Document généré le 31 mai 2025 23:47

Santé mentale au Québec

De la pratique publique à la pratique privée
From public to private practice

Jacques Mauger

Volume 1, numéro 1, 1976

URI : https://id.erudit.org/iderudit/030005ar
DOI : https://doi.org/10.7202/030005ar

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

Mauger, J. (1976). De la pratique publique à la pratique privée. *Santé mentale au Québec*, *1*(1), 56–60. https://doi.org/10.7202/030005ar

Résumé de l'article

L'auteur explique les raisons de son désengagement du réseau public.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 1976

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

DE LA PRATIQUE PUBLIQUE A LA PRATIQUE PRIVEE

jacques mauger

Je ne saurais résumer à moi seul, toutes les réflexions suscitées par le désengagement de l'actuel système de psychiatrie du secteur. Il est déjà bien difficile de décanter les raisons très personnelles qui motivent un tel choix et qui n'auraient rien à voir avec la discussion de ce soir. D'autre part, je ne suis certes pas le plus représentatif des drop-out. En effet, j'ai été engagé dans le système public pendant quelques années 1970-72 et au moment où les transformations déjà amorcées connaissaient un temps fort. Malgré tout, à l'été 1972 j'ai quitté la clinique de secteur où je travaillais parce que j'avais décidé d'être un psychanaliste à plein temps. J'ai donc dû rapidement faire la synthèse de ce que j'avais compris du système alors en devenir et me questionner quant au rôle de chacun dans cette organisation, plus particulièrement sur la place de celui qui choisit d'être d'abord un psychothérapeute.

Le programme qui visait alors à rendre la psychiatrie communautaire

était stimulant et très mobilisant, d'autant plus qu'il se situait comme initiateur de la nouvelle politique des services souhaitée par le rapport Castonguay. L'idéologie sousjacente inversait le système de distribution de soins psychiatriques déjà existants. Il s'agissait de mettre sur pied des services articulés en priorité sur la demande d'une collectivité donnée, la priorité étant donnée au collectif sur l'individuel. La dimension révolutionnaire d'un tel projet restait masquée par l'enthousiasme des multiples discussions stimulées par ces nouveaux objectifs sur papier. Cependant, l'ambiguité à ce niveau ne pouvait pas durer. Il ne faut pas se cacher que cette révolution psychiatrique ne pouvait se réaliser que dans un changement de régime complet.

Au niveau des services de la libre entreprise on souhaitait entrer dans une transformation de type socialiste. Le champ de la psychiatrie étant ce qu'il est, c'est-à-dire pouvant facilement tout englober, l'idéologie y circulait avec aisance reliant tout un chacun, tant et aussi longtemps que la mise en place des nouveaux objectifs ne nous renvoie au départage du rêve et de la réalité. Ainsi, la réalité socio-politique du Québec ne permettait au fond qu'une réforme de services qui se situait bien loin de l'objectif communautaire du tout premier projet. En certains endroits d'exception, le travail communautaire déjà amorcé à d'autres niveaux pouvait recevoir en s'y articulant le projet initial de ce type de psychiatrie sociale. Partout ailleurs, on a dû s'avouer qu'il ne s'agissait au fond que d'une réforme, toute importante qu'elle soit, du système traditionnel de distribution de soins. Fondamentalement, le système ne changeait pas. Le pouvoir décisionnel restait dans les mêmes mains; tout au plus, il sectorise son champ d'action.

La sectorisation est d'abord et avant tout une décision administrative qui rend une équipe de soignants responsables de toutes les démandes de territoire donné. Il s'ensuit nécessairement un réaménagement de la hiérarchie des priorités. On doit organiser la réponse en fonction du nombre de demandes plutôt que de favoriser arbitrairement les demandes individuelles. L'objectif, sans être communautaire, veut quand même répondre mieux qu'auparavant aux demandes d'une collectivité, qui se rendra responsable de toutes les demandes. Mais l'ambiguité du début n'a pas été réduite par le passage de la psychiatrie communautaire à la psychiatrie du secteur. La contradic-

tion principale de ce projet résulte dans la volonté de répondre à toutes les demandes, en maintenant le même type de pouvoir décisionnel. Je parle ici du pouvoir de l'équipe soignante sur la population, du pouvoir du médecin sur l'équipe soignante, du pouvoir de l'institution hospitalière sur les cliniques de secteur qui lui sont rattachées. Dans cette réalité et par connivence réciproque des partis, on laisse au médecin psychiatre tous ses droits privilèges, responsabilités légales de son rôle traditionnel. De plus, on souhaite qu'il devienne un peu sociologue, épidémiologiste, statisticien, administrateur, organisateur, pharmacologue, autorité, juge et partie et bien plus. Au début, devant cette redéfinition du rôle, plusieurs se sentaient stimulés et désireux de se donner une nouvelle place dans l'équipe soignante. Ce nouveau défi, lié à la transformation d'un régime de distribution de soins, allait de soi, d'autant plus que les rôles traditionnels étaient insatisfaisants, laissant toute la place aux nouvelles définitions. Pour ma part, j'ai vécu des espérances et leurs vissicitudes dans le cadre de mon travail à l'Institut Albert-Prévost qui a très certainement été à la fois le siège permissif des plus grandes prospectives visionnaires et du désenchantement de l'après grève où l'expérience fugace de l'autogestion n'est qu'un rappel de l'indice de réalité d'une telle entreprise.

Le rappel très sommaire d'une situation telle que je crois l'avoir vécue et des réflexions qu'elle a suscitées veut situer le contexte socio-professionnel dans lequel le psychiatre avait à déterminer ce qui allait devenir son rôle et ses attributions. A cet effet, l'évolution de ma propre formation académique peut servir d'exemple de l'ambiguité dont je parle ici. Ainsi j'avais pensé pour parodier ma naiveté d'étudiant que l'addition du savoir psychanalytique et du savoir sociologique conviendrait comme préalable au travail de psychiatre de secteur. La tâche devait déjà m'apparaître bien lourde et confuse pour imaginer une préparation aussi blindée. A l'usage, je me suis rendu compte que la grille d'analyse de la sociologie des maladies mentales et celle de la psychanalyse s'opposent diamétralement et sont lourdes à porter par celui qui veut prétendre à l'impossible synthèse. Il faut laisser à l'équipe l'intention interdisciplinaire. Il m'a donc fallu faire un choix, mais la pratique psychiatrique de secteur suggère plutôt de ne pas en faire.

Le psychiatre est invité à demeurer généraliste, à se montrer capable de garder en harmonie la demande collective et la demande individuelle. L'ambiguité reste là quand elle ne devient pas un leurre. Or devant la lourdeur quantitative des demandes, on ne peut continuer à favoriser la recherche individuelle telle que suggérée, par exemple, par la psychanalyse. C'est le choix habituel de tout régime qui se donne comme première responsabilité de répondre d'abord au besoin de première nécessité de l'ensemble d'une collectivité. Bien plus, il est tentant de déterminer le choix des théories psychopathologiques comme découlant des décisions politiques et de discréditer les autres. Ainsi, par exemple en Chine, la psychanalyse est bannie non pas uniquement comme une réponse quantitativement inapplicable, mais surtout comme une théorie dont les origines pulsionnelles individuelles sont tout à fait à l'encontre de l'explication socialiste de la maladie mentale. Il est donc entendu que le choix dans les politiques de santé oblige à des choix thérapeutiques conséquents, surtout dans la première étape de mise en place d'un nouveau système de responsabilité sociale. Mais, si on comprend la logique d'un tel choix, surtout dans les premières années d'application du nouveau système, il faut se rappeler le dilemne dans lequel sont plongés bien des soignants au-delà de l'enthousiasme de la nouveauté et de leur conscience sociale.

Formé personnellement et professionnellement à la primauté de l'individu sur le collectif, il est certain que malgré les intentions nouvellement acquises, les réponses vont demeurer contradictoires. Il faut souvent inventer de nouvelles approches pour lesquelles les références font défaut. La grande incertitude des hypothèses sociopathologiques n'apporte pas un renfort suffisant comme contrepoids aux connaissances traditionnellement en place. Surtout, il faut bien se rappeler que les décisions administratives, quand elles ne découlent pas d'une transformation profonde des individus concernés, tant soignés que soignants, ne fournissent pas le savoir nécessaire à la mise en place des changements qu'elles initient. On a beau souhaiter la polyvalence, valoriser l'éclectisme, parler de responsabilité sociale et suggérer la souplesse dans la transformation de nouveaux rôles, la contradiction se perpétue et l'use plus qu'elle ne transforme ceux qui acceptent de la vivre sans trop savoir et surtout sans avoir les moyens de la partager, risquant de se cantonner dans une attitude d'évitement que le système encourage malgré les appa-

rences. En cela, la psychose qui s'impose comme le problème majeur de toute pratique psychiatrique responsable, favorise aussi le maintient de l'ambiguité. Nous savons tous, ni la recherche individuelle, ni la recherche sociale n'a de réponse efficace à la problématique de la psychose. On ne sectorise pas la psychose et on la psychanalyse bien peu. Ainsi, la folie nous renvoie tous à la dichotomie de l'idéal et du réel qui se traduit souvent malheureusement par l'opposition, quand ce n'est l'exclusion réciproque de ceux qui veulent rendre compte du réel social et de ceux qui veulent rendre compte de l'idéal pulsionnel de chacun. Ce faisant, ne s'agit-il pas de la contradiction intérieure que nous vivons tous et dont le psychotique nous renvoit une image exacerbée. Dans ce dilemne, le choix de privilégier le regard social et collectif ne saurait nier bien longtemps la dimension mise en veilleuse. Par ailleurs, il est illusoire de penser que l'harmonie viendra de la superposition des deux connaissances. Il faut plutôt reconnaître leur complémentarité dans la contradiction et apprendre à vivre sans la négation ou la réduction de l'une par l'autre. Dans le projet de la psychiatrie actuelle, la recherche de l'analyse individuelle apparaît trop souvent comme un luxe, que le psychiatre doit aller vivre ce traitement chez lui, comme un privilège égoiste dont il a encore le choix de la jouissance. Le défi de cette psychiatrie organisée autour du problème de la psychose ne serait-il pas la difficile coexistence de nos savoirs contradictoires. L'expérience nous a montré à tous que la négation de l'un d'eux nous amène à la même impasse.