

Colloque *Ailleurs et autrement... mais comment?* tenu les 7 et 8 avril 1988 : compte-rendu

Camille Laurin

Volume 13, numéro 1, juin 1988

La réinsertion sociale

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030438ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030438ar>

[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

Laurin, C. (1988). Colloque *Ailleurs et autrement... mais comment?* tenu les 7 et 8 avril 1988 : compte-rendu. *Santé mentale au Québec*, 13(1), 192–194.
<https://doi.org/10.7202/030438ar>

Colloque *Ailleurs et autrement... mais comment?* tenu les 7 et 8 avril 1988: compte-rendu

Comme compte-rendu de ce colloque, nous avons demandé au dr Camille Laurin que soit publié son discours de clôture. Nous le remercions d'avoir accepté.

N.D.L.R.

Je voudrais d'abord, en votre nom, remercier le CRSSSM et COSAME pour le programme de qualité qu'ils nous ont présenté. Le colloque avait un titre particulièrement accrocheur: « Ailleurs et autrement ... mais comment? » Il a de fait attiré beaucoup de monde, au point qu'il a fallu refuser des inscriptions. Mais si le programme a tellement séduit, c'est plutôt qu'il reflétait nos inquiétudes, nos aspirations ... et aussi nos frustrations.

Le thème de la réinsertion sociale se situe de plus en plus au cœur de nos activités. La question « Ailleurs et autrement » a été posée pour la première fois par le docteur Georges Aird, au détour des années 80. « Ailleurs » signifiait ailleurs qu'à l'hôpital psychiatrique traditionnel. « Autrement » voulait dire autrement qu'avec les méthodes médico-psychiatriques habituelles. Posée depuis le début de la révolution psychiatrique des années 60, la question se pose maintenant dans un contexte qui s'est graduellement modifié. Les intervenants professionnels sont maintenant beaucoup plus nombreux et appartiennent à plusieurs disciplines. Par ailleurs, le savoir s'est enrichi dans toutes les directions en même temps que se modifiaient substantiellement les attitudes et les mentalités. Ces développements et réflexions convergent d'une façon naturelle et privilégiée sur le thème de la réinsertion sociale, qu'il s'agisse de désinstitutionnalisation ou de réadaptation.

Tout au long de ce colloque, chacun s'est dit d'accord sur la pertinence et la nécessité de la réinsertion, comme sur la vertu. Mais il s'est avéré également qu'il y avait loin de la coupe aux lèvres et que l'objectif sera on ne peut plus difficile à atteindre.

Céline Mercier nous a rappelé qu'il faut parler d'intervenants en crise aussi bien que de clientèle

en crise. Cette clientèle en crise, qui se retrouve de plus en plus dans la communauté, est composée de malades très lourds: schizophrènes, psychotiques, états-limite, caractériels, présentant parfois une double problématique, judiciaire et psychiatrique. Mais la crise existe aussi chez les intervenants, et c'est peut-être la première fois qu'elle est identifiée et mise en lumière aussi clairement. Il faut surtout l'attribuer, selon Céline Mercier, au fait que les intervenants supportent difficilement les symptômes négatifs des psychoses, les déficits et handicaps qu'entraînent les désorganisations structurales de la personnalité, les déviations et aplatissements du comportement liés aux troubles graves de la personnalité. Or, ces malades particulièrement lourds constituent l'essentiel de la clientèle des intervenants. Les 46 % de malades que l'on parvient à réinsérer socialement ne font plus parler d'eux une fois réinsérés. Mais les 54 % qui restent demeurent notre responsabilité et pèsent de tout leur poids sur notre dispositif de soins. Ce sont les symptômes négatifs et déviants de ces 54 % qui font problème, qui sont à l'origine de nos difficultés et frustrations, voire même de notre pessimisme croissant.

Yvon Lefebvre a lui aussi traité du pessimisme des intervenants sociaux. Il a noté cependant qu'il est moins marqué chez les psychiatres, qui s'appuient sur un savoir longuement acquis qu'ils valorisent et dont ils pensent qu'il peut apporter une réponse efficace à certaines problématiques pathologiques. Cet optimisme, limité mais réel, se retrouvait dans la communication de Willy Apollon, qui applique depuis plusieurs années la grille psychanalytique lacanienne à la compréhension et au traitement de la psychose. Il s'est retrouvé également dans certains exposés, présentés en ateliers, sur le traitement des états-limites, des jeunes schizophrènes, des dépressions chez les personnes âgées. Cet optimisme contraste avec le pessimisme des intervenants sociaux qui travaillent dans le réseau des ressources intermédiaires et alternatives, qui supportent tout le poids

des symptômes déficitaires sans pouvoir encore le contrer ou le réduire.

Mais le pessimisme n'est pas général. Certaines équipes de suivi communautaire font montre d'un idéal élevé, d'un zèle, d'une ardeur et d'un enthousiasme exceptionnels. Nous avons entendu à cet égard un exposé très émouvant de Michèle Blanchard, intervenante sociale à PAL. L'entreprise est d'autant plus difficile, disait-elle, que les idéaux et valeurs de PAL sont à l'opposé de ceux de la société. Alors que celle-ci demande autonomie, efficacité, rapidité, individualisme, PAL met l'accent sur l'accueil, l'écoute, l'évolution du bénéficiaire à son rythme, l'attention aux moindres détails de l'existence quotidienne, la patience, le support éclairé, les habiletés sociales et les relations interpersonnelles. Michèle Blanchard allait même jusqu'à dire que le succès de la réinsertion sociale postule et exige un changement de la société, qui doit accepter ces citoyens démunis et leur donner toutes leurs chances d'épanouissement.

Le défaitisme et le pessimisme peuvent amener aussi les intervenants sociaux à confirmer subtilement et insidieusement le malade chronique dans son rôle de désinséré social. Comment? En ne le stimulant pas assez, en évitant de lui proposer des modèles qui l'aideraient à progresser, à cheminer plus avant, à effectuer une réinsertion réussie.

Tout ceci pour dire ce qui a été souligné ici et là par plusieurs, que la désinstitutionnalisation psychiatrique ne suffit pas, qu'elle a été une première étape qu'il faut d'ailleurs poursuivre, qu'il faut prendre garde à une transinstitutionnalisation toujours menaçante. Les familles d'accueil, foyer de groupe, pavillons et autres ressources peuvent facilement devenir de nouveaux lieux d'institutionnalisation. Les témoignages sont ici nombreux: d'abord ceux des bénéficiaires eux-mêmes, la pièce de théâtre que nous présentait hier la troupe de l'Espoir, la dégradation du climat thérapeutique et l'enfermement dans une petite société autosuffisante dont trop de pavillons, foyers et familles d'accueil donnent l'exemple, l'expérience des « nursing homes » ontariens et américains, la nouvelle ségrégation à laquelle contribuent, consciemment ou non, les politiques étatiques et institutionnelles.

Il faut donc parler de plus en plus d'institutionnalisation sociale et culturelle, qui constitue à long terme un danger subtil et d'autant plus nocif qu'il est difficile à définir et à contrer, comme l'ont souli-

gné plusieurs participants. A une nécessaire et constante autocritique, il faudra ajouter une indispensable évolution des attitudes et des mentalités ainsi qu'un meilleur accueil des institutions sociales et des groupes organisés, comme le soulignait monsieur Morin en parlant de l'intolérance et du rejet que pratiquent les municipalités. Il devient donc important de multiplier les études sur la nécessité, les moyens et les processus de la désinstitutionnalisation sociale et culturelle.

Nous avons aussi entendu parler de sujets connus mais sur lesquels il importait de revenir. Je pense en particulier à l'étude de monsieur Letendre sur le vécu des malades hospitalisés. On peut certes se demander si une étude menée dans d'autres milieux de soins, dont l'orientation et l'organisation physique et fonctionnelle diffèrent, aurait donné les mêmes résultats. Mais il reste qu'il faut approfondir davantage, et dans toutes ses dimensions, le phénomène de l'hospitalisation. En écoutant cet exposé, je ne pouvais m'empêcher de penser à l'analyse éminemment critique de Goffman sur l'hôpital psychiatrique en 1961, qui a présidé au mouvement de désinstitutionnalisation des années 60. L'hôpital psychiatrique reçoit maintenant moins de patients que les services de psychiatrie des hôpitaux généraux, mais qu'elle soit longue ou brève, l'hospitalisation constitue toujours une rupture, une désinsertion dont il faut évaluer les effets nocifs ou bénéfiques. Parmi les facteurs nocifs, il importe particulièrement de considérer l'ennui, le vide, l'enfermement, la relation dominant-dominé et les frustrations liées à la privation plus ou moins grande de liberté. En ce qui concerne la médication, il faut certes étudier l'impact thérapeutique mais aussi les effets secondaires, les malaises ressentis, la perception que s'en fait le patient, son droit à l'information et au refus, les raisons qu'il peut invoquer pour le choix d'une thérapeutique différente.

La question des modèles d'intervention ne peut non plus être éludée. La recherche de Sévigny-Rhéaume nous paraît à cet égard novatrice et pertinente. Selon eux, tous les intervenants s'entendent implicitement sur un modèle, qu'ils pratiquent sans le savoir, à l'instar de la prose de monsieur Jourdain. Les postulats communs de ce modèle sont évidemment peu nombreux: croyance dans un noyau dur de troubles mentaux, croyance à la nécessité d'une adaptation sociale minimale, croyance à une adaptation qui ne soit pas trop proche des modèles

sociaux dominants. Au delà de ces points communs importants apparaissent des divergences liées pour une part aux obédiences disciplinaires et pour une autre aux objectifs poursuivis : thérapie, réadaptation, support, etc. Sévigny-Rhéaume et Ellen Corin soulignent cependant que l'intervention, de quelque type qu'elle soit, possède un impact social et culturel certain, dont les manifestations ne sont pas toujours faciles à mettre en évidence, bien qu'il soit utile et important de le faire.

Les ateliers pour leur part ont étudié plusieurs des types d'intervention que les ressources alternatives et intermédiaires utilisent pour maintenir le malade dans la communauté. Parmi ces interventions, toujours plus nombreuses et novatrices, il faut souligner l'importance de l'apprentissage au travail et du placement vocationnel, domaine encore trop négligé, difficile, mal pourvu, peu efficace et pourtant essentiel. A cet égard, Ellen Corin nous a rappelé qu'il convient de distinguer entre les clientèles à déficit lourd, schizophrènes désorganisés par exemple, pour lesquels la réinsertion dans un milieu de travail organisé et compétitif pose de sérieux problèmes, et les clientèles à déficit tout aussi lourd mais temporaire, psychoses affectives par exemple, où la disparition ou l'atténuation progressive des déficits permettent des réinsertions vocationnelles réussies. Ce qui revient à dire qu'il importe de pousser plus loin les études, de raffiner nos méthodes et d'inventer de nouveaux types d'intervention. Les ateliers ont ici ouvert des avenues nouvelles et tous ceux qui les ont animés en sont repartis stimulés et enrichis.

On a souvent parlé aussi de coordination et on n'y insistera jamais assez. Il est facile de s'entendre sur sa nécessité mais c'est là un objectif dont la réalisation est sujette à plusieurs conditions difficiles à réunir, ainsi que l'a très bien montré André Brunelle. Il faut d'abord identifier ces conditions, ces variables, pour ensuite établir pour chacune des réponses réalistes, efficaces, qui rejoignent les vrais besoins des malades. Et de plus, dans l'état actuel du réseau, nos services sont incomplets, diversifiés, fragmentés, cloisonnés, infléchis ou dominés par des réflexes corporatistes et institutionnels. Cette absence d'unité, d'intégration et de cohésion, cette foire à l'empoigne où le patient se trouve écartelé ou nié,

pose un défi grave et épineux, qui pourrait faire l'objet d'un prochain colloque.

Nous avons enfin, entendu, cet après-midi un vibrant appel à la communauté, à notre société actuelle beaucoup moins accueillante qu'on ne le dit ou qu'on veut le croire, en fait plutôt intolérante et hostile, et qui doit accepter de se remettre en question. Si elle ne consent pas à s'ouvrir au malade mental, à accueillir sa différence, à favoriser son redéploiement social et vocationnel, les plus belles politiques n'auront qu'un succès relatif.

J'ai aussi senti, tout au long de ces deux jours, une interrogation inquiète sur notre modèle d'organisation sociale et sur le rôle de l'Etat. Ces questions débordent notre secteur spécifique mais ne sont pas sans l'influencer fortement. L'accroissement des charges sociales par rapport à la capacité de payer d'une collectivité, la remise en question du concept d'Etat-Providence, les appels à la privatisation, les inéquités régionales, et intra-régionales, l'écart croissant des revenus entre riches et pauvres, le taux alarmant des citoyens (42 %) à faible revenu, les poches de pauvreté, de sous-développement qui recouvrent celles de la sous-scolarisation, de la morbidité et de la criminalité, les carences de notre politique d'habitation, voilà autant de composantes sociales, culturelles et politiques qui sont partie prenante de notre visée, affectent notre travail et influencent ses résultats. Sans aller jusqu'à l'action politique, que d'aucuns peuvent juger nécessaire d'entreprendre, il convient d'être conscient de cette dimension, d'intervenir dans cette optique dans les actions ponctuelles et limitées qui sont de notre ressort. Il y va de la qualité et de l'efficacité de notre engagement professionnel tout autant que du bien-être des personnes en souffrance que nous avons mission d'aider.

Ce bref survol nous amène à conclure que ce colloque s'est avéré on ne peut plus riche et fécond. Nous avons partagé nos inquiétudes et frustrations. Nous avons accru nos connaissances. Nous avons retrouvé des motifs d'espoir. Nous repartons avec plus d'élan, d'enthousiasme, avec un idéal renouvelé de service et de solidarité. Puisse-t-on maintenant, au fil des jours, en retirer tous les fruits.

Camille Laurin, m.d