

« Chronicité psychiatrique et désinstitutionnalisation : une approche sociale en psychiatrie¹ »

Ellen Corin et Gilles Lauzon

Santé mentale au Québec, vol. 9, n° 2, 1984, p. 168-171.

Pour citer ce document, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/030254ar>

DOI: 10.7202/030254ar

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

CHRONICITÉ PSYCHIATRIQUE ET DÉSinSTITUTIONNALISATION : UNE APPROCHE SOCIALE EN PSYCHIATRIE¹

Le projet de recherche dont nous présentons ici le cadre de référence, les hypothèses et les orientations principales, vise à étudier certaines dimensions psychosociales de la chronicité psychiatrique; nous nous centrons plus particulièrement sur les processus qui interviennent dans ce que l'on peut appeler la chronicisation des problèmes psychiatriques. Pour opérationnaliser le concept de chronicité, nous examinons dans ce projet ce qu'en indique le rapport à l'institution psychiatrique et plus particulièrement la réhospitalisation, même si nous sommes conscients des nombreux facteurs qui peuvent influencer cette dernière. Le type de données que nous sommes en train de recueillir devrait par ailleurs nous permettre de revenir sur ce concept de chronicité.

Réalisant ce projet à partir d'un Centre de recherche attaché à un hôpital, il nous paraissait important que l'étude projetée ait le maximum de chances de pouvoir interroger une pratique et, par-delà cette dernière, le système de prise en charge qui la sous-tend. Il nous a ainsi paru essentiel d'associer les équipes d'intervenants, ou ceux de leurs membres qui acceptaient de faire cette démarche avec nous, à la formulation du projet. C'est dans un dialogue avec eux qu'il a été construit, comme c'est avec leur collaboration qu'il se réalise.

Le contexte du projet, la désinstitutionnalisation des patients psychiatriques

Le point de départ du projet a été la question des réhospitalisations et une interrogation sur les limites actuelles de la désinstitutionnalisation des patients psychiatriques. L'échec de ce mouvement nous invite à nous interroger sur les différentes composantes qui interviennent dans la marginalisation des patients psychiatriques et dans la chronicisation de leurs problèmes.

La réaction la plus courante à cette situation a consisté à interroger le fonctionnement des structures actuelles d'intervention et à chercher à les améliorer. Les concepts-clé utilisés dans ce contexte sont ceux de la diversification des structures de prise en charge, de la continuité des soins, de la réadaptation sociale. On parle ainsi de plus en plus de la nécessité d'examiner la manière dont les services

et ressources en place rencontrent ou non les besoins des patients; ceux qui travaillent dans cette ligne cherchent à évaluer ces besoins à partir de certaines échelles objectives.

Laissant de côté ce niveau d'interrogation même s'il est de toute évidence légitime, nous avons été frappés par la manière «individualiste» dont est abordée la question de la réinsertion des patients psychiatriques dans la communauté: que l'on se centre sur leurs besoins, ou sur la lecture que peuvent en faire des professionnels à partir de leur propre système de référence, ou encore sur la nécessité de réapprendre aux patients des habilités sociales (très populaire en Amérique du Nord), on a l'impression que n'existent face à face que patients et professionnels, les seconds étant le recours essentiel et nécessaire des premiers. En même temps, disparaissent ou demeurent au mieux laissés en suspens ou en blanc: d'une part le point de vue des personnes sur la situation et de l'autre, et c'est surtout ce dernier aspect qui a retenu notre attention, toute la question de la dynamique dans les rapports à l'entourage et au milieu plus général.

Dans ce contexte, notre recherche vise à recadrer différemment la problématique de la désinstitutionnalisation des patients psychiatriques en s'inspirant de deux sources différentes.

Une question de position dans la société

La première de ces sources est une réflexion sur les dimensions sociales de la problématique que pose la réinsertion des patients psychiatriques dans la communauté. Une des idées qui a inspiré la désinstitutionnalisation des patients psychiatriques a été la conviction que la chronicisation des problèmes est en grande partie, ou totalement, attribuable aux effets négatifs de l'hôpital. La manière dont s'y déroule la vie quotidienne, la façon dont s'y dissolvent les repères spatiaux et temporels significatifs, la dynamique relationnelle qui y prévaut ont été longuement décrits. On a montré leurs implications au niveau de cette homogénéisation des symptômes que manifestent les patients hospitalisés depuis longtemps: en termes d'apathie, de passivité, de dépendance. Une des hypothèses avancées pour expliquer cet impact négatif de l'institu-

tion sur les personnes a été qu'elle tend à enfermer les patients dans leur rôle de malade. Ce dernier constitue une grille à partir de laquelle sont déchiffrés les comportements ; le rôle de patient fait fonction de repère, organisant les rapports interpersonnels dans l'institution et avec l'extérieur. Dans cette ligne, on a pensé que le fait de raccourcir les séjours en institution, de les situer dans un cadre moins stigmatisé (comme l'hôpital général) ou de les supprimer amènerait la disparition de la chronicité et rendrait beaucoup moins problématique la réinsertion des patients dans la société.

Cette manière de poser le problème nous paraît simplificatrice dans la mesure où elle élude la question de la place que la personne retrouve effectivement dans la société quand elle sort de l'hôpital. Cette place va se constituer à partir des attentes de la personne et de celles des autres qui tendent à lui assigner d'emblée une certaine position dans le champ des rapports sociaux ; elle fera aussi écho à la place réelle que lui désignent, souvent de manière implicite ou non consciente, les comportements de l'entourage proche, ceux de la société dans laquelle elle se retrouve et ceux des intervenants qui cherchent à la suivre. Ceci nous a amenés à poser notre première hypothèse, que nous avons appelée l'hypothèse de la désinstitutionnalisation sociale des patients psychiatriques. On peut la formuler dans les termes suivants :

Les patients psychiatriques ont du mal à réintégrer une position dans le cadre des institutions sociales de base de notre société (famille, travail...) et au sein des rapports sociaux. Ce processus que nous qualifions de désinstitutionnalisation sociale fait obstacle à la réinsertion sociale qui était visée par la désinstitutionnalisation en rapport à l'institution-hôpital. Les patients se trouvent dès lors rejetés du côté de leur rôle de malade, ce qui accentue leurs chances d'être réhospitalisés ou les amène à une position de repli social.

Nous faisons aussi l'hypothèse que cette désinstitutionnalisation sociale est un processus interactif, auquel participent la personne et les membres de son entourage et qui opère à la rencontre entre les champs des attentes, des perceptions et des comportements.

Une question de société

Notre seconde source de réflexion a été les études interculturelles sur les problèmes de schizo-

phrénie. L'étude pilote internationale entreprise par l'Organisation Mondiale de la Santé a montré que la croyance suivant laquelle certaines sociétés ne connaissent pas de problèmes de schizophrénie est sans doute fautive. Les chercheurs ont trouvé dans les sociétés industrialisées et dans celles en voie de développement des taux sensiblement voisins de schizophrénie. Par contre, et c'est ce point qui nous intéresse, les différences apparaissent frappantes quand on considère l'évolution des problèmes ; les sociétés industrielles se caractériseraient ainsi par une chronicisation significativement plus élevée des problèmes.

Plusieurs types d'explication peuvent être proposés ici. Dans les études qu'il a effectuées dans ce cadre, Murphy met en avant la notion de discontinuité, ou de contradiction, entre les normes culturelles qui prévalent, dans une société en regard des rôles sociaux, ainsi qu'une différence en termes de la tolérance sociale à la marginalité.

Les études que le chercheur principal de ce projet a effectuées en Afrique, et plus particulièrement celles qu'elle a conduites avec des guérisseurs traditionnels africains traitant des maladies «difficiles» (qui posent question) nous ont amenés à mettre en relief l'importance de la dynamique sociale et culturelle qui entre en jeu lors de l'apparition d'un problème.

Cette dynamique joue sur deux plans principaux. Au niveau des systèmes de croyance, l'interprétation proposée par le guérisseur (qui évoque l'intervention de sorciers, d'ennemis ayant usé de magie, d'ancêtres ou d'esprits) a comme effet de permettre de situer l'expérience étrangère et idiosyncrasique des patients dans le champ du connu, à partir d'instances dont l'action est profondément imbriquée dans la vie sociale de la société. En s'interrogeant sur la cause de leur intervention, il procède à une véritable exégèse des rapports sociaux et les membres de l'entourage du patient sont directement concernés par ce processus de dévoilement public du sens profond du problème que vit l'un d'eux. On a aussi montré comment le fonctionnement de ce système d'interprétation sert de support au questionnement du patient en regard de son rapport au groupe et amorce sa réarticulation sur ce dernier.

D'un autre côté, on a montré que la mobilisation du groupe social intervient bien avant la consultation du guérisseur. Elle prend la forme d'une

interrogation collective sur le sens du trouble et se manifeste dans la façon dont le groupe prend en main l'organisation des diverses démarches de consultation et participe au recueil des sommes nécessaires.

Ce qui nous frappe ici est ce que l'on pourrait appeler le processus de «mise en communication» du problème, qui intervient aussi bien sur le plan cognitif et symbolique, en prenant appui sur les systèmes d'interprétation disponibles dans la société, que sur celui de la dynamique des rapports sociaux mis en oeuvre à l'occasion du problème.

Ce processus nous a paru s'opposer de manière frappante à ce qui se met en place dans nos sociétés autour des problèmes psychiatriques, tant au niveau du type d'interprétation que l'on en propose qu'à celui des processus sociaux. Nous nous sommes demandés dans quelle mesure notre fonctionnement culturel et social permet une telle «ouverture» des problèmes et ce que l'on pourrait appeler sa «circulation» dans un espace social significatif ou dans quelle mesure il tend au contraire à encapsuler le problème et à isoler le patient dans un rapport angoissant à l'étrangeté de l'expérience qu'il vit. Dans ce contexte, il lui est beaucoup plus difficile d'intégrer réellement ou de dépasser cette dernière.

Nous posons l'hypothèse que, dans certains cas, la structure et la dynamique spécifiques des relations sociales dans l'entourage d'un patient renforcent cette tendance culturelle et accentuent ainsi les risques d'un enfermement du patient dans son rapport à la maladie et, par le fait même, les risques de chronicisation. Dans cette recherche, nous considérons trois niveaux de données relatives à l'entourage: les caractéristiques structurales du réseau social, sa taille, sa composition et plus particulièrement sa densité (mesure dans laquelle les membres s'y connaissent les uns les autres); l'ouverture des membres-clé de cet entourage vers l'extérieur; certaines de ses caractéristiques dynamiques en termes de cohésion et de rigidité.

Nous faisons l'hypothèse que le degré de fermeture que manifeste l'entourage à ces différents niveaux influence le processus de désinstitutionnalisation sociale et les chances de chronicisation du problème.

Une question de stratégie

Enfin, la plupart des études portant sur les facteurs de prédiction de l'évolution des problèmes psychiatriques s'effectuent à partir de la notion de risque et de celle de facteurs de risque. Ce qui pourrait exercer un effet de protection par rapport à la chronicisation des problèmes a été peu étudié en soi.

Dans une recherche qui portait sur la sociabilité et le rapport aux services de personnes âgées dans la région de Québec, nous avons été amenés à élaborer le concept de stratégie pour rendre compte de ce que les personnes âgées élaborent à partir de différentes contraintes ou conditions objectives: au niveau de leurs «stratégies d'existence» et à celui de leurs stratégies d'aménagement des problèmes. Nous utiliserons ici le terme de stratégie dans le sens que donne de Certeau au terme de «tactique», pour exprimer une forme de résistance anonyme des individus contre l'emprise des systèmes.

C'est dans cette ligne que nous avons élaboré notre *troisième hypothèse*:

Des personnes qui ont souffert de problèmes psychiatriques peuvent développer certaines stratégies qui leur permettent de composer avec les effets de la désinstitutionnalisation sociale et de réaménager leur place dans la société.

Nous avons posé l'hypothèse que ces stratégies se situaient dans le domaine de la sociabilité et étaient plus directement manifestes dans l'aménagement des rapports à l'espace et au temps ainsi qu'au niveau de certains investissements affectifs. Le dépouillement des premières données recueillies montre que ces stratégies jouent également sur les plans imaginaire et symbolique et opèrent au niveau de la reconstruction d'un nouveau rapport à soi.

Vers une reconceptualisation du social en psychiatrie sociale

Notre démarche générale vise également à amorcer une réflexion nouvelle sur la dimension sociale des problèmes psychiatriques. Dans les études effectuées dans le cadre de la psychiatrie sociale, le social a surtout été approché en termes de facteurs discrets dont on cherchait les corrélations avec les problèmes psychiatriques, leur répartition et leur prévalence.

Notre réflexion s'inscrit plutôt dans le cadre de travaux récents en anthropologie médicale, qui insistent sur l'idée d'une «construction» sociale et

culturelle des problèmes de santé qui ne sont jamais réductibles à leurs seules dimensions biologiques : ni dans leurs manifestations, ni dans leur devenir.

Cette visée de décentration par rapport à une vision trop professionnelle des problèmes psychiatriques au profit d'une étude de ce qui s'instaure entre le patient et son milieu et de ses «stratégies» nous situe dans la ligne d'un autre courant de recherche en anthropologie, le courant «émique». Ce dernier se donne comme objet d'étudier de l'intérieur la manière dont des groupes sociaux ou des sociétés construisent leur vision du monde, leurs systèmes de comportements et leurs rapports interpersonnels, et d'en dégager les principes organisateurs. Même si ce projet demeure toujours partiellement utopique, il définit une optique de base importante dans la manière de construire un savoir ou des connaissances.

Quelques repères concrets

Pour faire ressortir l'action éventuelle des facteurs étudiés sur la chronicisation des problèmes psychiatriques, nous avons sélectionné notre échantillon à partir de deux principes de base :

- 1) un souci d'homogénéisation des personnes au niveau de leur diagnostic de départ. Nous travaillons ainsi avec des patients ou d'anciens patients qui ont reçu un diagnostic de schizophrénie, il y a entre 5 et 15 ans ; nous validons ce diagnostic, au moins partiellement, à partir d'un dépouillement des dossiers en fonction d'une liste de symptômes reconnus comme associés à la schizophrénie dans les recherches les plus connues ;
- 2) un souci de différencier des groupes de personnes en regard de leur rapport à l'hôpital. Nous avons ainsi constitué trois groupes : l'un de personnes qui n'ont plus été réhospitalisées durant les quatre dernières années ou ont rompu tout contact avec les services psychiatriques ; le second, de personnes qui ont été peu réhospitalisées durant cette période et le dernier, de per-

sonnes qui l'ont été trois fois et plus et se rapprochent dès lors des processus que l'on désigne en termes de «porte tournante». Nous y avons ajouté un quatrième groupe de patients avec présomption de schizophrénie et en première hospitalisation pour contrôler l'effet de la durée du problème.

Nous demandons à chacune de ces personnes l'autorisation d'entrer en contact avec deux membres de son entourage : l'un proche, éventuellement co-résident, et l'autre un peu plus distant, ainsi qu'avec l'intervenant qui la suit éventuellement.

Sur la base d'une réflexion théorique sur chacun de nos concepts, d'un nouveau dépouillement de la littérature et d'un examen de certaines grilles, nous avons construit nos propres instruments. Étant donnée la nature de notre projet, les questions, par ailleurs très précises, sont posées sous la forme de questions ouvertes, l'enquêteur (ou nous-mêmes) n'ayant sous les yeux qu'une série de mots-clé lui rappelant les points à investiguer. Nous avons choisi cette formule pour favoriser le contact avec les personnes que nous rencontrons et éviter que le dialogue ne se casse sur des questions déjà préformulées. Nous rencontrons ainsi chaque patient ou ancien patient trois fois ou, souvent, plus et plusieurs fois les membres de son entourage, une fois l'intervenant.

Certains aspects des réponses font l'objet d'une pré-codification par la personne qui a posé les questions. Nous sommes en train d'effectuer la codification des données déjà recueillies et des commentaires qui les accompagnent, sur la base d'une analyse de contenu. Le projet est prévu se terminer en décembre 1985.

Ellen Corin
Gilles Lauzon

NOTE

1. Projet de recherche subventionné par le Conseil Québécois de la Recherche Sociale sous le numéro RS 715 A83 1 ; il est réalisé dans le cadre de l'Unité de recherche psychosociale du Centre de recherche de l'hôpital Douglas.