AUX ORGANISMES

Selon les participants, l'équipe de psychiatrie de secteur devrait investir dans la consultation aux organismes. Les diverses professions constituant cette équipe devraient toutes y participer.

ORGANISMES

La consultation peut se faire auprès d'une gamme diversifiée d'organismes tels que les institutions (hôpitaux, C.S.S., écoles); les "Projets Initiatives Locales" (PIL), les projets "Perspectives-Jeunesse" (PJ) et les organismes populaires.

OBJECTIFS

La consultation à des organismes permettra d'éviter de psychiatriser les enfants et les adultes en empêchant par exemple une hospitalisation non nécessaire. Elle permettra aussi d'éviter la consommation simultanée de plusieurs services par les clients.

La consultation a aussi comme objectifs de développer chez les organismes la tolérance vis-à-vis les déviants car ces organismes ont souvent tendance à les rejeter par un manque de sensibilisation à la santé mentale. La consultation visera aussi à susciter chez les organismes une remise en question de leurs attitudes et comportements envers ces clients. Elle redonnera aux organismes la responsabilité de la prise en charge qui leur appartient et délèguera des responsabilités quant aux problèmes reliés à des situations individuelles ou de groupe. Cette responsabilité déléguée vise aussi à élargir le champ d'action des organismes et à les amener à créer des ressources pour la clientèle.

TYPE

On peut distinguer trois types principaux de consultation: La consultation clinique auprès de divers organismes, la consultation au niveau de l'enseignement dans les comités d'école, les cliniques populaires, etc... et enfin la consultation pour les groupes de tâche. Cette dernière forme de consultation peut favoriser la création d'ateliers protégés ou aider les membres d'un C.L.S.C. à se doter de meilleures méthodes de travail.

PROBLEMES

Pour faire de la consultation, il faut tenir compte de certaines données. Ainsi, il est essentiel de connaître les motifs de la demande de consultation car il peut y avoir incompatibilité entre la demande et les buts des consultants. La définition du contrat entre les parties doit être claire; on doit aussi éclaircir toute demande d'interventions à plus long terme qui débordent le cadre de la demande. Une ambiguïté risquerait de faire échouer la consultation.

Les non-professionnels de la santé mentale adoptent facilement les outils d'intervention des consultants. Cette tendance crée une "psychiatisation" qui abaisse le seuil d'efficacité de ses intervenants.

Quant au consultant, il peut avoir le sentiment d'être utilisé (manipulé) par un organisme sans que soient satisfaits ses attentes et intérêt propre. Dans son travail, le consultant doit éviter d'être perçu comme menaçant par les organismes. Ces derniers

craignent souvent l'intrusion de professionnels pouvant amener des changements au sein de leur équipe et les priver d'une partie de leur autonomie ou de leur leadership. Il faut aussi éviter de fournir des solutions toutes faites aux organismes, car cette façon de procéder risque de saboter leur évolution.

PLACE DU MALADE MENTAL DANS LA SOCIÉTÉ

Les participants ont rapidement mis de côté les textes proposés et ont puisé dans leurs expériences respectives pour l'analyse de ce thème. Cette analyse s'est faite selon trois différentes perspectives.

CRITIQUE EPISTEMOLOGIQUE

Des participants élaborèrent une critique selon une perspective épistémologique. La discussion peut se résumer ainsi. Le problème de la place du fou dans la société amène trois interrogations: La définition de la maladie mentale, la réinsertion dans la société et les moyens pour y arriver. Ces questions engendrent une interrogation générale soit le lien entre la société (gouvernements, politiques), les professionnels de la santé (leurs rôles, les conflits de pouvoir, les moyens utilisés) et le client (ses besoins, ses valeurs et sa place dans la société).

Le phénomène de compétition (caractéristique propre à notre société) se retrouve à tous les paliers de l'interaction entre les individus concernés (gouvernement, professionnels, clients). De fait, il existe une association entre la définition des rôles et le pouvoir.

Dans une interrogation de niveau épistémologique, le problème central se résume dans la dialectique entre les fins et les moyens. Par conséquent, il faudrait désarticuler les positions de force actuellement en place (gouvernement professionnels clients) pour redonner une synthèse en terme stratégique, une redistribution des ressources privilégiant de fait la qualité des soins au niveau du principal sujet visé, soit le client.

CRITIQUE SYSTEMIQUE

L'analyse de la place du malade mental peut se faire en fonction du système théorique du travailleur. Ce dernier a un système qui le guide dans sa perception et son action. Quelle est la place du mala-

de mental dans son système? Il a la place que la maladie lui donne. Ainsi, celui qui ne guérit pas n'a pas de place.

Une autre conséquence de ce système est l'étiquette. Cette étiquette crée des barrières entre le client et le thérapeute. Elle est un signe du rejet du malade mental par le soignant. Ce rejet peut se manifester de trois façons: Refus au malade mental de travailler dans notre milieu, refus au malade mental d'évoluer car dès qu'il fait ses propres choix, on coupe les ponts (en écourtant les entrevues par exemple), insertion du malade mental dans un système parallèle (foyers, centre d'accueil).

A quoi sert le malade mental? A justifier notre rôle de thérapeute diront certains et à satisfaire les besoins du thérapeute. A quoi servent les systèmes? Les systèmes et les théories sont nécessaires aux thérapeutes car cela leur donne de l'espoir et maintient leur moral. En fin de compte, les théories permettent aux thérapeutes de s'occuper d'eux-mêmes et de se centrer sur ceux qui répondent à leurs théories.

CRITIQUE PRATIQUE

D'autres praticiens se sont demandés ce qu'est perdre sa place avant de trouver des solutions de récupération de celle-ci. Perdre sa place est décrit selon diverses variables. C'est être victime de préjugés, étiqueté malade mental, faire peur, être rejeté, avoir besoin de faire appel à des mesures sociales, ne pas être capable de se débrouiller seul, être coupé du réseau familial, de ses droits et responsabilités de citoyens.

Comme moyens d'action pour éviter au malade mental de perdre sa place, ou de la récupérer, les thérapeutes ont les mesures suivantes à leur disposition, mesures touchant trois objets: Thérapeutes, clients, milieu.

Thérapeutes: - travail interdisciplinaire et communautaire plus développé en augmentant les ressources professionnelles.

- déprofessionnaliser les travailleurs de la santé mentale (décloisonnement des rôles et des structures)

- développement de mécanismes permettant l'auto-critique et évaluation des professionnels pour une stratégie plus efficace en matière de santé mentale.
- sortir des barreaux c'est-à-dire cesser d'étiqueter à outrance, utiliser les ressources du réseau du patient qui peuvent régler l'état de crise et ainsi éviter qu'il perde sa place, hospitaliser dans le milieu de préférence.

Clients: - amener le malade à prendre conscience qu'il a dans une certaine mesure à se traiter lui-même.

Milieu: - informer l'entourage, démystifier la maladie mentale et apporter du support, conscientiser les gens sur la santé mentale par les moyens de communication.

- proposition et mise en place de stratégies nouvelles soumises au niveau politique.

- apprendre aux gens qu'il peut être exigé du malade mental un certain nombre de choses tout en lui apportant une aide jusqu'à un certain point (ex: travail)

- amener tous les gens à se sentir responsables du malade mental.

MARIE GUERTIN-BEAUDRY (C.H. St. Luc): Les malades physiques ne sont pas gardés chez-eux parce que les gens manquent d'outils, manquent d'information, de la même façon en santé mentale, les gens ne sont pas gardés non plus dans leur milieu, dans leur famille, dans leur entourage parce que les gens qui sont autour des patients ne sont peut-être pas informés et outillés pour faire face à ça, alors peut-être que si on investissait suffisamment d'énergie dans un premier temps pour informer les gens, pour les préparer, les outiller à faire face aux problèmes que les malades mentaux présentent, à moyen ou à long terme, on aurait mis moins d'énergie à investir pour pren-

dre en charge une population énorme.

Je pense que ça rejoint quand même le problème du modèle médical qui maintient les jeunes dans une ignorance très grande par rapport aux maladies d'une façon générale et par rapport à toutes les formes de déviances. Les gens ne sont pas capable de faire face à ça parce qu'ils sont ignorants des problèmes. Dans la mesure où les gens connaissent les problèmes, ils en ont infiniment moins peur et se sentent infiniment plus adéquats pour leur faire face et ils peuvent accepter de jouer un certain rôle dans la mesure où ils sont supportés pour le faire.

LEON GILBERT (M.A.S.): Ce n'est pas à titre de représentant du M.A.S. que je désire faire un commentaire mais bien à titre d'homme, de citoyen, membre de la société, au même titre que tous vous autres finalement.

Ce problème de la place du malade mental dans la société, c'est un problème qui me touche de très près, parce que ça ressemble étrangement au problème de ma place à moi dans la société. Ce sont des problèmes similaires, sauf qu'il y en a un qui vous intéresse plus que d'autres puisque nous avons dû préparer une session d'étude pour essayer de se poser le problème de la place du malade mental dans la société. Ceci pose le problème de la qualité de l'efficacité de nos propres interventions. Ce que je veux dire, c'est que le fait de poser cette question là peut impliquer que la société en général devrait assumer davantage certaines responsabilités. A mon avis c'est un peu utopique parce que comme homme et comme collectivité et comme société c'est tout à fait apeurant que d'être confronté, que d'affronter un malade mental. Si poser le problème, c'est d'essayer de demander à des profanes de vous soulager de certains fardeaux pour lesquels vous avez été préparés, pour lesquels vous avez été entraînés, je pense qu'on ne réussira pas à régler cette question de la place du malade mental dans la société.

CAPLAN

Les résumés d'ateliers montrent que la discussion a surtout été centrée sur l'expérience des participants. On a mis rapidement de côté le texte suggéré pour échanger sur les démarches des travailleurs présents.

DIFFICULTES

La prévention demeure difficile à définir pour plusieurs. Son champ d'application est perçu comme très vaste, trop vaste même. Le concept de prévention fait appel à une vision globale des phénomènes. On note que la prévention appelle une redéfinition des rôles des travailleurs en santé mentale. C'est un peu devant l'impossibilité de tout faire qu'on essaie de définir un champ d'application.

CHAMP D'APPLICATION

La prévention au niveau des individus serait un premier niveau d'intervention. La définition du champ de travail implique l'entente sur un certain nombre de critères. On définit un champ par des coordonnées sociologiques ou démographiques qui servent à situer l'individu à un moment ou un autre de sa vie.

Ainsi l'âge est retenu comme facteur important. On parlera de prévention infantile ou adulte. Par ailleurs si on considère le milieu dans lequel vit l'individu, la prévention pourra viser la famille, l'école, les parents et professeurs, le milieu de travail.

Enfin des programmes de prévention peuvent être formulés en fonction d'une population cible. Population qui partage les mêmes préoccupations. Il y a par exemple des programmes déjà existants qui s'intéressent à l'alcoolisme, la solitude, l'accueil pour étudiants, aux personnes âgées, à la sexualité.

Ce dernier type de travail préventif origine en général d'un mode de travail dont le besoin s'est fait sentir au cours de l'expérience clinique individuelle. Ces découvertes de méthodes d'intervention préventive individuelle appellent une transposition de l'action au niveau de la communauté. Ce deuxième niveau d'intervention est axé sur une population non-identifiée comme malade.

Est-il possible d'agir à ces deux niveaux? Voici une interrogation présente dans tous les ateliers. Certains pensent que ce serait une illusion qu'essayer de faire abstraction d'un ou de l'autre.

Enfin, certains ont noté que le premier champ de prévention, auquel devaient s'intéresser les travailleurs en santé mentale, devrait être le milieu de travail psychiatrique: Conditions de travail, liberté thérapeutique, possibilité de croissance personnelle et professionnelle

QUI

La prévention doit-elle être l'apanage des professionnels? Plusieurs sont partisans d'une remise des responsabilités aux citoyens. Deux arguments favorisent ce choix: Les travailleurs en santé mentale ne représentent qu'une partie des individus qui, ayant reçu une formation, peuvent faire de la prévention; l'action thérapeutique n'appartient pas en propre à la psychiatrie. Tout individu peut, à un moment ou à un autre, intervenir.

DANGERS

Le danger s'exprime en deux volets. D' un côté, on s'interroge sur le risque d'assister à une reproduction de l'asile dans le milieu, d'une façon plus subtile. N'y a-t-il pas danger d'impérialisme psychiatrique, d'une coalition avec le pouvoir.

D'autre part, il y a le danger qu'une peur de la "psychiatisation" devienne la meilleure raison pour ne pas sortir de l'institution psychiatrique.

OBJET

Eventuellement elle viserait un changement des conditions de vie des individus. Changement du système? La question se pose si un changement politique global n'éliminerait pas complètement la nécessité des services psychiatriques. On se réfère alors à l'expérience de certains pays comme Cuba et la Chine.

La focalisation sur le travail préventif aboutit à une remise en cause de la maladie et du diagnostic. S'agit-il de faire la prévention de la maladie ou la promotion de la santé?

SOUHAITS

Il y a quelques souhaits qui reviennent fréquemment. L'un d'eux est le besoin ressenti d'une sensibilisation plus grande de la population. Il semble également que les travailleurs en santé mentale souhaitent qu'il y ait intensification de la recherche dans le milieu. Certains pensent qu'il serait ainsi beaucoup plus facile d'identifier, entre autre, les populations à risque élevé.

MICHEL MESSIER (C.H. Louis-Hyppolyte Lafontaine): A la toute fin de l'atelier on est revenu à la notion de crise et d'intervention de crise. Faut dire que ces termes là avaient été assez mal saisis par l'ensemble du groupe et on a commencé à préciser le contenu dans le sens de ce qu'on peut appeler des crises naturelles, des étapes naturelles du développement. On pense par exemple à l'adolescence, on pense au mariage, à l'arrivée des enfants, à la ménopause.

Quand on a parlé d'intervention de crise, tout le monde a crû qu'il s'agissait de personnes qui étaient désorganisées effectivement, alors qu'en fait celui qui a proposé ce sujet parlait des gens qui connaissaient des périodes critiques si on peut dire des crises naturelles. Il faut peut-être s'y préparer. Les gens dans leur famille peuvent connaître décès, chômage ou je ne sais quoi, ce sont des périodes critiques dans ce sens là où il n'y a pas de maladie mais qui sont susceptibles de produire des facteurs qui vont conduire à une amélioration ou à une désorganisation des individus dans cette situation là. Tous semblent d'accord sur la nécessité d'utiliser les étapes de crises, que j'appelle entre autre crises naturelles, il n'est pas question de maladie, c'est une question d'étape de vie comme moments d'intervention plus spécifique à travers le regroupement de ces gens là dans le sens de leur permettre de se reconnaître, de savoir qu'ils ne sont pas les seuls à connaître ça. On mentionne la nécessité et l'intérêt qu'il y a d'intégrer à l'enseignement des différents professionnels en santé mentale, la reconnaissance de ces étapes là ainsi que la façon d'aider les gens à mieux s'y préparer.

On mentionne enfin qu'on n'utilisait peut-être pas assez les structures politiques en place tel que les interventions auprès des partis politiques dans le cadre des activités de partis au niveau de congrès, de rencontres, aussi bien au niveau local que régional que central ou encore les hommes politiques comme tel.

LOUIS GASCON (C.H. St.Luc): Une des pierres d'achoppement en psychiatrie, c'est toujours notre modèle de maladie, notre façon d'établir les critères en fonction d'une symptomatologie. Par exemple, dans le quartier où on travaille, il y a le problème du logement. Les gens qu'on a rapatriés de St-Jean-de-Dieu étaient tous des gens qui vivaient en chambre. On peut bien considérer le problème des patients

en terme de patients qui ont de la difficulté à se trouver des logements, est-ce qu'en terme de prévention primaire, par exemple, il ne s'agirait pas tout simplement au niveau du concept et au niveau de l'action de considérer que les patients traduisent juste la situation du quartier. Ce n'est pas un problème de logement strictement pour les patients, c'est un problème de logement pour la population du quartier Centre-Ville, ici. A ce moment là, il me semble logique qu'on arrête un peu de faire des recherches de l'existence de foyers pour les patients, mais dans une démarche un peu plus globale, qu'on essaie de s'affilier, de faire des recherches ou enfin de proposer une solution au logement du quartier. Ça m'apparaît plus une façon de faire que de trouver des nouveaux "bags", de nouvelles places où on n'a pas investi. Qu'on arrête de voir les patients comme des gens qui ont des besoins en tant que patient mais des gens qui traduisent simplement une situation sociale conflictuelle, forcément pour eux-mêmes, mais aussi pour l'ensemble de la communauté dans laquelle ils se trouvent, et à ce moment là, à partir de notre démarche clinique, on peut se poser des questions sur la façon dont les patients sont témoins de problèmes sociaux.

GEORGES AIRD (C.H. St. Luc): On se demande si Caplan se trompait au niveau théorique. On a trouvé son modèle assez idéaliste, mais je sais qu'au niveau bien concret, Caplan dans son séminaire disait aux gens en formation quand il s'agissait de mettre sur pied des programmes de formation, de ne pas le faire en fonction de nos idées à nous mais bien en fonction de la demande des gens. Il enseignait beaucoup la nécessité d'être à l'écoute de la demande des gens, de voir quels sont les besoins d'une population donnée, d'un quartier donné, d'avoir un oeil très critique là-dessus et de mettre sur pied des programmes préventifs en fonction de la demande et des besoins des gens.

DENIS LAZURE (C.H. Louis-Hyppolyte Lafontaine): Denis Lazure mentionne que ces journées d'étude ont été un succès et propose aux participants l'hospitalité pour un prochain colloque devant avoir lieu à l'automne.

REAL LAJOIE (M.A.S.): Je souhaiterais qu'il y ait beaucoup plus d'échange qui se fassent entre vous autres et nous autres, nous autres dans le sens étant partie aussi d'un grand tout du ministère on fait face aussi à beaucoup de problèmes, à beaucoup de contradic-

tion, à beaucoup de difficultés, un petit peu dans le même sens que vous autres, et je pense que plus on est sensibilisé aux difficultés que vous avez et peut-être plus vous êtes sensibilisé à celles qu'on peut avoir, on sera peut-être un peu moins découragé face à la tâche qui est immense vraiment et on pourra continuer comme vous le faites.

C'est peut-être à vous autres de nous dire et de nous amener peut-être encore plus près de vous pour qu'on puisse en parler, en discuter et peut-être trouver des solutions qui sont plus en rapport avec la réalité telle quelle est plutôt que d'être des choses qui sont en l'air au niveau des principes.

LOUIS BEAUDRY (C.H. St. Luc): Pour un administrateur, en tout cas pour un outsider comme je suis jusqu'à un certain point par rapport à la psychiatrie, à la santé mentale, c'est passablement enthousiasmant. Ce qui m'a frappé, c'est à quel point les gens, psychologues, travailleurs sociaux, infirmières et psychiatres travaillent ensemble dans différents projets tout au moins dans le milieu de la santé mentale, ça m'a frappé parce que dans un hôpital, on ressent souvent à quel point les groupes sont scindés au niveau de l'action parfois. Sentir le pouls aussi, disons au niveau des résultats du travail d'atelier sur plusieurs sujets qui à mon avis font le tour de la question, c'est aussi emballant, mais ça m'amène à réaliser à quel point il est important de se rencontrer aussi entre administrateurs et gens qui sont au niveau de l'action.