

Article

« Quelques réflexions sur l'état actuel des services en santé mentale dans la région de Montréal »

Georges Aird

Santé mentale au Québec, vol. 3, n° 2, 1978, p. 62-72.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/030039ar>

DOI: 10.7202/030039ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

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 à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

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. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org

Quelques réflexions sur l'état actuel des services en santé mentale dans la région de Montréal

Georges Aird

On trouvera dans ce texte, des considérations d'ordre clinique, administratif et pédagogique. Le point de vue est subjectif: il est celui d'un clinicien qui a ses préjugés, son expérience propre, et qui croit à la possibilité d'améliorer les services offerts dans le domaine de la santé mentale, afin de rendre ces services plus accessibles, mieux répartis sur le territoire (les îles de Montréal et de Laval), mieux adaptés aux besoins de ceux à qui ils s'adressent.

Cette amélioration des services implique une meilleure collaboration entre les professions concernées, une meilleure intégration clinique et administrative des services en santé mentale à l'ensemble des services en santé, ainsi que des moyens de transmettre ce savoir clinique et administratif à des professionnels qui prendront la relève.

Les obstacles aux changements viennent des difficultés que l'on rencontre lorsqu'on essaie d'adapter un modèle théorique à une réalité concrète; ils viennent en deuxième lieu du fait que, si les soins psychiatriques sont distribués de façon plus souple et plus humaine, la maladie mentale demeure toujours une grande inconnue, qu'aucune découverte récente ne nous permet de mieux comprendre; enfin, un troisième volet de difficulté concerne les professionnels en santé mentale, ces hommes et ces femmes qui, coincés entre les malades et les niveaux administratifs, tentent de s'adapter, de durer, d'améliorer leur compétence, de s'articuler harmonieusement les uns aux autres.

L'auteur, psychiatre, est directeur du département de psychiatrie de l'hôpital Saint-Luc.

COMMENT AMELIORER LA FACON DONT LES SOINS ET SERVICES SONT RENDUS AUX MALADES ?

Le modèle théorique qui a sous-tendu l'organisation des services psychiatriques au Québec depuis une quinzaine d'années est celui de la psychiatrie communautaire. Les québécois, toujours au confluent des deux cultures, se sont inspirés d'expériences française et américaine. La psychiatrie communautaire, comme chacun le sait, a d'abord voulu sortir la psychiatrie des asiles: ce fut la création des cliniques de quartier, des Community Mental Health Centers américains. On a mis l'accent sur le travail en équipe, sur la responsabilité envers le malade, sur l'intervention immédiate dès que la demande se présente, sur la continuité des soins; ce modèle a amené la création de la sectorisation en psychiatrie: une équipe déterminée est responsable d'assurer les services requis auprès d'une population déterminée.

D'autres découvertes, d'autres changements de notre société ont contribué à cette nouvelle organisation. Dix ans avant la psychiatrie communautaire, la découverte des médicaments antipsychotiques a changé l'atmosphère de la psychiatrie asilaire, a permis d'entrevoir la possibilité de sortir les malades des murs de l'asile. Beaucoup plus récemment, diverses législations ont mis l'accent sur les libertés individuelles. Mentionnons également des procès célèbres, aux Etats-Unis, intentés par des malades psychiatriques qui ont fait reconnaître leurs droits au traitement. Enfin, au Québec surtout, la nouvelle organisation des services psychiatriques n'aurait pas été possible sans les législations qui ont assuré la gratuité des soins.

Toujours au niveau du Québec, une brève revue de l'évolution de la psychiatrie ne peut passer sous silence le rôle important joué par le docteur Dominique Bédard, qui, du début des années '60 jusqu'en 1971, a été le grand coordonnateur des services psychiatriques. Les deux réalisations importantes de cette époque furent la création de nombreux services psychiatriques dans les hôpitaux généraux, ainsi qu'une meilleure répartition des psychiatres dans tous les coins de la province.

Malgré ces étapes importantes, la situation actuelle est loin d'être idéale. Dans la région montréalaise, cette vaste concentration urbaine de deux millions d'habitants, les principaux problèmes sont les suivants.

La distribution des établissements de santé ne correspond pas à celle de la population. L'île de Laval, le West-Island, ainsi que l'extrémité est de l'île de Montréal, connaissent une croissance extrêmement rapide et possèdent déjà des populations importantes en nombre; pourtant, les établissements de santé y sont très rares, les équipes psychiatriques y sont

en général peu nombreuses, et les gens doivent se déplacer sur de longues distances pour faire appel à ces équipes. Par ailleurs, dans le centre-ville de Montréal, un grand nombre d'établissements sont concentrés dans un rayon d'environ un mille; mentionnons les principaux: le Montreal Children's Hospital, l'Hôpital Reddy Memorial, l'Hôpital Général de Montréal, l'Hôpital Royal-Victoria, l'Hôtel-Dieu de Montréal, l'Hôpital Ste-Jeanne-d'Arc, l'Hôpital Saint-Luc et l'Hôpital Notre-Dame. Cette concentration est d'autant plus aberrante que, comme dans toute grande ville nord-américaine, le centre-ville connaît une diminution extrêmement importante de la population qui y réside.

La vocation des établissements constitue un autre facteur qui nuit à une distribution rationnelle des services; les hôpitaux universitaires se sont développés beaucoup en fonction de leur vocation de recherche et d'enseignement, et ont mis sur pied des services ultra-spécialisés qui s'adressent à l'ensemble de la province. Cette perception de leur rôle médical se heurte souvent à l'objectif visé par les équipes psychiatriques de tels établissements qui veulent offrir une gamme aussi variée que possible de soins psychiatriques à une population géographiquement déterminée. Dans un tel contexte, les professionnels des départements de Psychiatrie sont vus comme "des généralistes" qui oublient la vocation spécialisée de l'hôpital.

Toujours au sujet de la vocation des établissements, mentionnons la disparité qui subsiste entre les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques. La loi de 1971 sur les Services de Santé et les Services sociaux a voulu abolir cette distinction. Dans les faits cependant, elle subsiste encore, en bonne partie à cause du fait que les hôpitaux psychiatriques continuent de procurer soins et hébergement à ses très nombreux malades qui constituent ce que l'on appelle "l'héritage du passé". En effet, beaucoup de ceux qui ont été admis dans un hôpital psychiatrique à l'époque de la psychiatrie asilaire ont développé envers l'hôpital une dépendance telle qu'il est devenu quasi impossible de rompre ces liens et d'envisager une réinsertion sociale. Ces grands hôpitaux ont donc encore une coloration très asilaire, ce qui rend difficile la tâche de modifier leur rôle, de changer leur image auprès de la population, et d'y attirer un nombre suffisant de professionnels stimulants.

La dimension des établissements et des équipes psychiatriques constitue aussi un facteur de grande divergence. Les raisons de cette diversité sont les mêmes que celles dont on parlait plus haut à propos de la distribution des établissements.

Le développement s'est fait de façon anarchique, sans planification. Les résultats, dans le domaine de la psychiatrie, c'est que certains établissements ne possèdent que de toutes petites équipes de professionnels

en psychiatrie, alors que d'autres ont des équipes particulièrement nombreuses. Et, selon des lois bien connues, les gros ont plus de chances de grossir que les petits. Les petites équipes exigent extrêmement de polyvalence de chacun de leurs membres, la somme de travail y est souvent plus grande, et le recrutement de nouveaux professionnels y devient difficile.

La langue et la culture sont des facteurs de diversité bien connus à Montréal. Le tiers anglophone de la population a toujours été mieux nanti sur le plan économique, et s'est procuré, avant l'avènement de la gratuité des soins, des Services de Santé et des Services sociaux généralement plus nombreux et mieux organisés que ceux de la communauté francophone. Cette disparité subsiste encore, malgré le fait que les hôpitaux anglophones s'efforcent de plus en plus de rejoindre la population francophone. Au niveau des Services sociaux, il est étonnant de constater que le législateur a créé un Centre de Services sociaux pour la population francophone, un deuxième pour la population juive, et un troisième pour le reste de la communauté anglophone.

Ces difficultés appellent des solutions qui s'esquissent peu à peu. Mentionnons tout d'abord la création en novembre '77 de la Commission des Services psychiatriques du Conseil régional de la Santé et des Services sociaux. La création de cette Commission est le fruit d'une volonté véritable de la part du Ministère des Affaires sociales de décentraliser la planification, l'organisation, la coordination, et même, éventuellement, la répartition des budgets de développement. Cette décentralisation permettra, du moins nous l'espérons, d'apporter des solutions vraiment appropriées aux problèmes locaux.

Il est évident qu'il faudra, dans un proche avenir, réexaminer la carte des secteurs psychiatriques. Cette carte est présentement mal équilibrée, des secteurs d'environ 35,000 personnes y voisinant avec d'autres de plus de 300,000 personnes. Elle est trop rigide, trop étanche, arbitraire, et, à cause de tout cela, elle est la source d'insatisfactions fréquentes de la part de la population et de l'ensemble du réseau de Services de Santé et de Services sociaux. En effet, seuls les soins psychiatriques sont sectorisés; ici les professionnels de la santé mentale voient ce modèle comme étant plus rationnel et plus susceptible de tenir compte de la chronicité de la maladie mentale; en dehors de ce milieu la sectorisation est perçue comme une sorte d'anachronisme, d'atteinte indue à la liberté des gens, et aussi comme un moyen facile d'éviter de les traiter. Les secteurs deviendront plus souples lorsqu'ils seront moins nombreux, moins disparates en dimension, et lorsque les établissements situés à l'intérieur d'un même secteur établiront entre eux des liens fonctionnels qui permettront de mettre en commun des services et des équipements destinés à une même population. Le modèle des secteurs des Départements de Santé Communautaire n'est pas parfait, mais il offre des avantages par rapport

à celui des secteurs psychiatriques. L'île de Montréal et l'île de Laval ne comportent que huit (8) secteurs de Santé Communautaire, qui comprennent environ 300,000 personnes chacun. La plupart de ces secteurs contiennent plus d'un hôpital, le chef du Département de Santé Communautaire doit, de plus, voir à assurer une coordination entre les hôpitaux, les C.L.S.C., les Services de Soins à domicile, etc...

Des secteurs psychiatriques plus grands pourraient tenir compte aussi des axes de déplacement des populations, axes constitués par de grandes artères comme le boulevard Métropolitain et l'autoroute Décarie, et aussi par les lignes du métro. Il serait ainsi possible de contrebalancer le phénomène de la grande concentration des hôpitaux dans le centre-ville.

Une rationalisation de la carte des secteurs permettrait aussi de réexaminer la distribution des professionnels en santé mentale. La norme d'une équipe multidisciplinaire pour 25,000 personnes qui a jusqu'ici présidé au développement de beaucoup de services psychiatriques doit être réexaminée en fonction des pyramides d'âge, du niveau socio-économique, et de la morbidité des populations. Il faut tenir compte du fait que des populations mieux nanties économiquement ont plus facilement accès au réseau privé de soins, c'est-à-dire à la psychothérapie en cabinet. Des secteurs très pauvres, par ailleurs, contiennent probablement une plus grande proportion de schizophrènes, à cause de la dégringolade sociale vécue fréquemment par ces derniers.

La distribution des professionnels doit donc être réexaminée en tenant compte de tous ces facteurs, en tenant compte aussi du désir non équivoque du gouvernement de réduire l'augmentation des coûts dans le domaine de la santé. Pour contrer ce que l'on a identifié comme la lourdeur plus grande du travail et la difficulté de recrutement des petites équipes, il faut envisager de meilleurs programmes de formation continue des professionnels. Le travail qui consiste presque constamment à traiter des psychotiques chroniques peut devenir littéralement vidant si l'on ne prend pas le soin de se ressourcer. Et c'est certainement l'un des devoirs de ceux qui assument des fonctions de leadership de procurer aux professionnels les moyens de mettre à jour leurs connaissances, d'en acquérir de nouvelles, de confronter leur expérience avec ce qui se fait ailleurs, d'apprendre de nouvelles techniques de travail.

Il est important que ces programmes d'enseignement, de formation en cours d'emploi ne soient pas exclusifs aux hôpitaux universitaires. Par ailleurs, si l'on veut former des professionnels qui prendront la relève, il est important que ce travail ne se fasse pas aux dépens des tâches cliniques, et qu'on en arrive à bien départir le temps alloué à l'enseignement du temps nécessaire pour la clinique. Il est reconnu que la présence de

personnes en formation n'améliore jamais le rendement d'une équipe de travail, même si ces personnes en formation participent elles-mêmes aux tâches cliniques.

COMMENT PROCURER UNE MEILLEURE QUALITE DE SOINS AUX MALADES MENTAUX CHRONIQUES ?

Il s'agit du principal problème auquel est maintenant confronté le mouvement de la psychiatrie communautaire. Il en est de plus en plus question dans les revues à grand tirage, dans les journaux, dans les forums télévisés, etc. On pourra d'ailleurs lire à ce sujet un excellent article paru dans la revue *Scientific American*, en février 1978, intitulé: "Deinstitutionalization and Mental Health Services".

La baisse extrêmement importante du nombre de malades hébergés dans les asiles ne reflète ni la guérison de ces malades, ni la diminution de l'incidence des psychoses. Des 6,000 malades qui étaient hébergés à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine il y a moins de dix (10) ans, beaucoup se retrouvent dans les quartiers pauvres de Montréal, avec des conditions de vie souvent sordides.

La sophistication des médicaments psychotropes, l'accès plus rapide aux soins, la mobilité plus grande des équipes soignantes ont fait en sorte que l'on peut maintenant aider ces malades à contrôler mieux et plus rapidement les accès aigus de leur maladie. Mais aucune découverte récente ne nous permet de mieux connaître et traiter la cause de la principale des maladies mentales chroniques, la schizophrénie.

Un schizophrène demeure essentiellement une personne dont la pensée est perturbée, dont les sentiments sont mal contrôlés, dont la capacité d'adaptation est extrêmement faible, surtout dans cette société nord-américaine hautement compétitive et obsessionnalisée dans laquelle nous vivons. Souvenons-nous des principales valeurs de cette société: travail, ambition, autonomie, prévoyance. Les études du docteur H.B.M. Murphy, de l'Université McGill, ont démontré à quel point cette morale protestante était dure envers les schizophrènes.

En réaction à l'époque asilaire de la psychiatrie, l'accent a été mis, d'une façon peut-être exagérée, sur la réinsertion sociale. On ne s'est pas assez préoccupé de proposer des solutions intermédiaires de vie, de sorte que beaucoup de malades mentaux ont été laissés à eux-mêmes parmi les clochards et les autres déviants sociaux des quartiers pauvres.

Notons aussi que, chez beaucoup de jeunes professionnels de la santé mentale, l'hospitalisation en psychiatrie est extrêmement mal considérée, ce qui a entraîné des séjours en milieu psychiatrique de plus en

plus brefs. La fonction d'accueil, d'hébergement (c'est le sens même du mot asile) qu'avaient autrefois les hôpitaux est disparue.

Certains malades, plus favorisés, ont conservé des liens avec leur famille, souvent parce que ces familles ont gardé un sens de responsabilité envers les personnes malades. On constate que ces familles deviennent de plus en plus hostiles envers le système de soins en santé mentale.

Ceci n'est pas étonnant: les familles ont été passablement malmenées par les principaux courants de la pensée psychiatrique ces dernières années. Une certaine compréhension de la pensée psychanalytique a longtemps contribué à tenir les mères responsables de la maladie des schizophrènes. A l'époque encore récente où cette façon de voir était répandue, il n'était pas rare de voir des équipes psychiatriques livrer de véritables batailles rangées, d'ailleurs perdues à l'avance, contre ce monstre épouvantable qu'était la mère du schizophrène.

Le mouvement anti-psychiatrique, à partir de postulats différents, est arrivé à un résultat semblable lorsqu'il a considéré les familles comme responsables des troubles mentaux. Ce concept a connu une diffusion importante, surtout grâce au film "Family Life" qui a fait le circuit des salles commerciales il y a quelques années.

Un autre courant d'idées, présentement très répandu, tient toute la société responsable de l'écllosion de la maladie mentale. Le philosophe Marcuse a particulièrement défendu cette thèse, en reprochant aux psychiatres de réadapter les malades à une réalité souvent plus morbide que celle de la maladie. Ces courants d'idées en sont venus à faire partie de la culture populaire, et nous pouvons maintenant observer que les familles réagissent, que la société réagit. Du côté des familles, on ne se laisse plus culpabiliser facilement, on s'agit pour s'informer, pour défendre ses droits. Il s'est récemment créé, à Montréal, une association de parents qui ont des enfants autistiques.

Quant à la société, elle redevient plus conservatrice, plus exigeante, plus dure envers les déviants. Ceci est certainement dû au fait que beaucoup d'idées généreuses ont coûté très cher aux fonds publics sans que les promesses se réalisent. Ce grand "backlash" de la société nord-américaine se manifeste envers les criminels, envers les assistés sociaux, envers les malades mentaux. On demande le rétablissement de la peine de mort, l'abolition des programmes d'assistance sociale, et le retour des fous dans les asiles. Ce son de cloche s'est souvent manifesté au Québec ces dernières années.

Si nous ne voulons pas le retour à la psychiatrie asilaire, il nous faut imaginer des solutions de rechange. Pour être efficaces, ces solutions doivent prendre en considération non seulement l'hébergement des malades,

mais aussi leur droit au travail, aux loisirs, à un revenu décent, à des Services de Santé et à des Services sociaux adéquats. Ces solutions intermédiaires s'appellent famille d'accueil, foyer de groupe, foyer thérapeutique, pavillon, appartement communautaire, etc. Elles sont connues, elles ont été expérimentées à des degrés divers. Elles sont cependant trop peu nombreuses, mal distribuées, et trop souvent concentrées autour des grands hôpitaux psychiatriques, ce qui a fait en sorte que se sont créés autour de ces hôpitaux des quartiers que l'on pourrait qualifier d'asilaires.

Il est également regrettable que ces nouvelles formules aient été réparties entre plusieurs grandes autorités administratives. Les ressources d'hébergement relèvent des Centres de Services sociaux; le traitement est offert par les centres hospitaliers, les revenus viennent le plus souvent du régime d'assistance sociale; et bientôt tout l'aspect travail relèvera d'une nouvelle législation, la Loi sur les Handicapés.

Ceci a été conçu dans le but, certainement, de considérer le malade mental chronique, schizophrène ou autre, comme un citoyen ordinaire. On peut se demander cependant comment un individu fortement handicapé se débrouillera face à ces grands niveaux administratifs qui communiquent très peu les uns avec les autres.

Il y a avantage à ce que l'ensemble des soins et services offerts aux malades mentaux conserve une unité administrative. Il n'est certainement pas essentiel que le pivot de cette unité soit le milieu psychiatrique. Il faut cependant remarquer que ce milieu est celui qui connaît le mieux les malades mentaux, et qui s'est le plus occupé d'eux de façon globale jusqu'à maintenant, malgré toutes les imperfections de cette prise en charge. Si les hôpitaux généraux ont mis environ quinze (15) ans à accepter les malades mentaux, on peut se demander si ces niveaux administratifs seront rapidement en mesure de répondre aux besoins de ces malades.

La recherche de nouvelles ressources intermédiaires pour les malades mentaux suppose que l'Etat accepte d'y mettre le prix. Et si divers ministres ont répété depuis quelques années qu'il n'était plus question de construire des ressources "lourdes", on sent que le Ministère aime mieux investir dans de telles ressources que de distribuer des petites sommes d'argent à un grand nombre de citoyens. Il y a là une sorte de méfiance, de crainte de mauvaise utilisation des fonds publics qu'il faut arriver à vaincre. Il est certain que les mécanismes de contrôle de la deuxième formule sont plus compliqués. Il n'en reste pas moins que le développement de cette formule est essentiel si l'on veut développer des familles d'accueil, si l'on veut aussi inciter les familles naturelles à garder à la maison des membres moins autonomes: vieillards, malades mentaux, enfants exceptionnels.

Un numéro entier de la revue Hygiène Mentale au Canada a été consacré à cette question des ressources intermédiaires destinées aux malades mentaux chroniques. Il s'agit du Vol. 24, No 1, publié en mars 1976.

QUELS SONT LES PIÈGES QUI GUETTENT LES PROFESSIONNELS EN SANTÉ MENTALE ?

Ce sujet a été brièvement traité plus haut, il mérite cependant qu'on y revienne de façon un peu plus développée.

Par professionnels de la santé mentale, nous entendons les membres des cinq (5) professions représentées dans la plupart des équipes en santé mentale, c'est-à-dire la psychologie, le nursing, l'ergothérapie, le service social et la psychiatrie. Ces dernières années, des sociologues, des philosophes, des historiens, des linguistes se sont intéressés au domaine de la santé mentale; nous restreindrons volontairement le terme "professionnel" à ceux qui sont impliqués surtout au niveau clinique.

Il est bien entendu que le domaine de la santé mentale n'appartient pas aux seuls professionnels, encore moins aux professionnels cliniciens. C'est un lieu commun de rappeler que la santé mentale c'est l'affaire de tout le monde, des hommes politiques aux parents, en passant par les policiers, les membres du clergé, les enseignants, etc.

Il fut un temps où les soins aux malades mentaux ne relevaient que des psychiatres. Depuis l'apparition du mouvement de la psychiatrie communautaire, depuis le déplacement de la psychiatrie vers les hôpitaux généraux, depuis la création aux Etats-Unis des Community Mental Health Centers, depuis que l'éventail des soins offerts aux malades s'est élargi, depuis que l'accent a été mis non seulement sur le traitement mais sur la prévention, depuis que l'on considère le malade mental non plus seulement comme un individu isolé mais en tant que membre d'une famille ou d'un milieu social, il est devenu nécessaire d'ajouter aux équipes traditionnelles d'autres professionnels qui pouvaient apporter des compétences spécifiques.

Les infirmières sont sorties des hôpitaux pour travailler au sein des cliniques externes ou des équipes de soins à domicile. Les travailleurs sociaux, en plus d'apporter leurs connaissances particulières des ressources de "services concrets", ont enrichi les équipes de leur compétence propre dans le domaine des interventions auprès des familles, des groupes, etc. Les ergothérapeutes ont mis l'accent sur des techniques non-verbales qui permettent souvent aux psychotiques en phase aiguë de retrouver leur identité en récupérant graduellement l'utilisation de leurs praxies. Enfin les psychologues, qui, au départ, connaissaient peu le domaine de la psychose, se sont révélés des professionnels extrêmement

polyvalents, qui ont apporté aux équipes en santé mentale de nouveaux modèles de thérapie, et qui se sont eux-mêmes spécialisés dans divers domaines du champ de la psychiatrie ou de ce que l'on pourrait appeler la médecine psychologique.

Peut-être pour la première fois dans le champ médical, de véritables équipes pluridisciplinaires sont apparues. La naissance, le développement et la survie de telles équipes ne se sont pas faits sans difficultés. Beaucoup d'encre a coulé sur ce sujet, de nombreuses heures ont été consacrées à des réunions où l'on a discuté du leadership des équipes, du processus décisionnel, de la polyvalence de chaque membre de l'équipe, etc.

Dans le contexte québécois, c'est probablement à Montréal que ce modèle d'équipe pluridisciplinaire fonctionne le mieux, s'est le plus répandu, et a accumulé le plus d'expérience. Plusieurs équipes existent de façon stable depuis plus de cinq (5) ans, ce qui indique certainement que l'on est parvenu à assouplir les graves problèmes ontologiques du départ. On discute moins, on se heurte moins, on travaille plus.

Si les membres des équipes sont parvenus à mieux se définir les uns par rapport aux autres, et chacun face à l'équipe, c'est face aux malades qu'il reste le plus de problèmes à résoudre. Les malades traités par les équipes de secteur sont presque tous de grands psychotiques, ou des personnes atteintes de graves troubles du caractère. Ce travail est extrêmement lourd, les patients, peu gratifiants, exigent beaucoup de patience, beaucoup de capacité de se procurer des satisfactions personnelles ailleurs qu'au travail.

Il importe également de connaître la limite de ses capacités. Le pire piège est celui du sentiment d'omnipotence, du désir de guérir à tout prix. L'absence ou encore l'importance minime des résultats thérapeutiques amène souvent chez les thérapeutes des déceptions énormes, ce qui entraîne souvent une réaction de démission. Le désir de guérir à tout prix est également peu respectueux du malade qui a certes le droit d'être aussi malade qu'il l'est, et de choisir lui-même son rythme d'amélioration. On a beaucoup parlé du droit au traitement, comme nous l'avons mentionné plus haut, il y aurait lieu de considérer qu'il existe aussi un droit à la maladie, et même un droit au suicide.

Le sentiment d'impuissance face aux maladies mentales graves peut amener une autre réaction, plus subtile, que l'on peut appeler l'identification au malade, analogue à la réaction d'identification à l'agresseur dont parlent les psychanalystes. Le malade devient un individu idéalisé dont le discours tordu et hermétique devient un message poétique que le professionnel ne comprend pas par manque d'intelligence, de sympathie; les comportements sadiques envers le thérapeute doivent être tolérés à tout

prix et de façon répétée parce que le thérapeute se doit d'être une sorte de mère continuellement acceptante, quasi fusionnelle envers le malade.

Le mouvement anti-psychiatrique a facilement versé dans ce genre d'exagération. Il y avait aussi, dans ces attitudes, ce que le psychanalyste français André Green appelait une vision esthétique de la maladie mentale. Et il répondait aux tenants de l'anti-psychiatrie que la maladie mentale n'a rien d'esthétique, qu'elle est essentiellement une profonde misère intérieure.

CONCLUSION

Malgré les difficultés de parcours, il est satisfaisant de constater que, dans l'ensemble, nous avons dépassé l'étape de la mise sur pied des services de base en santé mentale, et que nous en sommes à une étape de consolidation, d'amélioration, de sophistication de ces services. La psychiatrie communautaire, avec ses équipes de secteur pluridisciplinaires, est là pour rester; il reste à faire en sorte que ce modèle continue d'attirer des professionnels compétents.

L'amélioration de la qualité de vie des malades mentaux chroniques constitue encore un problème majeur que nous sommes loin d'avoir résolu. Nous envisageons cependant des solutions à ce problème, qui devront se réaliser par étapes.

SUMMARY

The author sets forth some reflections on the present state of mental health services in the Montreal Region, concerning himself primarily with the problems encountered in the application of the theoretical model underlying the existing services, that being community psychiatry. These problems are of three orders: the distribution of establishments and the geographic distribution of the population do not correspond; because of the liberation of many psychotics a backlash is starting to make itself felt in the population, and chronic patients have become immigrants in the city; the multidisciplinary teams are experiencing difficulties in working with this large and demanding clientele, and also in defining the limits to their interventive capacity, with what that entails.