

## Quinze ans de pratique psychiatrique Fifteen years of psychiatric practice

Nicole Lanouette

Volume 6, numéro 2, novembre 1981

Où va la psychiatrie ?

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030116ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030116ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Lanouette, N. (1981). Quinze ans de pratique psychiatrique. *Santé mentale au Québec*, 6(2), 175–179. <https://doi.org/10.7202/030116ar>

Résumé de l'article

Cet article est une rétrospective de 15 ans d'expérience d'une infirmière de clinique externe en santé mentale. Les allusions et la réalité de la psychiatrie communautaire sont exposées comme vécues dans le cœur d'un travail de groupe. L'auteure présente aussi les résultats de son approche thérapeutique. Elle trace plusieurs projections pour l'avenir sur de nouveaux modèles de fonctionnement de groupe et des programmes structurés de prévention.

---

## QUINZE ANS DE PRATIQUE PSYCHIATRIQUE

*Nicole Lanouette\**

---

C'est enfouie dans le sable chaud des dunes des Iles-de-la-Madeleine que je fouille l'horizon de mes quinze dernières années de travail en psychiatrie. Mon fantasme schizoïde de vivre un jour sur une île du bout du monde se réalise! S'agit-il d'une désertion ou, tout simplement, d'une étape dans mon itinéraire professionnel plutôt mouvant?

Formée au nursing psychiatrique à l'Institut Albert-Prévost, j'y suivis le dédale des unités de soins, de l'unité des soins intensifs et de la clinique communautaire de Bordeaux-Cartierville. Après avoir travaillé un an à Paris auprès du docteur Paumelle, je repris les sentiers québécois de la psychiatrie communautaire, cette fois, à l'hôpital Saint-Luc. J'ai travaillé d'abord au Centre de Santé Mentale puis à l'unité de soins dans le cadre d'un programme d'enseignement et de supervision du personnel infirmier; finalement, je mis les pieds à "l'asile" en occupant, à temps partiel, un poste d'infirmière clinicienne à Louis-Hyppolite Lafontaine.

Le retour en institution, le contact avec le malade psychotique en phase aiguë, de même que le travail avec les équipes soignantes des unités de soins m'ont plongée dans la réalité quotidienne du rapport soignant/soigné et ont crevé mon "ballon chimérique" de la psychiatrie communautaire. J'y constatai qu'une partie du travail en interne n'était pas fait, et que les équipes internes étaient malheureusement sous-estimées, peu formées, voire délaissées des équipes externes. Je décidai donc de revenir travailler en milieu hospitalier, et j'acceptai le poste d'infirmière-chef à l'Hôpital Jean-Talon.

Un lundi matin du mois d'août, le grand vent des Iles-de-la-Madeleine vint me secourir d'un naufrage inévitable au sein de ce service et me jeta sur les dunes du Centre de Santé de l'Archipel. Depuis l'automne dernier, je hume l'air salin, je me promène sur les plages de sable fin, tout en continuant à traiter et à travailler à l'organisation d'un service de santé mentale.

Il m'est difficile de dégager, dans les grandes lignes, l'histoire des quinze dernières années de la psychiatrie au Québec, sans en souligner les faiblesses et les manques, les aspirations et les échecs. Je me dois de citer les efforts et les batailles des équipes de travailleurs en santé mentale, de rappeler les querelles idéologiques, les controverses, les périodes de découragement et celles d'engouement et d'enthousiasme qui ont gratifié notre travail collectif.

Cette analyse ne prétend pas être ni très rigoureuse ni très scientifique, car ce mouvement de la psychiatrie au Québec ne saurait être expliqué par aucune école de pensée précise. C'est un mouvement qui a suivi l'évolution de la pensée sociale et celle de notre destinée politique. Il a aussi favorisé une prise de conscience de la maladie mentale dans notre société.

De l'institution très spécialisée où l'on privilégiait l'analyse, le diagnostic, la normalité, le savoir, l'érudition, on a évolué vers une réalité plus existentielle en rendant au malade son contexte historique et socio-culturel propre, lequel détermine son degré de changement possible.

Cette évolution a été marquée par un changement positif de notre structure mentale, car elle a secoué notre conformisme académique, extirpé en nous le virus analytique, aéré nos bureaux, décloisonné nos mentalités et nous a, en un mot, redonné la liberté.

---

\* L'auteur est responsable des services de psychiatrie, Centre de Santé de l'Archipel, Iles-de-la-Madeleine.

Ensemble, nous avons modifié notre conception de la maladie mentale et de son traitement. Nous avons délaissé les symptômes de la pathologie pour nous intéresser à la santé mentale. Plus engagés politiquement et davantage préoccupés par notre réalité sociale de soignants, nous avons questionné notre rôle, nos institutions, notre système de soins, notre société, puis nous avons tenté de préciser notre action thérapeutique.

Un grand "branle-bas" s'opérait : la psychiatrie communautaire naissait, avec sa sectorisation, ses équipes de base, son système de soins de la "porte-ouverte" et ses objectifs de prévention. Notre action ne consistait plus simplement à traiter le malade mais bien à le laisser vivre dans la société.

J'ai d'abord cru, moi aussi, à cet idéal social où le marginal pourrait être intégré au collectif. Nos tentatives et nos efforts connurent bien des déceptions, étant sans cesse confrontés à de nombreux préjugés sociaux et aux conjonctures de notre système social. Progressivement, j'ai du reconnaître que notre désir de soumettre le psychotique au collectivisme était tout simplement une autre manière de le faire taire et de le normaliser. Ce thème de la normalisation ou de l'adaptation comme "mécanisme d'oppression" a animé de longues heures de discussion et échauffé bien des esprits, amenant parfois de grandes frustrations.

Ce cheminement nous a amenés à modifier notre conception de "l'intégration du psychotique" et à reformuler notre idéal social de soignant. C'est ainsi qu'il m'arrive maintenant d'acheminer certains malades vers l'hôpital psychiatrique sans trop de rancœur. J'ai peut-être compris qu'il importe d'abord d'intégrer le malade à son mode existentiel avant de chercher à l'adapter à la communauté. Notre lutte contre l'asile était, en réalité, davantage une lutte contre la détention, contre le pouvoir centralisateur de l'institution et de ses traitants. Aussi dénoncions-nous la violence asilaire, sa répression abusive, son matraquage chimique autant que la sage neutralité analytique. En somme, nous voulions libérer le fou des loges et crier "Gare à la psychiatrisation!", cette oppression massive du malade.

De la politique, de la "porte fermée à clef" de l'asile, nous sommes passés à la politique de "la porte ouverte" des hôpitaux généraux, portes qui, d'ailleurs, n'ont jamais cessé de tourner... et qui,

très souvent, ne mènent nulle part. Un coup d'œil rapide sur cette nouvelle formule de distribution des soins nous confronte aux failles de notre système.

Si je dénonçais le fait qu'à l'hôpital psychiatrique le malade était oublié au fond de sa chambre, je dois avouer que notre nouveau système de soins a, lui aussi, ses structures d'oubli. Par exemple, tout le monde connaît l'histoire de ce malade qui, placé dans ce système de "porte ouverte" qui devient "porte tournante", est projeté sur une voie d'évitement et part pour une tournée régionale avec, pour tout bagage, son nom, son adresse et son diagnostic. À chaque arrêt, il reçoit une injection de Largactil et un billet de retour. Cette caricature, du type "boomerang", est une situation déplorable que l'on retrouve trop souvent dans nos services hospitaliers.

Qu'advient-il du malade hospitalisé dans nos unités de soins? Très souvent coincé dans une aire géographique hermétique, il est réduit à attendre que le temps le guérisse : "un bon patient est celui qui guérit promptement!". Le temps et la chance sont devenus des facteurs de soin en milieu hospitalier. Celui qui a la chance de trouver un lit disponible et quelqu'un qui prenne le temps de le soigner est un PRIVILÉGIÉ. J'affirme que le secteur hospitalier est actuellement déficient tant par son programme thérapeutique que par ses lieux physiques.

Le personnel infirmier est très souvent insuffisant, peu formé, mal qualifié, sans encadrement clinique, sans parler des conflits politico-administratifs dont il fait souvent les frais. Pourtant, c'est à l'unité de soins que le malade vit sa période de crise, la violence, l'agitation, la régression. L'hospitalisation constitue une phase importante dans le traitement et le vécu du malade. Où est notre plan de traitement? Où sont nos discussions d'équipe? Où sont les modes d'intervention sophistiqués dont se prévalent les thérapeutes des cliniques externes? Les murs remplacent le personnel manquant, la garderie supplée à la thérapie, l'Haldol® au manque d'écoute.

Travailler sur une unité de soins psychiatriques demande un investissement constant d'énergie, une structure stable, des personnes disponibles aux patients et à l'équipe soignante. Malheureusement, ma dernière expérience en milieu hospitalier m'a laissé un goût amer : je n'y ai trouvé qu'absence de

la part des autorités médicales et administratives. La qualité des soins n'est qu'un verbiage de corporations professionnelles car, dans le quotidien, le système administratif de nos institutions est coupé des préoccupations cliniques et thérapeutiques : on fait la sourde oreille aux problèmes exposés, on classe les dossiers et on devient ficelé entre la base et les instances gouvernementales. Ces constatations nous portent à un pronostic sombre, à moins d'une sérieuse remise en question de la part des cliniciens et des administrateurs.

Il faudra peut-être me pardonner une certaine distorsion de la réalité, mais chercher à refléter objectivement l'esprit de ce mouvement complexe de la psychiatrie au Québec m'obligerait à taire ma sensibilité de clinicienne, tout cet enthousiasme, ces espoirs et ces déceptions que j'ai connus au cours de mes quinze années de travail en psychiatrie.

Pour employer un langage administratif, cette période pourrait se résumer par les termes de sectorisation, décentralisation, juridiction, autogestion, restructuration. Ce langage a malheureusement trop souvent fait oublier la vocation sociale de la psychiatrie, c'est-à-dire de soigner le malade dans son milieu, dans ses droits et dans sa dignité.

Les secousses constantes que cette évolution mouvementée a imprimées au système de soins déclenchèrent des réactions de panique chez certains administrateurs et, progressivement, on a vu se développer une tendance à la hiérarchisation, à la radicalisation, à la médicalisation. En cas de crise, le pouvoir réagit et s'identifie clairement. Il y a eu ce leurre du partage du pouvoir dans le système des équipes multidisciplinaires. La notion du pouvoir n'a pas évolué au même rythme que nos notions cliniques.

Passons sous silence les guerres intestines entre psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, infirmières, etc., autour de cette question brûlante du partage du pouvoir. Devant la baisse progressive des effectifs psychiatriques d'une part, et le volume croissant de la clientèle d'une autre part, faudra-t-il un jour reconnaître compétence, droits et pouvoirs à d'autres travailleurs de la santé? Ce jour-là, notre action sera démedicalisée et pourra être davantage préventive.

Il serait intéressant d'examiner la dynamique par laquelle les équipes de travail ont évolué au

cours des quinze dernières années de pratique psychiatrique.

Je crains ici de ranimer de vieux ulcères d'estomac, des migraines tensionnelles, ou encore des douleurs pré-cordiales. Que de souvenirs! Que d'histoires d'amour! Et dire que nous avons grandi dans cette grande mecque de l'Institut Albert-Prévost, avec ce culte de l'analyse, de la sagesse, de la neutralité et de la vérité.

Après cette religieuse époque de la collégialité, où tous se réunissaient et se recueillaient dans le bureau du grand patron pour l'enseignement officiel, il y eut ce vide, ce tâtonnement, cette réforme de la structure d'équipe.

N'ayant plus ni sa travailleuse sociale, ni son infirmière ni son résident, le psychiatre-patron se trouvait brutalement dépossédé et devait découvrir un mode de relation égalitaire avec les autres travailleurs. Les para-médicaux n'ayant plus de psychiatre-chef, ils perdaient leur balise professionnelle et une certaine sécurité intérieure, et chacun devait chercher à redéfinir sa place. C'est ainsi que, dans une grande confusion, nous nous sommes embarqués dans cette longue et périlleuse aventure du "système d'équipes".

Rappelons-nous nos premières visites à domicile, nos premiers voyages en Abitibi, nos premières tentatives d'une approche communautaire! Et nos premières cliniques de quartier, où il nous fallait arpenter les rues et trouver un local à prix modique! Et que dire des infirmières qui, sortant des sentiers battus par Florence Nightingale, coupaient le cordon ombilical avec l'institution-mère et pouvaient enfin travailler et traiter en service externe.

1972, année de grèves dans les hôpitaux. Première grande crise idéologique. À l'Institut Albert-Prévost, les soignants occupent l'hôpital. Grand mouvement de solidarité chez les travailleurs de la santé. Période effervescente, contestataire, cahotique, de laquelle sort le courant de "l'anti-psychiatrie" au Québec.

Chaudes discussions où l'on jonglait des heures entières avec différents concepts. Contradictions entre nos différentes compréhensions de la maladie mentale. Fallait-il tenir compte de la réalité sociale du malade ou de sa réalité psychique? Devions-nous mobiliser socialement les patients ou les traiter? Tiraillements entre nos proclamations sur le plan du discours et notre engagement pratique.

Nos divergences d'opinions entraînaient de sérieux conflits, paralysaient souvent notre action et causaient malheureusement un préjudice aux malades. Ainsi nous jouions les droits des uns contre les droits des autres. L'idéologie des soignants prévalait souvent sur les intérêts des malades et, derrière notre grande philosophie de "liberté du psychotique", nous nous déchargions trop souvent de notre responsabilité de le traiter.

Si, maintenant, nous reconnaissons au malade le droit de refuser un traitement, le droit à la vérité et le droit d'être supporté socialement, il nous faut aussi respecter son droit fondamental d'être traité convenablement et humainement.

Toute cette réflexion a contribué à ébranler l'édifice idéologique de la psychiatrie traditionnelle. On a vu des équipes s'associer à des psychiatrisés dans leur démarche vers "une nouvelle pratique". On a vu des regroupements de bénéficiaires s'organiser, agir, se faire entendre, mais je pense que nous n'avons pas poussé assez loin ces mouvements de solidarité chez les usagers. Nous parlons encore à leur place et nous n'avons pas réussi à donner à ce groupe un pouvoir de représentation. Je nourris ce désir qu'un jour il existera une association de psychiatrisés suffisamment forte et autonome pour combattre leur aliénation sociale.

Après cette vague de "militantisme" dans le champ psychiatrique, nous assistons actuellement à l'essoufflement de plusieurs troupes. Nous observons en effet une désertion du secteur public vers le bureau privé, ou encore un retour à l'institution. Après une période d'agitation, d'innovation, de petite "révolution culturelle", on assiste à une accalmie où l'action et l'engagement semblent se poursuivre, mais d'une façon moins fracassante.

Est-ce un phénomène d'intégration? De normalisation? D'adaptation? Ou encore de stagnation?

Si la psychiatrie communautaire a produit une transformation, un enrichissement, une diversification des modes d'approche, elle a par ailleurs failli dans son objectif de prévention. Il est facile de prétendre que nous avons fait de la prévention quand le mot "prévention" est employé à toutes les sauces. Certes, nous n'avons jamais perdu de vue cette préoccupation, mais notre expérience démontre que notre action a été pauvre dans ce domaine. La formation de nos équipes de travail, nos appartenances médicales, nos priorités cliniques

font que nous privilégions d'emblée l'action curative par rapport à l'action préventive.

La principale originalité de cette approche de "psychiatrie communautaire" a été de percevoir le malade dans sa globalité, c'est-à-dire comme une personne vivant dans une famille, dans une communauté et dans un environnement économique-social. Nos meilleurs outils de prévention ont été jusqu'ici d'offrir à la population des services accessibles et continus, d'orienter notre pratique vers la famille, d'intervenir dans les situations de crise et de prévenir une plus grande détérioration des patients. Nous avons eu finalement peu d'influence sur la qualité de vie des secteurs visés. Certes, il y a quelques projets précis, ici et là autour de quelques groupes-cibles de bénéficiaires, par exemple : le développement de nouvelles formules d'hébergement comme les appartements communautaires ou le réseau des foyers, ou encore la création d'association de parents de psychiatrisés.

Bref, notre démarche a été hardie, courageuse, honnête. Nos hésitations et nos erreurs sont la preuve que cette réforme était difficile et complexe. Je ne ressens plus ce goût amer de l'échec, mais plutôt la fierté d'avoir appartenu à cette évolution de la pensée psychiatrique au Québec.

Aux Iles-de-la-Madeleine, j'ai l'impression de parfaire ma formation professionnelle. L'expérience que je vis au Centre de Santé de l'Archipel des Iles-de-la-Madeleine, où l'équipe de santé mentale est intégrée au C.L.S.C., me donne pour la première fois l'image d'une pratique préventive réelle et articulée. Tous les programmes de santé d'un C.L.S.C. ou d'un D.S.C. ont finalement un impact sur la santé mentale. Je pense que les praticiens en santé mentale auraient tout intérêt à se joindre à ces équipes de travailleurs qui œuvrent dans des programmes de prévention très précis pour y apporter leurs connaissances psychosociales et leurs énergies. Par exemple, au Centre de Santé de l'Archipel, il va de soi que l'équipe de santé mentale collabore étroitement avec les autres intervenants du C.L.S.C. pour élaborer et maintenir en place plusieurs programmes de santé.

Ainsi, dans le programme de périnatalité, le psychologue a intégré des cours sur la psychologie de la femme enceinte et sur le développement de l'enfant de 0 à 5 ans.

En planning familial, il nous est possible de faire des thérapies conjointes, ou encore d'apporter une présence dans des rencontres de femmes de 40 ans pour discuter du phénomène de la ménopause.

En santé scolaire, nous pouvons apporter une certaine consultation aux infirmières scolaires et collaborer à la mise sur pied de projets préventifs tels que des discussions avec les jeunes sur l'alcoolisme ou sur d'autres questions.

Grâce aux avant-postes situés aux extrémités des Iles, nous pouvons rejoindre la population isolée (par exemple, rencontrer et discuter avec des groupes-cibles à l'intérieur d'un C.L.S.C.).

Bref, à l'intérieur d'un C.L.S.C., je découvre un milieu propice à la prévention, une réalité d'intervention et une volonté d'informer, d'éduquer, d'agir dans la communauté.

J'ai également subi et senti les pressions et les préoccupations d'un groupe socialement engagé. J'ai été confronté à ma formation et à mon orientation médicale. J'ai reconnu que la prévention n'était pour moi qu'un concept et non un outil de travail. J'ai compris que j'étais essentiellement une clinicienne, avec une perception et un champ d'action limités, mais j'ai aussi compris que d'autres travailleurs étaient mieux habilités que moi à œuvrer socialement, à animer, à organiser et à penser "collectif".

Nous avons cherché trop longtemps à inventer notre propre action préventive : nous nous sommes cantonnés dans notre propre vérité et nous avons trop souvent discrédité l'action des groupes parallèles. Nos mentalités, si bien formées à l'autre en tant qu'individu, sont demeurées très fermées à l'autre en tant que collectivité.

Si les équipes de santé mentale poursuivent les mêmes objectifs préventifs, il m'apparaît urgent qu'elles développent des collaborations avec d'autres organismes de la communauté en vue d'une action unifiée et efficace : C.L.S.C., D.S.C., C.S.S., etc.

Nous devons aussi secouer notre carcan professionnel et ouvrir nos équipes à des professions auxiliaires très souvent mieux préparées que nous à l'intervention préventive. Il serait grand temps de rajourner nos équipes et d'aller chercher de nouvelles recrues, car la formation universitaire actuelle oriente et prépare mieux l'intervenant à l'action psychosociale que les programmes académiques des années 60. Peut-être devrions-nous modifier notre modèle de pratique et exercer soit en clinique, soit en prévention. Nos compétences seraient ainsi complémentaires, mieux exploitées et plus diversifiées.

Des cours de formation en prévention s'imposent pour les intervenants qui veulent choisir cette orientation. La période noire du tâtonnement, de l'expérimentation et de la bonne volonté est terminée. Si la prévention demeure l'élément principal de la psychiatrie communautaire, il faudra structurer notre action et tendre à la systématiser dans des programmes spécifiques de santé. La prévention marque l'ère nouvelle d'une pratique sociale et médicale, elle est l'orientation future des sciences de la santé. Au terme de cette analyse, que me reste-il? Il me reste cette croyance au changement, à l'évolution. Je me situe comme thérapeute à l'intérieur d'une société mouvante, aussi continuerai-je à travailler dans le secteur public, à y interroger le système social et à y chercher une certaine harmonie.

#### SUMMARY

Retrospective of 15 years experience as a clinician in mental health. The illusions and realities in community psychiatry as experienced in the course of group work. Results of our therapeutic approach. Several projections for the future : towards new models for group functioning and towards structured programs in prevention.