|  |
| --- |
| SOUS LA DIRECTION DE  Pierre Lalonde Jocely Aubut et Frédéric Grunberg  (2001)  PSYCHIATRIE CLINIQUE :  Une approche bio-psycho-sociale  TOME 2  *Spécialités, traitements, sciences fondamentales et sujets d’intérêt*  SIXIÈME PARTIE : **SUJETS D’INTÉRÊT**  **LES CLASSIQUES DES SCIENCES SOCIALES** CHICOUTIMI, QUÉBEC <http://classiques.uqac.ca/> |



<http://classiques.uqac.ca/>

*Les Classiques des sciences sociales* est une bibliothèque numérique en libre accès, fondée au Cégep de Chicoutimi en 1993 et développée en partenariat avec l’Université du Québec à Chicoutimi (UQÀC) depuis 2000.



<http://bibliotheque.uqac.ca/>

En 2018, Les Classiques des sciences sociales fêteront leur 25e anniversaire de fondation. Une belle initiative citoyenne.

**Politique d'utilisation  
de la bibliothèque des Classiques**

Toute reproduction et rediffusion de nos fichiers est interdite, même avec la mention de leur provenance, sans l’autorisation formelle, écrite, du fondateur des Classiques des sciences sociales, Jean-Marie Tremblay, sociologue.

Les fichiers des Classiques des sciences sociales ne peuvent sans autorisation formelle:

- être hébergés (en fichier ou page web, en totalité ou en partie) sur un serveur autre que celui des Classiques.

- servir de base de travail à un autre fichier modifié ensuite par tout autre moyen (couleur, police, mise en page, extraits, support, etc...),

Les fichiers (.html, .doc, .pdf, .rtf, .jpg, .gif) disponibles sur le site Les Classiques des sciences sociales sont la propriété des **Classiques des sciences sociales**, un organisme à but non lucratif composé exclusivement de bénévoles.

Ils sont disponibles pour une utilisation intellectuelle et personnelle et, en aucun cas, commerciale. Toute utilisation à des fins commerciales des fichiers sur ce site est strictement interdite et toute rediffusion est également strictement interdite.

**L'accès à notre travail est libre et gratuit à tous les utilisateurs. C'est notre mission.**

Jean-Marie Tremblay, sociologue

Fondateur et Président-directeur général,

LES CLASSIQUES DES SCIENCES SOCIALES.

Un document produit en version numérique par Diane Brunet, bénévole,

Diane Brunet, bénévole, guide, Musée de La Pulperie, Chicoutimi

Courriel: [Brunet\_diane@hotmail.com](mailto:Brunet_diane@hotmail.com)

[Page web](http://classiques.uqac.ca/inter/benevoles_equipe/liste_brunet_diane.html) dans Les Classiques des sciences sociales

à partir de :

Sous la direction de Pierre Lalonde, Jocelyn Aubut et Frédéric Grunberg

**PSYCHIATRIE CLINIQUE : UNE APPROCHE BIO-PSYCHO-SOCIALE. Tome 2 : Spécialités, traitements, sciences fondamentales et sujets d’intérêt.**

Chicoutimi, Québec : Gaëtan Morin, Éditeur, 3e édition, 2001, pp. 833-2092, 1292 pp.

Le directeur de la publication, M. Pierre Lalonde, a accordé son autorisation de diffuser ce livre en libre accès dans Les Classiques des sciences sociales le 17 septembre 2015.

 Courriel : Pierre Lalonde, psychiatre : [lalonde.md@videotron.ca](mailto:lalonde.md@videotron.ca)

Police de caractères utilisés : Times New Roman 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2008 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format : LETTRE US, 8.5’’ x 11’’.

Édition numérique réalisée le 6 octobre 2022 à Chicoutimi, Québec.



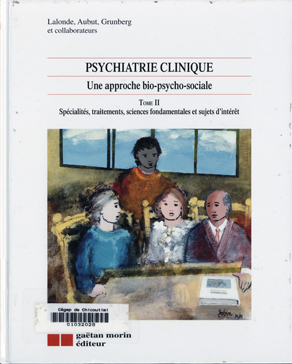
SOUS LA DIRECTION DE

Pierre Lalonde, Jocelyn Aubut et Frédéric Grunberg

PSYCHIATRIE CLINIQUE :  
UNE APPROCHE BIO-PSYCHO-SOCIALE.

Tome2: Spécialités, traitements, sciences fondamentales et sujets d’intérêt.

***Sixième partie: sujets d’intérêt***



Chicoutimi, Québec : Gaëtan Morin, Éditeur, 3e édition, 2001, pp. 833-2092, 1292 pp.

**Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale**Tome 2. Spécialités, traitements, sciences fondamentales  
et sujets d’intérêt

Quatrième de couverture

[Retour à la table des matières](#tdm)

Vingt ans d’évolution de la psychiatrie se retrouvent condensés dans cet ouvrage qui constitue une révision majeure, ainsi qu’une mise à jour élargie, des deux éditions précédentes (1980 et 1988) du premier manuel québécois de psychiatrie. Étant donné l’ampleur de l’avancement des connaissances au cours des dernières années, les sujets traités sont maintenant répartis en deux tomes.

|  |  |
| --- | --- |
| Tome I | Tome II |
| ♦ Introduction à la psychiatrie | ♦ Spécialités psychiatriques |
| ♦ Syndromes cliniques | ♦ Traitements psychiatriques |
|  | ♦ Sciences fondamentales |
|  | ♦ Sujets d’actualité |

Un grand nombre de psychiatres et de spécialistes, québécois et européens, sous la direction des docteurs Lalonde, Aubut et Grunberg, ont été associés à la rédaction des 85 chapitres touchant aux diverses psychopathologies décrites classiquement dans les manuels de psychiatrie et à leur traitement, ainsi qu’à certains aspects actuels et controversés de la clinique psychiatrique.

L’ouvrage s’appuie sur une approche bio-psycho-sociale éclectique, qui sert de trait d’union dans cette diversité et qui permet de concilier, en une synthèse harmonieuse, des données scientifiques complémentaires, pour une meilleure compréhension du comportement humain normal et pathologique. La psychiatrie contemporaine doit continuellement veiller à intégrer ces trois composantes — biologique, psychique et sociale — de l’être humain pour arriver à des diagnostics plus précis et à des traitements mieux adaptés aux différentes facettes des difficultés que vivent les patients aux prises avec une maladie mentale ou avec d’autres problèmes de santé mentale.

Pour le lecteur francophone, ce manuel ouvre une fenêtre sur la psychiatrie nord-américaine fondée sur une méthode scientifique et descriptive qui est à la base de la nosographie du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) ; il fait aussi systématiquement le lien avec la démarche empirique de la psychiatrie européenne et la Classification internationale des maladies (CIM-10).

Unique en son genre en français, l’ouvrage s’adresse en particulier au psychiatre, au médecin de famille et à l’étudiant en médecine, mais les autres professionnels de la santé y trouveront aussi une information accessible et pratique. Facile à lire, ce livre rend enfin la psychiatrie compréhensible et intéressante, même pour le profane, sans pour autant négliger la rigueur scientifique. Il fait le point sur les connaissances actuelles — bien que toujours à enrichir — de la psychiatrie contemporaine.



***Pierre Lalonde***, M.D., F.R.C.P.C., a fait ses études de médecine et de psychiatrie à l’Université de Montréal. Outre ses fonctions de professeur titulaire au Département de psychiatrie de l’Université de Montréal, il dirige depuis plusieurs années le Programme jeunes adultes à l’Hôpital Louis-H. Lafontaine (Montréal), un programme qui s’adresse aux jeunes souffrant de schizophrénie et à leur famille. Il a été désigné Exemplary Psychiatrist par la National Alliance for the Mentally III et a reçu le prix Excellence académique décerné par le Département de psychiatrie de l’Université de Montréal.

***Jocelyn Aubut***, M.D., F.R.C.P.C., a étudié la médecine et la psychiatrie à l’Université de Montréal. Il est professeur agrégé de clinique au Département de psychiatrie de l’Université de Montréal et chef du Département de psychiatrie du Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM). À l’Institut Philippe Pinel de Montréal, il a instauré un programme de traitement pour agresseurs sexuels.

***Frédéric Grunberg***, M.D., F.R.C.P.C., a fait ses études de médecine à l’Université de Montpellier, en France.

Il s’est spécialisé en psychiatrie en Angleterre, à l’Institute of Psychiatry de l’Université de Londres et au Maudsley Hospital. Professeur titulaire de clinique au Département de psychiatrie de l’Université de Montréal, il dirige aussi un service de consultation en bioéthique et psychiatrie légale à l’Hôpital Louis-H. Lafontaine (Montréal).

[xi]

**Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale**Tome 2. Spécialités, traitements, sciences fondamentales  
et sujets d’intérêt

Table des matières

**TOME II  
Spécialités, traitements,  
sciences fondamentales et sujets d’intérêt**

[Quatrième de couverture](#psychiatrie_3e_ed_t2_couverture)

Liste des auteurs [v]

Remerciements [vii]

Note au lecteur [ix]

[Liste des abréviations](#psychiatrie_3e_ed_t2_liste_abreviations) [xv]

**TROISÈME PARTIE  
Spécialités psychiatriques** [833]

Chapitre 29. *Marc Sasseville, Martin Tremblay, en collaboration avec Claire Gagnon, Jean-François de La Sablonnière, Jean-Yves Roy, Daniel Bordeleau, Francine Morin,* Urgences psychiatriques [834]

Chapitre 30. *André Lelièvre, Jean-Robert Turcotte,* Consultation-liaison [874]

Chapitre 31. *Isabelle Paquette, Maryse Charron, Rosita Punti, Carole Murphy,* Psychiatrie gériatrique [890]

*Psychiatrie légale*

Chapitre 32. *Renée Roy, Frédéric Grunberg,* Psychiatrie légale au Québec [924]

Chapitre 33. *Carol Jonas*, Psychiatrie légale en France [950]

*Pédopsychiatrie* (Michel Lemay et coll.)

Chapitre 34. *Michel Lemay, Philippe Robaey, Sonia Mansour-Robaey,* Introduction à la pédopsychiatrie [974]

Chapitre 35. *Martin St-André, Laurent Mottron, Yvon Gauthier,* Troubles précoces de l’enfance [990]

Chapitre 36. *Bernard Boileau, Louis Legault,* Troubles à expression somatique et psychomotrice [1018]

Chapitre 37. *Jean-Marc Guilé,* Troubles de la cognition [1038]

Chapitre 38. *Guy Ausloos, Michel Lemay,* Troubles de l’adaptation sociale [1068]

Chapitre 39. *Ginette Lavoie, Denis Laurendeau,* Troubles anxieux [1086]

Chapitre 40. *Nagy Charles Bedwani,* Psychoses et dépressions [1102]

Chapitre 41. *Nicole Catheline, Daniel Marcelli,* Pédopsychiatrie en France [1122]

**QUATRIÈME PARTIE  
Traitements psychiatriques** [1137]

*Traitements biologiques*

Chapitre 42. *Jean-Michel Le Mellédo, Jean-Marc Legrand, Jacques Bradwejn, Natasha Dufour,* Anxiolytiques et hypnotiques [1138]

Chapitre 43. *Alain Labelle, Yvon D. Lapierre, Barry D. Jones,* Antipsychotiques [1160]

Chapitre 44. *Pierre Landry,* Antidépresseurs [1182]

Chapitre 45. *Linda Beauclair, Guy Chouinard,* Stabilisateurs de l’humeur [1206]

[xii]

Chapitre 46. *Claude Vanier, Valérie Tourjman,* Électroconvulsivothérapie [1226]

Chapitre 47. *Vincent Caillard, Joël Gailledreau,* Traitements biologiques en France [1238]

*Traitements psycho-sociaux*

Chapitre 48. *Louis Georges Castonguay, François Borgeat,* Fondements de la psychothérapie [1260]

Chapitre 49. *Pierre Doucet,* Thérapie psychanalytique [1276]

Chapitre 50. *Yvon-Jacques Lavallée, Patrick Gosselin,* Thérapie comportementale [1300]

Chapitre 51. *Marie Saint-Laurent, Gilbert Pinard,* Thérapie cognitive [1326]

Chapitre 52. *Guy Deleu, Pierre Lalonde,* Thérapie psychoéducative [1342]

Chapitre 53. *Guy Ausloos,* Thérapie systémique [1364]

Chapitre 54. *Jean-Charles Crombez,* Thérapie expérientielle [1380]

Chapitre 55. *Jean Huot †, Gabriel Belzile, Pierre Belzile,* Relaxation [1396]

Chapitre 56. *Germain Lavoie,* Hypnose [1408]

Chapitre 57. *Louis Guérette,* Éclectisme et intégration en psychothérapie... [1426]

Chapitre 58. *Michel Botbol, Nicolas Gougoulis, Marie-Jeanne Guedj, Vassilis Kapsambelis,* Psychothérapie en France [1442]

**CINQUIÈME PARTIE**

**Sciences fondamentales** [1467]

Chapitre 59. *John Allison O’Neil,* Épistémologie [1468]

Chapitre 60. *Michel Maziade, Chantal Mérette, Marc-André Roy,* Génétique [1484]

Chapitre 61. *Pierre Landry, Richard Brière,* Neurobiologie [1500]

Chapitre 62. *Emmanuel Stip, Pierre-Paul Rompré, Bruno Debruille, François Guillem,* Psychophysiologie et neuropsychologie [1538]

Chapitre 63. Jean-Paul Soucy, Pierre Bourgouin, Catherine Kissel*,* Imagerie cérébrale [1572]

Chapitre 64. *Raymond Morissette,* Développement de la personnalité [1592]

Chapitre 65. *Marc-André Roy, Michel Maziade,* Épidémiologie [1614)

Chapitre 66. *Louise Blais, avec la collaboration de Louise Mulligan-Roy,* Sociologie et maladie mentale [1632]

Chapitre 67. *François Primeau,* Éthique et psychiatrie [1648]

**SIXIÈME PARTIE**

[**Sujets d’intérêt**](#psychiatrie_3e_ed_t2_pt_6) [1663]

Chapitre 68. *Daniel Saint-Laurent,* [Évaluation de la qualité des soins](#psychiatrie_3e_ed_t2_pt_6_chap_68) [1664]

Chapitre 69. *Andrée Adams, Mark Adams,* [Couple et famille](#psychiatrie_3e_ed_t2_pt_6_chap_69) [1682]

[xiii]

Chapitre 70. *Pascale Des Rosiers, Odette Bernazzani, Dara Charney,* [Psychiatrie et différences sexuelles](#psychiatrie_3e_ed_t2_pt_6_chap_70) [1700]

Chapitre 71. *Denis Lepage,* Travail, [chômage et invalidité](#psychiatrie_3e_ed_t2_pt_6_chap_71) [1716]

Chapitre 72. *Luc Blanchet, Michel J. Messier,* [Réseaux et partenariat](#psychiatrie_3e_ed_t2_pt_6_chap_72) [1730]

Chapitre 73. *Emmanuel Habimana, Cécile Rousseau, Jean-François Saucier, Ursula Streit,* [Psychiatrie transculturelle, migrations](#psychiatrie_3e_ed_t2_pt_6_chap_73) [1746]

Chapitre 74. *Gérard Montagne, Clare C. Brant †,* [Psychiatrie des autochtones](#psychiatrie_3e_ed_t2_pt_6_chap_74) [1760]

Chapitre 75. *Carole Ménard-Buteau, Jacques Buteau,* [Suicide](#psychiatrie_3e_ed_t2_pt_6_chap_75) [1770]

Chapitre 76. *Frédéric Millaud,* [Violence](#psychiatrie_3e_ed_t2_pt_6_chap_76) [1794]

Chapitre 77. *Marie-Carmen Plante,* [Comorbidité](#psychiatrie_3e_ed_t2_pt_6_chap_77) [1810]

Chapitre 78. José L. Fabian*,* [Manifestations psychiatriques du sida](#psychiatrie_3e_ed_t2_pt_6_chap_78) [1828]

Chapitre 79. *Jacques Voyer,* [Maladie incurable](#psychiatrie_3e_ed_t2_pt_6_chap_79) [1844]

Chapitre 80. *Jean-Luc Dubreucq, Jean Hébert, Richard Cloutier,* [Maladie psychiatrique chronique](#psychiatrie_3e_ed_t2_pt_6_chap_80) [1860]

Chapitre 81. *Michel J. Messier,* [Réadaptation](#psychiatrie_3e_ed_t2_pt_6_chap_81) [1876]

Chapitre 82. *Michel Goutal,* [Réhabilitation psychosociale en France](#psychiatrie_3e_ed_t2_pt_6_chap_82) [1892]

Chapitre 83. *Hubert Wallot,* [Évolution des services psychiatriques au Québec](#psychiatrie_3e_ed_t2_pt_6_chap_83) [1908]*,*

Chapitre 84. *Gérard Massé,* [Évolution des services psychiatriques en France](#psychiatrie_3e_ed_t2_pt_6_chap_84) [1924]

Chapitre 85. *Pierre Bovet, Jacques Gasser, François Borgeat,* [Évolution des services psychiatriques en Suisse](#psychiatrie_3e_ed_t2_pt_6_chap_85)  [1940]

INDEX DES AUTEURS [1951]

INDEX DES MÉDICAMENTS [1993]

INDEX DES SUJETS [2003]

[xiv]

**Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale**Tome I. Introduction aux syndromes cliniques

Table des matières

Quatrième de couverture

Liste des auteurs [v]

Remerciements [vii]

Note aux lecteurs [viii]

Préface de la 3e édition, Yves Lamontagne [ix]

Préface de la 2e édition, Yvon Gauthier [x]

Préface de la 1re édition, Yvon Gauthier [xi]

Préface de la 1re édiction, Cyrille Koupernik [xii]

**Première partie.  
Introduction à la psychiatrie** [1]

Chapitre 1. “Psychiatrie bio-psycho-sociale.” *Frédéric Grunberg, Gérard Massé, Pierre Lalonde, Jocelyn Aubut* [2]

Chapitre 2. “Relation médecin-malade.” *Jacques Gagnon* [20]

Chapitre 3. “Examen psychiatrique.” *Jean-François Denis, Jacques Gagnon, Fabien Gagnon* [34]

**Deuxième partie  
Syndromes cliniques**[71]

Chapitre 4. “Déficience intellectuelle.” *Jacques Goineau, Marie-Josée Prévost* [72]

Chapitre 5. “Troubles cognitifs”. *Isabelle Paquette, Hélène St-Jacques, Marie-Claire Baril* [102]

Chapitre 6. “Alcoolismes.” *Maurice Dongier, Lucie Legault* [144]

Chapitre 7. “Toxicomanies.” *Michel Brabant, Louise Guay* [172]

Chapitre 8. “Troubles psychotiques aigus et transitoires.” *Jocelyne Cournoyer* [210]

Chapitre 9. “Troubles délirants.” *Pierre Lalonde* [224]

Chapitre 10. “Schizophrénies.” *Pierre Lalonde* [242]

Chapitre 11. “Troubles de l’humeur (affectifs).” *Jean Leblanc* [286]

Chapitre 12. “Troubles anxieux, trouble panique et phobies.” *Lucie Fortin* [330]

Chapitre 13. “Trouble obsessionnel-compulsif.” *Christo Todorov* [360]

Chapitre 14. “Troubles reliés au stress intense.” *Léon-M. Larouche* [378]

Chapitre 15. “Troubles de l’adaptation.” *Marie -Josée Filteau, Philippe Baruch* [396]

Chapitre 16. “Troubles dissociatifs.” *Manuel Serrano* [410]

Chapitre 17. “Troubles du contrôle des impulsions.” André Luyet [428]

[xxii]

Chapitre 18. “Troubles mentaux dus à une affection médicale générale.” *Louis Morissette* [448]

Chapitre 19. “Facteurs psychologiques influençant une affection médicale.” *Jacques Moriday* [464]

Chapitre 20. “Troubles somatoformes.”*Pierre Verrier, Jean Charbonneau* [482]

Chapitre 21. “Troubles factices.” *Jean-François Denis* [506]

Chapitre 22. “Troubles de l’alimentation.” *Guy Pomerleau, Carole Ratté* [522]

Chapitre 23. “Troubles du sommeil et de la vigilance.” *Odile Lapierre, Jacques Montplaisir* [538]

Chapitre 24. “Dysfonctionnements sexuels.” *Pierre Assalian, Hélène Côté* [578]

Chapitre 25. “Paraphilies.” *Jocelyn Aubut* [614]

Chapitre 26. “Troubles de l’identité sexuelle.” *Pierre Assalian, Marilyn Amias-Wilchesky, Hélène Côté* [636]

Chapitre 27. “Troubles de la personnalité.” *Jean Goulet* [652]

Chapitre 28. Particularités nosographiques en France.” *François Caroli, Stefano Rampa, Marie-Noëlle Vacheron* [684]

COMPARAISONS DIAGNOSTIQUES

A. Grandes catégories diagnostiques [710]

B. Catégories diagnostiques [712]

C. Classes diagnostiques [715]

INDEX DES AUTEURS [784]

INDEX DES MÉDICAMENTS [795]

INDEX DES SUJETS [799]

[xv]

**Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale**Tome 2. Spécialités, traitements, sciences fondamentales  
et sujets d’intérêt

Liste des abréviations

[Retour à la table des matières](#tdm)

|  |  |
| --- | --- |
| AA | acide arachidonique ; Alcooliques Anonymes |
| AAH | allocation aux adultes handicapés |
| ACh | Acétylcholine |
| AChE | Acétylcholinestérase |
| ACHS | Australian Council of Health Care Standards |
| ACT | Assertive Community Treatment, suivi communautaire  Intensif |
| ACTH | *adrenocorticotropic hormone,* hormone corticotrope hypophysaire, hormone de libération du cortisol, corticotrophine |
| Ad | Adrénaline |
| ADH | *antidiuretic hormone,* hormone antidiurétique (vasopressine) |
| ADN | acide désoxyribonucléique |
| ADT | activité dynamique dans le temps |
| AFAR | Association pour la formation, l'animation et la recherche |
| AFLS | Association française de lutte contre le sida |
| AGEFIPH | Association nationale de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des handicapés |
| AHC | antidépresseur hétérocyclique |
| AINS | anti-inflammatoire non stéroïdien |
| AIPS | Association pour l'insertion professionnelle et sociale |
| AJCS | Association des jeunes contre le sida |
| ALT | alanine transférase |
| AMC | Association médicale canadienne |
| AMM | Autorisation de mise sur le marché ; Association médicale mondiale |
| AMP | adénosine monophosphate |
| AMPA | acide a-amino-3-hydroxy-5-méthyl-4-isoxazole-propionique |
| AMPc | adénosine monophosphate cyclique |
| AMRP | Association mondiale pour la réadaptation psycho-sociale |
| ANAES | Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé |
| ANDEM | Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale |
| ANF | *atrial natriuretic factor,* peptide natriurétique |
| ANOVA | *analysis ofvariance,* analyse de la variance |
| AP | action prolongée |
| APA | American Psychiatric Association |
| APAJH | Association pour adultes et jeunes handicapés |
| APART | Association de promotion des appartements et rencontres thérapeutiques |
| APC | Association des psychiatres du Canada |
| APVP | années potentielles de vie perdues |
| ARC | *AIDS-related complex* |
| ARN | acide ribonucléique |
| ASC | aire sous la courbe |
| ASEPSI : | Association pour l'étude de la promotion de structures intermédiaires |
| ASFFALTA | Association française de foyers, appartements et logements thérapeutiques et associatifs |
| ASI | Addiction Severity Index |
| ASP | action semi-prolongée |
| AST | aspartate transférase |
| ATC | antidépresseurs tricycliques |
| ATP | adénosine triphosphate |
| ATV | aire tegmentaire ventrale |
| AVC | accident vasculaire cérébral |
| AZT | azidothymidine (zidovudine) |
| BAPU | Bureau d'aide psychologique universitaire |
| BH | barrière hémato-encéphalique |
| b.i.d. | *bis in die,* deux fois par jour |
| BPRS | Brief Psychiatrie Rating Scale |
| BSS | Barber Suggestibility Scale |
| Cmax | concentration maximale |
| CAAT | Centre d'accueil et d'aide aux toxicomanes |
| CAMSP | centre d'action médico-sociale précoce |
| CAT | choline acétyltransférase |
| CATTP | centre d'accueil thérapeutique à temps partiel |
| CC | cognitivo-comportemental |
| CCNE | Comité consultatif national d'éthique |
| CCPE | commission de circonscription préélémentaire et élémentaire |
| C.c.Q. | Code civil du Québec |
| CCK | Cholécystokinine |
| CCPPRB | Comité consultatif de protection de personnes dans la  recherche biomédicale |
| CCSD | commission de circonscription de second degré |
| CDES | Commission départementale d'éducation spéciale |
| CDI | Clinical Diagnostic Interview |
| CEMEA | Centre d'entraînement aux méthodes d'éducation active |
| CER | comité d'éthique de recherche |
| CFRP | Centre de formation et de recherche psychanalytique |

[xvi]

|  |  |
| --- | --- |
| CFTMEA | *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent* |
| CGIS | Clinical Global Impression Scale |
| CGRP | *calcitonin gene related peptide,* peptide du gène de la calcitonine |
| CH | centre hospitalier |
| CHA | Centre d'hygiène alimentaire |
| CHG | centre hospitalier général |
| CHRS | centre d'hébergement et de réadaptation sociale |
| CHS | centre hospitalier spécialisé |
| CHSLD | centre d'hébergement et de soins de longue durée |
| CIDI | Composite International Diagnostic Interview |
| CIM | *Classification internationale des maladies* |
| CLSC | Centre local de services communautaires |
| CMDP | Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens |
| CMP | centre médico-psychologique |
| CMPP | centre médico-psycho-pédagogique |
| CMQ | Collège des médecins du Québec |
| CNEM | Comité national de l'évaluation médicale |
| CNRS | Centre national de la recherche scientifique |
| COMT | catéchol-O-méthyl-transférase |
| COTOREP | Commission technique d'orientation et de reclassement professionnels |
| CPK | créatinine phosphokinase |
| CPOA | Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil |
| CPT | Continuous Performance Test |
| CR | *controlled release,* libération lente |
| CRF | *corticotropin-releasingfactor,* substance libératrice de la corticotrophine, corticolibérine |
| CRIPS | Centre régional d'information et de prévention du sida |
| CRM | Conseil de recherches médicales du Canada |
| CRSAO | Centre de post-cure et de réadaptation sociale agricole de l'Ouest |
| CRSSS | Conseil régional de la santé et des services sociaux |
| CSP | Community Support Program |
| CSTP | Carleton Skills Training Program |
| CTNERHI | Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations |
| CT-SCAN | *computerized tomography,* tomographie axiale |
| CURSS | Carleton University Responsiveness to Suggestion Scale |
| D : | dopamine |
| DA | dopamine |
| DAG | diacylglycérol |
| DAH | déficit de l'attention/hyperactivité |
| DAO | diamine-oxydase |
| DCP | dysharmonie cognitive pathologique |
| DGS | Direction générale de la santé |
| *die* | une fois par jour |
| DIS | Diagnostic Interview Schedule |
| DMT | Diméthyltryptamine |
| DOM | 2,5-diméthoxy-4-méthylamphétamine |
| DOMA | acide dihydroxymandélique |
| DOPAC | acide dihydroxyphénylacétique |
| DOPEG | Dioxyphényléthylèneglycol |
| DRP | Diagnostic Rating Procedure |
| DSM | *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* |
| DT | delirium tremens |
| DTPA | *diethylene triamine pentaacetic acid,* acide diéthylène triamine pentaacétique |
| ECA | Epidemiologic Catchment Area |
| ECD | éthylène cysténiate dimer |
| ECG | électrocardiographie, électrocardiogramme |
| ECT | Electroconvulsivothérapie |
| EE | émotion exprimée |
| EEG | électroencéphalographie, électroencéphalogramme |
| EHS | entraînement aux habiletés sociales |
| ER | Échelle de responsabilité |
| ESPT | état de stress post-traumatique |
| ETP | équivalent temps plein |
| FACES | Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale |
| FCMT | Family and Case Manager Test |
| FDG | Fluorodéoxyglucose |
| FMH | Fédération des médecins suisses |
| FNA Psy | Fédération nationale des associations de patients et ex-patients des services "psy" |
| FNARS | Fédération nationale des associations d'accueil et de réadaptation sociale |
| FÎT | *failure-to-thrive* |
| GABA | *gamma amino butyric acid,*  acide gamma-aminobutyrique |
| GDP | guanosine diphosphate |
| GH | *growth hormone,* hormone de croissance |
| GHB | gamma-hydroxybutyrate |
| GH-RH | *growth hormone-releasing hormone,* hormone de libération de l'hormone de croissance, somatolibérine |
| GMPc | guanosine monophosphate cyclique |
| GNRH | *gonadotropin-releasing hormone,* gonadolibérine |
| GREPFA | Groupe de recherche européen en accueil familial |
| GTP | guanosine triphosphate |
| H | histamine |

[xvii]

XVI Liste des abréviations

|  |  |
| --- | --- |
| HDC | histidine décarboxylase |
| HDT | hospitalisation sur demande d’un tiers |
| HEDIS | Health Plan Employer Data and Information Set |
| HF | histoire familiale |
| HGSHS | Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility |
| 5-HIAA | *5-hydroxyindoleacetic acid,* acide 5-hydroxy-indolacétique |
| HIP | Hypnotic Induction Profile |
| HMO | Health Maintenance Organization |
| HMPAO | hexaméthyl propylèneamine oxime |
| HMT | histamine méthyltransférase |
| HO | hospitalisation d’office |
| hs | *hora somni,* à l’heure du coucher |
| 5-HT | 5-hydroxytryptamine, sérotonine |
| 5-HTP | 5-hydroxytryptophane |
| HVA | *homovanillic acid,* acide homovanillique |
| IAB | Inventaire d’anxiété de Beck |
| ICIDH | *International Classification of lmpairments, Disabilities and Handicaps* |
| ICT | insuffisance cérébrale transitoire |
| IDB | Inventaire de dépression de Beck |
| IFC | intervention familiale de crise |
| Ig | Immunoglobuline |
| i.m. | Intramusculaire |
| IMAO | inhibiteur de la monoamine-oxydase |
| IMP | institut médico-pédagogique |
| IMPro | institut médico-professionnel |
| INSERM | Institut national de la santé et de la recherche médicale |
| IP | Inventaire de Padova |
| IP3 | inositol triphosphate |
| IPA | International Psychoanalytical Association |
| IPD | identique par descendance |
| IR | institut de rééducation |
| IRM | imagerie par résonance magnétique |
| IRMA | *immunoradiometric assay,* dosage radio-immunométrique |
| IRMAO | inhibiteur réversible de la monoamine-oxydase |
| IRMAO-A | inhibiteur réversible de la monoamine-oxydase de type A |
| IRMf | imagerie par résonance magnétique fonctionnelle |
| IRND | inhibiteur du recaptage de la noradrénaline et de la dopamine |
| IRPro | institut de rééducation professionnelle |
| IRSN | inhibiteur du recaptage de la sérotonine et de la Noradrénaline |
| ISO | International Organization for Standardization, Organisation internationale de normalisation |
| ISRS | | inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine | |
| i.v. | | intraveineux | |
| JCAH | | Joint Commission on Accreditation of Hospitals | |
| JCAHO | | Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations | |
| KA | | *kainic acid,* acide kainique | |
| K-FTDS | | Kiddie Formal Thought Disorder Rating Scale | |
| K-SADS | | Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia | |
| LCR | | liquide céphalorachidien | |
| L-DOPA | | lévo-dihydroxyphénylalanine | |
| LH | | *luteinizing hormone,* hormone lutéinisante | |
| LH-RH | | *luteinizing hormone-releasing hormone,* hormone de libération de l'hormone lutéinisante, gonadolibérine | |
| LP | | libération prolongée | |
| LPC | | *late positive component,* composante positive tardive | |
| LSD | | acide lysergique diéthylamide (sigle de l'allemand *Lysergsaüïrediäthylamid)* | |
| MAO | | monoamine-oxydase | |
| MAO-A | | monoamine-oxydase de type A | |
| MAO-B | | monoamine-oxydase de type B | |
| MAST | | Michigan Alcoholism Screening Test | |
| mCPP | | méta-chlorophénylpipérazine | |
| MDEA | | 3,4-méthylènedioxyéthylamphétamine | |
| MDMA | | 3,4-méthylènedioxyméthamphétamine | |
| MED | | meilleure estimation diagnostique | |
| mÉq | | milliéquivalent | |
| MFFT | | Matching Familiar Figure Test | |
| MGEN | | Mutuelle générale de l'éducation nationale | |
| MHPG | | méthoxy-hydroxy-phénylglycol | |
| MMDA | | 5-méthoxy-3,4-méthylènedioxyamphétamine | |
| mmol | | millimole | |
| MMN | | *mismatch negativity* | |
| MMSE | | Mini-Mental State Examination (Folstein) | |
| MNEF | | Mutuelle nationale des étudiants de France | |
| MOR | | mouvements oculaires rapides | |
| MPOC | | maladie pulmonaire obstructive chronique | |
| MSH | | *melanocyte-slimulating hormone,* hormone mélanotrope, mélanotrophine | |
| NA | | noradrénaline | |
| NCAM | | *neural cell adhesion molecule,* protéine d'adhésion neuronale | |
| NCCIP | | National Center for Clinical Infant Programs | |
| NCQA | | National Committee for Quality Assurance | |
| NCS | | National Comorbidity Study | |
| NIMH | | National Institute of Mental Health | |

[xviii]

|  |  |
| --- | --- |
| NMDA | N-Méthyl-D-Aspartate |
| NPY | neuropeptide Y |
| NT | neurotensine |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONG | organisation non gouvernementale |
| PACT | Program of Assertive Community Treatment |
| PAIO | permanence d’accueil, d’information et d’orientation |
| PCL | psychiatrie de consultation-liaison |
| PCP | phénylcyclohexyl-piperine, phencyclidine |
| PEA | psychiatrie de l’enfant et de l’adolescent |
| PEP | *Performance Evaluation Procedure* |
| PET-scan | Positron Emission Tomography |
| PI | psychodynamique-interpersonnel |
| PIF | *prolactin-inhibiting factor,* facteur inhibiteur de la prolactine |
| PiP2 | phosphatidyl-inositol biphosphate |
| PLE | potentiels liés aux événements |
| pmol | picomole |
| PN | *Processing negativity* |
| PNLADAA | Programme national de lutte contre l’abus de drogues et d’alcool chez les autochtones |
| PNMT | phényléthanolamine-N-méthyl-transférase |
| po | *per os,* par la bouche |
| 1-PP | pirimidinyl-1-pipérazine |
| PPi | pyrophosphate inorganique |
| PPO | Preferred Provider Organization |
| PROSSM | plans régionaux d’organisation de services en santé mentale |
| PSI | plan de soins individualisé |
| PTSM | pyruvaldéhyde thiosemicarbazone |
| Q.I. | quotient intellectuel |
| QALY | *quality adjusted life year* |
| q.i.d. | *quater in die,* quatre fois par jour |
| QU | Questionnaire d’intolérance à l’incertitude |
| QIP | Quality Indicator Project |
| QIPS | Questionnaire sur les inquiétudes de Penn State |
| QSA | Questionnaire de sensibilité à l’anxiété |
| QSP | Questionnaire sur les sensations physiques |
| RAMQ | Régie de l’assurance-maladie du Québec |
| RIA | *radioimmuno assay,* dosage radio-immunologique |
| RMI | revenu minimum d’insertion |
| RMN | résonance magnétique nucléaire |
| RMNf | résonance magnétique nucléaire fonctionnelle |
| RMO | références médicales opposables |
| ROR | retard d’organisation du raisonnement |
| RRSSS | Régie régionale de la santé et des services sociaux |
| SAMU | Service d’aide médicale d’urgence |
| s.c. | sous-cutané |
| SCID | Structured Clinical Interview (for DSM-III-R, for DSM-IV) |
| SHALIT | Stanford Hypnotic Arm Levitation Induction Test |
| SHCS | Stanford Hypnotic Clinical Scale |
| SHSS | Stanford Hypnotic Susceptibility Scale |
| sida | syndrome immunodéficitaire acquis |
| SIM | suivi intensif dans le milieu |
| SIP | Service d’inspection professionnelle |
| SNA | système nerveux autonome |
| SNC | système nerveux central |
| SPASM | Société parisienne d’aide à la santé mentale |
| SPECT | *Single Photon Emission Computed Tomography,* tomographie par émission de photon unique |
| SPSHS | Stanford Profile Scale of Hypnotic Susceptibility |
| SR | *slow release,* à libération prolongée |
| SRFI | Self Report Family Inventory |
| stat | *statim,* immédiatement |
| STP | Serenity Tranquility Peace |
| T3 | triiodothyronine |
| T4 | thyroxine |
| TA | trouble des apprentissages |
| TAT | Thematic Apperception Test |
| TC | thérapie cognitive |
| TCA | *trichloracetic acid,* acide trichloracétique |
| TEP | tomographie par émission de positrons |
| TEPU | tomographie par émission de photon unique |
| TFC | thérapie familiale comportementale |
| THC | Tétrahydrocannabinol |
| t.i.d. | *ter in die,* trois fois par jour |
| TL | trouble du langage |
| TOC | trouble obsessionnel-compulsif |
| TRH | *thyrotropin-releasing hormone,* hormone de libération de la thyréostimuline, thyréolibérine |
| TSH | *thyroid-stimulating hormone,* thyréostimuline, hormone thyréotrope |
| UMD | unité pour malades difficiles |
| UNAFAM | Union nationale des amis et familles de malades mentaux |
| UNAPEI | Union nationale des associations de parents d’enfants inadaptés |
| VCN | variation contingente négative |
| VIH | virus de l’immunodéficience humaine |
| VIP | *vasoactive intestinal polypeptide,* polypeptide intestinal vasoactif, peptide intestinal vasomoteur |
| VLS | Vaincre le sida |
| VMA | *vanillylmandelic acid,* acide vanilmandélique |
| WISC | Wechsler Intelligence Scale for Children |

[1663]

**Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale**Tome 2. Spécialités, traitements, sciences fondamentales  
et sujets d’intérêt

Sixième partie

SUJETS  
D’INTÉRÊT

[Retour à la table des matières](#tdm)

[1664]

**Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale**Tome 2. Spécialités, traitements, sciences fondamentales  
et sujets d’intérêt

SIXIÈME PARTIE  
*Sujets d’intérêt*

Chapitre 68

ÉVALUATION  
DE LA QUALITÉ  
DES SOINS

[Retour à la table des matières](#tdm)

Daniel Saint-Laurent, M.D.

Psychiatre, chef de service au Centre hospitalier Pierre-Boucher (Longueuil)

[1665]

**PLAN**

68.1. Historique

68.1.1. De 1910 à 1950 : les débuts

68.1.2. De 1950 à 1980 : la Joint Commission on Accréditation of Health Care Organizations

68.1.3. Période européenne et engagement de l’Organisation Mondiale de la Santé

68.2. Du modèle industriel au modèle médical

68.2.1. Terminologie

68.2.2. Définitions

68.3. Démarche qualité

68.3.1. Politique qualité

68.3.2. Culture qualité

• *Communiquer la démarche qualité • Former à la démarche qualité*

68.4. Modes d’évaluation

68.4.1. Évaluation par critères implicites

68.4.2. Évaluation par critères objectifs

68.5. Modèle québécois

68.5.1. Service d’inspection professionnelle

68.5.2. Implantation d’un système de qualité en centre hospitalier

68.6. Outils de l’assurance qualité

68.6.1. Méthodes d’analyse

68.6.2. Mesure de la satisfaction des patients

68.6.3. Mesure des coûts liés à la non-qualité et à la qualité

68.6.4. Mode de gestion : réseau de soins coordonnés

68.6.5. Mesure de la qualité des soins en santé mentale

68.6.6. Méthodes d’amélioration de l’accessibilité aux soins

68.7. Accréditation

68.7.1. Canada

68.7.2. États-Unis

68.7.3. France

68.7.4. Japon

68.7.5. Australie

68.7.6. Grande-Bretagne

Bibliographie

Lectures complémentaires

[1666]

À l’aube du troisième millénaire, en raison des bouleversements qui se sont produits récemment, on assiste à la naissance d’une nouvelle ère économique (Todorov, 1997). La qualité, bien qu’essentielle dans la vie économique et sociale, peut parfois apparaître comme une notion abstraite, impalpable, jusqu’à ce que quelqu’un fasse une erreur. Dans le domaine de la médecine, comme dans l’industrie, l’absence de qualité coûte cher.

Les difficultés importantes sur lesquelles bute le financement de la protection sociale ont parfois pour effet d’entretenir la confusion entre évaluation médicale et évaluation économique. Partout dans le monde, les gouvernements et les bailleurs de fonds remettent en question les coûts des soins par rapport aux résultats obtenus et cherchent des solutions qui permettraient de s’assurer que les soins payés ou approuvés ont le meilleur rendement coûts/efficacité (Freund et Luce, 1998). Il s’agit d’offrir à la population la même qualité de services, mais d’une manière différente et à un moindre coût (Léouffre et Tempier, 1998).

« La qualité, c’est la capacité des activités professionnelles et des services de santé d’améliorer de façon continue la santé des individus et de la population en tenant compte de leurs attentes et de l’avancement des connaissances dans le domaine de la santé. » (Collège des médecins du Québec, 1998.)

Cette notion de qualité implique la capacité de se remettre en question et d’être remis en question par les autres. L’évaluation de la qualité des soins représente une activité formelle et systématique visant à découvrir des dysfonctionnements dans les systèmes de soins. Elle permet de se prononcer sur l’existence de standards de qualité, sur leur respect et sur les démarches adoptées afin de concevoir les mesures correctives et d’en assurer un suivi continu (Durieux et coll., 1997).

La notion d’assurance qualité (quality assurance) employée dans le secteur de l’industrie correspond, en médecine, à l’idée d’amélioration continue de la qualité des soins. S’y rattachent une démarche et des modes de gestion qui visent à la plus grande qualité possible (Durieux et coll., 1997).

68.1 HISTORIQUE

Dans l’histoire de la médecine, la notion d’évaluation de la qualité des soins est relativement récente. On retient trois périodes, dont les deux premières sont essentiellement américaines.

68.1.1. De1910 à 1950 : les débuts

C’est à Boston, au début du 20e siècle, que deux chirurgiens, Ernest Codman et Harvey Cushing, le père de la neurochirurgie, ont commencé à valoriser l’évaluation des soins. Codman, Cushing et Charles Mayo ont participé à la fondation de la Société de chirurgie clinique, qui est devenue, en 1913, l’American College of Surgeons (Giraud, cité dans Kovess, 1994). Dès 1917, le Collège a mis en place son « programme de standardisation hospitalière » basé sur des critères de qualité permettant d’évaluer les établissements de soins.

Le contrôle de la qualité, comme les Américains l’ont conçu pendant de nombreuses années, s’inspirait largement des principes de l’économiste Frederick Taylor, qui fut l’un des promoteurs de l’organisation scientifique du travail (taylorisme). Dans cette approche, il fallait définir les normes et détecter les erreurs. Le service de la qualité, qui était l’affaire de spécialistes, devait avoir un rôle disciplinaire face aux individus fautifs (Legault, 1991).

Dans les années 40, W. Edward Deming introduit le concept de qualité totale (Coker et coll., 1997). Il s’agit d’une philosophie de l’organisation selon laquelle l’amélioration de la qualité découle de la connaissance et d’une remise en question constante du processus de production. Cette approche a été par la suite adoptée par l’industrie japonaise sous l’appellation kaizen : les systèmes inadéquats, et non les individus, sont responsables de la mauvaise qualité.

68.1.2. De 1950 à 1980 :  
la Joint Commission on Accreditation  
of Health Care Organizations

Au début des années 50, les principes d’accréditation se sont généralisés à l’ensemble des disciplines médicales. En 1951, de nombreuses instances médicales (American College of Physicians, American College of Surgeons, American Hospital Association, American Medical Association) se sont regroupées pour former la Joint Commission on Accréditation of Hospitals (JCAH), qui est devenue, dans les années 60, la [1667] Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO).

La JCAH et la JCAHO ont été les deux forces majeures dans le développement de l’évaluation de la qualité des soins aux États-Unis. La JCAHO est un organisme privé qui vise à promouvoir le progrès et l’application de standards professionnels. Elle emploie un personnel spécialisé qui procède à des enquêtes d’accréditation qui sont effectuées à la demande des hôpitaux. Lorsque les résultats sont favorables, les hôpitaux deviennent admissibles aux remboursements qu’effectuent la plupart des programmes fédéraux et d’autres instances de paiement (Fauman, cité dans Mattson, 1992). Aux États-Unis, plus de 80% des hôpitaux sont accrédités.

Dans les années 60, le gouvernement fédéral des États-Unis a mis en place des programmes d’assurance-maladie : Medicare, pour les personnes âgées, et Medicaid, pour les personnes vivant sous le seuil de pauvreté. À cette époque, la JCAHO a émis une série de lignes directrices en matière d’évaluation de la qualité, afin de respecter les exigences des programmes gouvernementaux.

En 1972, l’organisme a élaboré un système d’audits médicaux, mais ce programme a été aboli en 1980.

En 1985, la JCAHO a publié un manuel d’accréditation pour les hôpitaux et, en 1987, un nouveau programme d’assurance qualité voyait le jour sous le nom de programme pour le changement. Cette nouvelle approche utilise de nombreux indicateurs cliniques en vue d’évaluer diverses situations problématiques de la pratique clinique. L’accent est mis sur les résultats cliniques plutôt que sur la façon dont les soins sont donnés (Mattson, 1992).

68.1.3. Période européenne  
et engagement de l’Organisation  
Mondiale de la Santé

La notion d’évaluation de la qualité des soins a atteint l’Europe à la fin des années 70. En 1977, le gouvernement hollandais rendait l’évaluation des soins obligatoire pour l’obtention de l’accréditation, et l’Institut national d’évaluation des soins hospitaliers a été créé en 1979. Cet institut préconise un système d’évaluation par les pairs (peer review) et il est financé par une fraction du prix de chaque journée d’hospitalisation (Giraud, cité dans Kovess, 1994).

La plupart des pays européens ont inscrit dans des lois la nécessité d’évaluer la qualité des soins, mais peu d’entre eux ont élaboré une véritable politique d’évaluation. La position de la France et celle de la Grande-Bretagne à ce sujet sont exposées à la section 68.7.

L’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) préconise depuis un certain temps des activités dans le domaine de l’évaluation. À partir des années 80, en effet, elle s’est progressivement engagée dans le secteur de l’évaluation de la qualité des soins.

En 1982, l’OMS a mené une consultation internationale afin de discuter des problèmes liés à l’évaluation des soins en santé mentale. À la suite de cette initiative, une réflexion sur l’élaboration de normes internationales de qualité des soins s’est amorcée (Kovess et coll., 1994).

En 1990, l’OMS a organisé une réunion d’experts sur l’assurance qualité en santé mentale. D’emblée, on a recueilli un consensus sur la nécessité d’évaluer la qualité de tous les aspects de la prise en charge, et non seulement des soins. L’OMS recommande la mise au point d’instruments de mesure de la qualité et la définition de standards d’une bonne pratique. Ces recommandations devraient pouvoir s’appliquer à tous les pays, quelles que soient les conditions de vie et la culture. Dans l’optique de l’OMS, c’est à l’échelle nationale que se définit une politique en matière de qualité. À titre expérimental, l’OMS a publié un manuel d’évaluation qui comprend six cahiers couvrant les aspects suivants :

- la politique en santé mentale ;

- les programmes en santé mentale ;

- les soins non spécialisés (soins primaires) ;

- les structures hospitalières spécialisées ;

- les structures résidentielles pour personnes âgées ;

- les données de référence de type épidémiologique et socioéconomique.

On considère que chacun de ces aspects a une incidence sur la qualité des soins et qu’on ne peut évaluer l’un des aspects sans tenir compte des autres. Chaque cahier comprend une cinquantaine de critères issus des propositions faites par les experts dans leur domaine respectif.

Kovess (Kovess et coll., 1994) a consacré un chapitre aux critères proposés par l’OMS. L’auteure conclut que les instruments suggérés par l’OMS sont [1668] pertinents et touchent à la plupart des problèmes auxquels se heurte l’exercice de la psychiatrie.

68.2. DU MODÈLE INDUSTRIEL  
AU MODÈLE MÉDICAL

L’amélioration de la qualité dans la gestion des services de santé aura des répercussions positives à la fois dans la sphère clinique et dans la sphère administrative. Toutefois, la théorie de la gestion de la qualité telle qu’elle est appliquée dans le milieu industriel ne convient pas toujours au milieu hospitalier et encore moins souvent à l’ensemble du système de santé. Certains auteurs (Sabin, 1995 ; Stern et Naveh, 1997) souhaitent que les concepts soient théorisés et formulés de manière qu’ils puissent s’appliquer aux caractéristiques de la gestion de la qualité dans le domaine de la médecine. C’est pourquoi certains professionnels de la santé, qui sont sensibles aux limites de leur approche de la qualité, ont entrepris de comprendre, puis d’appliquer à leurs activités les concepts et les méthodes élaborés par les industriels (Fourcade et coll., 1997).

L’Organisation internationale de normalisation (International Organization for Standardization [ISO]) est une organisation internationale regroupant une centaine de pays, dont la mission consiste à favoriser les activités de standardisation en vue de faciliter, entre les nations, les échanges de produits et de services. Cet organisme est responsable de l’élaboration de normes internationales en matière de gestion de la qualité. L’expression la plus récente de ces normes est la série ISO 9000 (Todorov, 1997). Cette série comprend les normes ISO 9000 à 9004. Les normes ISO 9000 sont utilisées dans les activités de certification et de gestion de la qualité. Le vocabulaire relatif à la qualité est, quant à lui, défini dans les normes ISO 8402, qui sont des normes de « concepts et terminologie ».

68.2.1. Terminologie

Le processus d’évaluation de la qualité des soins possède une terminologie spécifique. Les concepts traditionnels incluent les normes, les critères, les standards et les indicateurs (Mattson, 1992).

Les *normes* correspondent à des mesures déterminées ou à des façons de faire qui guident certains aspects de la pratique clinique des professionnels de la santé. La dose moyenne recommandée d’un antidépresseur donné constitue un exemple de norme.

Quant aux *critères*, il s’agit d’énoncés qui définissent des soins cliniques appropriés. Ils sont déterminés par des professionnels en fonction de l’expérience clinique et de la littérature scientifique. Des lithémies comprises entre 0,7 et 1,0 mmol/L chez les patients traités par le lithium sont un exemple de critère.

Dans l’évaluation des soins, les critères peuvent être utilisés dans la description de la structure, du processus ou des résultats des soins. La *structure* fait référence aux ressources matérielles, technologiques et organisationnelles consacrées aux soins. Les locaux et le matériel nécessaires aux prélèvements sanguins et à la détermination de la lithémie appartiennent à la structure. Le *processus* renvoie à toutes les activités liées directement ou indirectement à la façon dont sont délivrés les soins. Par exemple, le fait qu’un prélèvement sanguin doit être effectué par une infirmière qualifiée est de l’ordre du processus. Les *résultats* des soins sont les changements observés dans l’état de santé du patient qui sont tributaires de l’intervention d’un professionnel de la santé. Dans la manie, le retour à une humeur euthymique à la suite d’un traitement par le lithium est un exemple de bon résultat.

Les *standards* sont définis comme étant le niveau de soins prévu ou requis. L’utilisation de neuroleptiques dans le traitement de la schizophrénie est un exemple de standard.

Un *indicateur* est une variable mesurable reliée à un aspect quelconque des soins. Le nombre d’attaques de panique par mois chez un groupe de patients ou le nombre de tentatives de suicide chez les patients en clinique externe sont des exemples d’indicateurs.

68.2.2. Définitions

Voici des définitions tirées des normes ISO 8402 (Fourcade et coll., 1997 ; Todorov, 1997) :

- L’*audit qualité* est un examen méthodique et indépendant visant à déterminer si les activités et les résultats relatifs à la qualité satisfont aux dispositions établies et si ces dispositions sont mises en œuvre de façon à atteindre les objectifs. Par exemple, le Service d’inspection professionnelle du Collège des médecins supervise la qualité des soins dans les hôpitaux.

[1669]

*-* L’*assurance qualité* est l’ensemble des actions préétablies et systématiques garantissant qu’un produit ou un service satisfera aux exigences relatives à la qualité. Ainsi, on peut obtenir l’assurance qualité en instaurant une démarche qualité dans un établissement de santé au moyen de la mise en place de comités d’évaluation des actes, de l’éthique, etc.

- Un *système de qualité* est l’ensemble des structures organisationnelles, des responsabilités, des procédures, des procédés et des ressources auquel se rattache la gestion de la qualité.

- La *gestion de la qualité* est la fonction de l’entreprise qui définit la politique qualité et la met en application.

Les normes et les définitions devant, bien entendu, être ajustées à la réalité et aux exigences du monde médical, l’utilisation des normes de qualité ISO 9000 peut servir de base à la conception d’une démarche qualité dans un établissement de soins.

68.3. DÉMARCHE QUALITÉ

Fourcade et coll. (1997) décrivent la mise en place d’une démarche qualité. Ils soulignent d’emblée la nécessité pour la direction de manifester un engagement et un leadership dès les stades initiaux de la démarche qualité afin de permettre l’élaboration d’une politique qualité et l’instauration d’une culture qualité.

68.3.1. Politique qualité

La politique qualité se rapporte aux « orientations et objectifs généraux d’un organisme concernant la qualité, tels qu’ils sont exprimés formellement par la direction générale au plus haut niveau » (ISO 8402). Cette politique qualité doit tenir compte de certains principes :

- la direction doit maintenir son engagement au fil du temps ;

- la qualité doit être valorisée et quantifiée au moyen d’instruments et de méthodes de mesure appropriés ;

- tout le personnel doit être sensibilisé aux concepts et aux techniques associés à la qualité et recevoir une formation dans ce domaine ;

- une structure organisationnelle doit être mise en place en vue d’évaluer et d’améliorer de façon continue la qualité des soins et des services ;

- les objectifs reliés à la qualité doivent être clairement définis. Ils doivent être réalistes, acceptables et logiques ; de plus, ils doivent pouvoir se traduire dans des programmes précis. Il sera nécessaire, par la suite, d’assurer la mise en place des ressources qui permettront d’atteindre les objectifs fixés (Collège des médecins du Québec, 1994). Les objectifs reliés à la qualité concernent l’amélioration de l’organisation des soins, des processus de travail ou des résultats des soins. Parmi la variété d’objectifs possibles, on peut mentionner :

*•* améliorer l’accessibilité aux soins et diminuer la durée des séjours ;

*•* améliorer la qualité des soins en préconisant une formation spécifique pour le personnel (Alexander et coll., 1997) ;

*•* favoriser la communication interdisciplinaire (Lachance et Santos, 1995).

68.3.2. Culture qualité

L’évaluation de la qualité des soins doit être un processus évolutif et continu qui repose sur un état d’esprit : la culture qualité (Kovess et coll., 1994). La notion de culture est empruntée à l’industrie, qui définit la culture d’entreprise comme l’ensemble des traditions touchant la structure et le savoir-faire qui assurent un code de comportement implicite et la cohésion à l’intérieur d’un établissement (Douchy, 1990).

Le concept de culture qualité s’applique très bien au domaine médical, car il implique une dynamique du changement permettant d’inculquer progressivement de nouvelles valeurs à la fois aux médecins et aux différentes catégories de personnel. En établissant un bon système de communication et en encourageant la formation, les responsables de la qualité pourront d’autant plus susciter l’intérêt et l’adhésion du personnel.

Communiquer la démarche qualité

Les bases de la communication doivent être maîtrisées par les médecins et le personnel de la direction ; cela [1670]

leur permettra de sensibiliser les autres intervenants aux concepts, aux valeurs et aux enjeux de la démarche qualité.

Un système d’information efficace est un outil de communication essentiel. Ce système peut comprendre, par exemple, des réunions du personnel d’un service ou la formation de groupes de travail composés de membres de différents services ou de plusieurs échelons hiérarchiques.

La sensibilisation à la démarche qualité peut aussi se faire par le biais d’un manuel de la qualité présentant les objectifs de la démarche qualité et les dispositions prises pour assurer la gestion de la qualité.

Former à la démarche qualité

La formation ayant trait à la qualité permet l’adoption d’un vocabulaire commun et d’une vision commune ainsi qu’une meilleure compréhension des enjeux que comporte la qualité (Fourcade et coll., 1997). Une telle formation vise à améliorer les techniques d’animation de groupe afin de favoriser la participation, la concertation et la réflexion commune. Elle cherche en outre à augmenter les connaissances générales relatives à une démarche qualité en psychiatrie notamment, aux outils associés à la qualité et aux modes d’évaluation de la qualité.

68.4. MODES D’ÉVALUATION

Dans le domaine de la qualité des soins, les deux modes d’évaluation les plus utilisés sont l’évaluation par critères implicites et l’évaluation par critères objectifs (ou explicites).

68.4.1. Évaluation  
par critères implicites

L’évaluation par critères implicites consiste en un jugement de valeur porté par un médecin évaluateur sur un épisode de soins. L’évaluation se limite au processus de soins ; elle ne concerne pas les résultats. Elle se fait à partir des informations inscrites au dossier médical et des explications fournies par le médecin ou le personnel soignant.

Ce mode d’évaluation est souvent utilisé dans l’étude des complications et des décès, où la révision du dossier s’avère nécessaire. Il permet d’apprécier tous les aspects des soins délivrés au patient en tenant compte de l’ensemble des facteurs bio-psycho-sociaux ayant pu contribuer au tableau clinique.

Une limite de cette approche consiste dans la grande disponibilité qu’elle exige des médecins évaluateurs, ce qui restreint le nombre de cas pouvant être évalués (Collège des médecins du Québec, 1994).

68.4.2. Évaluation  
par critères objectifs

Il peut être problématique de réduire l’évaluation des soins à l’étude d’un petit nombre de dossiers. Pour cette raison, les Américains ont mis au point une méthode d’évaluation appelée *Performance Evaluation Procedure* (PEP), qui correspond au mode d’évaluation dit par critères objectifs (Kovess et coll., 1994).

L’évaluation par critères objectifs est une appréciation généralement anonyme de la qualité des soins qui se fait par rapport à une norme scientifiquement reconnue ou déterminée par consensus (Collège des médecins du Québec, 1994). Les critères diagnostiques du DSM-IV sont des exemples de critères objectifs.

Ce mode d’évaluation peut être utilisé aussi bien en recherche que dans l’étude des complications, des résultats ou des procédures diagnostiques. L’étude de patients ayant un diagnostic de dépression majeure et la recherche dans leurs dossiers de la présence ou non des critères du DSM-IV liés à ce diagnostic est un exemple d’évaluation par critères objectifs.

68.5. MODÈLE QUÉBÉCOIS

68.5.1. Service d’inspection  
professionnelle

Depuis 1969, le Collège des médecins du Québec (CMQ) assume la responsabilité du contrôle de l’exercice professionnel. Selon la loi québécoise, la responsabilité de l’évaluation de l’acte médical dans un établissement du réseau de la santé revient soit au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) qui doit faire un compte rendu au comité exécutif, soit au chef du service médical.

Dans le domaine de l’évaluation de la qualité, plusieurs modèles des milieux de l’industrie et des affaires [1671] ont été étudiés et adaptés à l’exercice médical en établissement grâce, entre autres, à l’expertise du Service d’inspection professionnelle (SIP) du Collège des médecins.

Le SIP procède à des visites systématiques des établissements de santé (centres hospitaliers [CH], centres d’hébergement et de soins de longue durée [CHSLD] et Centres locaux de services communautaires [CLSC]). Un des volets de cette inspection consiste à évaluer les fonctions du CMDP précisées dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux et dans le Règlement sur l’organisation et l’administration des établissements (Collège des médecins du Québec, 1994). Ce travail d’évaluation prend la forme d’audits cliniques que l’on effectue régulièrement afin de vérifier la mise en œuvre et l’efficacité des systèmes de qualité.

68.5.2. Implantation  
d’un système de qualité  
en centre hospitalier

Conformément aux objectifs poursuivis par une démarche qualité, le Collège des médecins du Québec a publié en 1994 un manuel intitulé *La gestion de la qualité de l’exercice professionnel en établissement.* On y décrit notamment un modèle de gestion de la qualité qui peut être implanté dans les établissements québécois.

L’implantation d’un système de qualité en centre hospitalier comprend les 10 étapes suivantes :

1. Le comité exécutif élabore un projet de gestion de la qualité de l’exercice professionnel et le soumet au conseil d’administration, dont une des tâches consiste à s’assurer de la pertinence, de la qualité et de l’efficacité des services offerts. Le conseil d’administration devra prendre un engagement ferme et promouvoir la démarche qualité dans son établissement.

2. Le CMDP doit :

- approuver une structure d’évaluation. Une structure d’évaluation adéquate implique la création des comités et des sous-comités nécessaires à l’évaluation ;

- s’assurer de la réglementation ; le mandat de ces comités et sous-comités doit être précisé dans le règlement du CMDP (ou du centre hospitalier) ;

- s’assurer de la disponibilité des ressources nécessaires à la mise en œuvre des mécanismes d’évaluation. Tout centre hospitalier doit pouvoir recourir aux services d’un « médecin- ressource » en matière de gestion de la qualité de l’exercice professionnel. Ce rôle peut être assumé par le président du comité central d’évaluation ou par un autre médecin clinicien possédant une certaine expertise dans la gestion de la qualité. De même, le service des archives doit collaborer aux activités d’évaluation. Le chef archiviste peut désigner un archiviste-ressource, qui assistera les différents comités ou sous-comités dans l’élaboration des indicateurs et dans les évaluations par critères objectifs.

3. Le comité exécutif nomme les membres du comité d’évaluation de l’acte et désigne le président du comité d’évaluation.

4. Le comité d’évaluation assume la responsabilité de l’évaluation. La planification de l’évaluation consiste à définir clairement les objectifs et les programmes d’évaluation en tenant compte de tous les secteurs de l’exercice professionnel. L’organisation des activités consiste à répartir les tâches entre les sous-comités et à définir les relations d’autorité entre le comité d’évaluation et les sous- comités. Quant à la direction des activités d’évaluation, elle comprend la coordination des activités des sous-comités, la transmission de l’information pertinente et la formation des membres en ce qui concerne les techniques d’évaluation. Le contrôle consiste à comparer les objectifs fixés avec ceux qui ont été atteints par les programmes et à prendre les mesures appropriées pour que soient atteints les objectifs qui ne l’ont pas été.

5. Le comité d’évaluation ou les sous-comités, selon le cas, désignent les médecins responsables des évaluations.

6. On établit une méthode d’évaluation, qui consiste à déterminer l’échantillonnage, les critères, les modalités de la collecte de données, etc.

7. On procède à la collecte de données. Pour ce faire, on peut utiliser l’évaluation par critères explicites. Le service des archives recherche alors les critères dans les dossiers et compile les résultats, qui seront révisés par le médecin responsable. On peut aussi utiliser l’évaluation par critères implicites. [1672] Dans ce cas, les médecins évaluent les dossiers qui leur sont assignés. Dans certaines circonstances, on peut recourir à une grille d’évaluation.

8. On procède à la rédaction du rapport. Dans les deux modes d’évaluation, la démarche est similaire. Le médecin responsable rédige un rapport dans lequel il précise en outre les moyens d’action qu’il suggère pour améliorer la qualité de l’exercice professionnel.

9. Le comité d’évaluation reçoit et analyse les rapports des sous-comités. Par la suite, il élabore une stratégie visant à améliorer la qualité des soins et présente au comité exécutif son rapport ainsi que le plan d’action qu’il recommande (évaluations de contrôle, supervision, etc.).

10. Le comité exécutif approuve ou rejette le rapport et le plan d’action recommandé.

68.6. OUTILS  
DE L’ASSURANCE QUALITÉ

68.6.1. Méthodes d’analyse

Les méthodes d’analyse, qui sont nombreuses, visent, d’une part, à repérer et à classer les déficiences d’un système ou d’un processus et, d’autre part, à déterminer des solutions et des stratégies correctives. Ces méthodes sont décrites en détail dans les ouvrages traitant de la qualité des soins (Fourcade et coll., 1997 ; Fromentin, Brun et Lenglart, 1998). En voici deux exemples :

- le diagramme de Pareto, qui se fonde sur la relation mathématique selon laquelle 20% des causes ou des défauts entraînent 80% des dysfonctionnements ou des coûts de la non-qualité ;

- le diagramme cause-effet (ou diagramme d’Ishikawa ou en arête de poisson), qui sert à mettre en évidence toutes les causes aboutissant à une déficience, en les regroupant par classe ou famille.

Soulignons aussi trois méthodes de recherche d’idées qui font appel au travail de groupe :

- les séances de remue-méninges (*brainstorming*) ;

- la méthode des 5 M (main-d’œuvre, moyens, matières, méthodes, milieu) ;

- le QQOQCC (qui, quoi, où, quand, comment, combien).

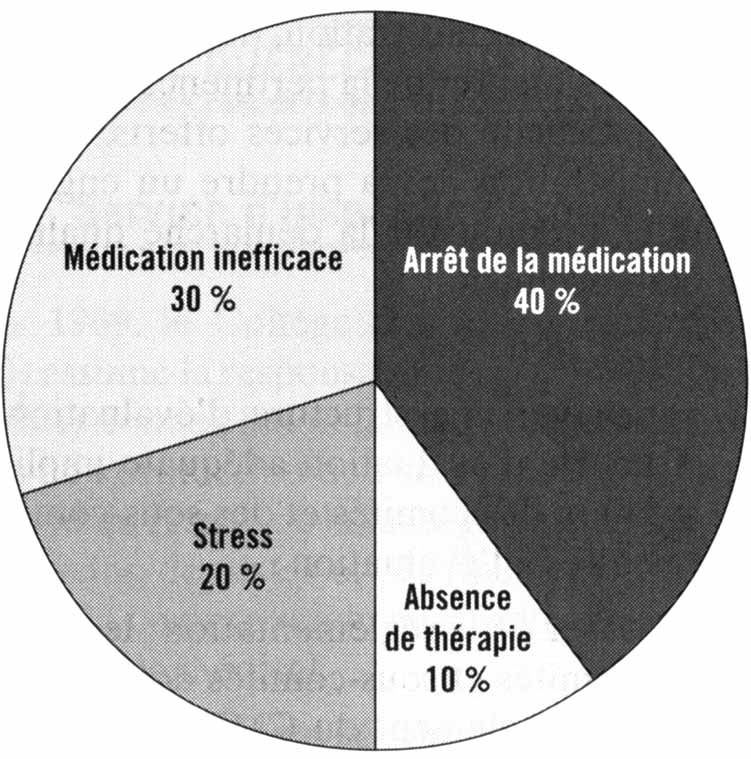
Les résultats de l’analyse pourront être illustrés sous forme de logigramme (Fromentin, Brun et Lenglart, 1998). Une répartition pourra être représentée par un diagramme circulaire, ou camembert (voir la figure 68.1).

On pourra également recourir à un classement selon la loi de Pareto, dit diagramme de Pareto (voir le tableau 68.1), ou selon un diagramme cause-effet. La figure 68.2 montre un tel diagramme, qui se rapporte aux causes pouvant entraîner une erreur dans un protocole de traitement par le lithium.

De même, on pourra illustrer une distribution au moyen d’un histogramme (voir la figure 68.3).

FIGURE 68.1

Répartition des causes de rechute dans la dépression



68.6.2. Mesure de  
la satisfaction des patients

Dans l’esprit de l’assurance qualité, « le client est destinataire d’un produit ou service offert par le fournisseur » (ISO 8402). Il s’avère donc pertinent pour les établissements de soins de mettre au point un système de mesure de la satisfaction des patients, lequel permettra de relever les écarts entre la qualité perçue par le patient, la qualité réellement offerte et la qualité conçue et souhaitée par la profession médicale (Fourcade et coll., 1997).

[1673]

TABLEAU 68.1.

Causes de la réhospitalisation  
de patients schizophrènes (n = 25)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cause** | **Nombre** | **Pourcentage** |
| Ajustement de la médication | 20 | 80% |
| Conflit conjugal | 1 | 4% |
| Problème d’argent | 1 | 4% |
| Abus d’alcool | 1 | 4% |
| Toxicomanie | 2 | 8% |

FIGURE 68.2.

Causes possibles d’erreur dans le protocole d’un traitement par le lithium

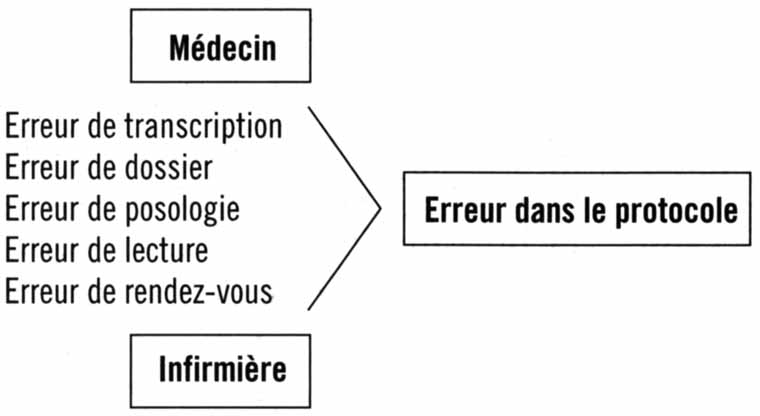
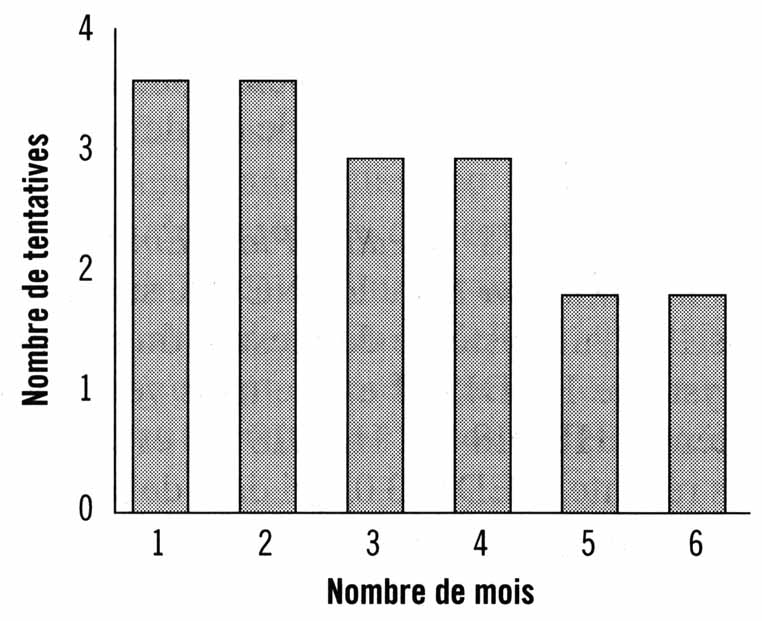


FIGURE 68.3.

Nombre de tentatives de suicide depuis l’instauration  
de mesures de qualité des soins



68.6.3. Mesure des coûts liés  
à la non-qualité et à la qualité

L’évaluation de la qualité des soins est, et le sera sans doute de plus en plus, liée à la notion d’évaluation économique dans le domaine de la santé (Briggs et Sculpher, 1998). Une évaluation économique s’efforce d’établir une relation entre les coûts et les résultats médicaux obtenus (Durieux et coll., 1997). Mauskopf et coll. (1998) résument les cinq méthodes d’évaluation économique utilisées dans les programmes de santé :

1.L*’analyse des coûts* prend en considération uniquement les coûts de deux ou plusieurs programmes comparés.

2.L’*analyse de la réduction des coûts (cost minimum )* cherche à déterminer le programme le moins coûteux qui donne des résultats jugés équivalents à ceux d’autres programmes.

3. L*’analyse coûts/efficacité* permet de comparer des programmes qui diffèrent par leurs coûts et par les résultats médicaux qu’ils donnent. Dans ce type d’évaluation, les coûts sont mesurés en unités monétaires et les résultats, en unités naturelles (années de vie gagnées, nombre d’effets indésirables évités, nombre de jours d’invalidité évités, etc.). Le rapport coûts/efficacité aura au dénominateur un résultat exprimé en unités naturelles et au numérateur, un coût (p. ex., coût par jour d’invalidité évité).

4.L’*analyse coûts/utilité* est une forme particulière d’analyse coûts/efficacité où les résultats médicaux sont exprimés en indicateurs d’utilité. Ces indicateurs visent à évaluer les résultats médicaux en fonction de la satisfaction ou de la préférence du patient.

L’indicateur d’utilité le plus connu est celui des années de vie pondérées par la qualité *(quality adjusted life year* : QALY). Il s’agit d’une mesure de la perception qu’ont les patients de l’utilité d’une action médicale qui modifie leur état de santé. Cette perception est chiffrée selon le nombre d’années de vie gagnées pondérées par la valeur accordée à ces années par les patients en fonction de l’état dans lequel ces années sont vécues sur le plan des handicaps et de la souffrance (Deverill et coll., 1998).

5.L’*analyse coûts/avantages* (*cost-benefit*) donne des résultats qui ne sont pas exprimés en unités naturelles, mais plutôt en argent.

[1674]

68.6.4. Mode de gestion :  
réseau de soins coordonnés

En vue d’obtenir une amélioration de la qualité des soins combinée avec des prix concurrentiels (meilleur rapport coûts/efficacité), on a créé aux États-Unis, dans les années 80, le réseau de soins coordonnés (j*mariaged care).* Il s’agit d’un système de gestion intégrée et coordonnée des prestations de soins de santé. Dans cette approche, les organismes qui couvrent les coûts participent de plein droit à la gestion du processus clinique (Geraty, 1995).

Il existe deux types de réseaux de soins coordonnés : les Health Maintenance Organizations (HMO) et les Preferred Provider Organizations (PPO). Ces réseaux de soins sont conçus pour améliorer la qualité des soins cliniques par le biais d’une prise en charge multidisciplinaire qui respecte les protocoles et les plans de soins spécifiques. Ils sont également utiles pour diminuer les coûts.

Geraty (1995) note que l’amélioration la plus importante qu’on puisse apporter au système de santé serait l’instauration de systèmes intégrés de soins en santé mentale. Dans ces systèmes, les praticiens agissent comme responsables de cas et facilitent l’accès aux soins et l’établissement de liens entre différents services.

Le besoin d’une communication plus grande entre les ressources spécialisées (p. ex., en psychiatrie de l’enfant ou de l’adolescent, en gérontopsychiatrie, en toxicomanie) et entre celles-ci et les ressources communautaires travaillant avec les mêmes clientèles sera de plus en plus pressant. Les systèmes intégrés facilitent la continuité des soins et favorisent les liens entre les différentes disciplines. L’intégration systémique entraîne une amélioration de la qualité des soins.

D’Ercole et coll. (1997) décrivent les avantages du réseau de soins coordonnés, notamment la diminution du nombre d’hospitalisations, la réduction des coûts et l’amélioration de la qualité de la vie des patients. Toutefois, les auteurs précisent que ce système ne peut s’avérer efficace sans l’existence de soins communautaires et de services de clinique externe appropriés. Domino et coll. (1998) formulent quant à eux quelques critiques au sujet de cette méthode. Ils citent la diminution du pouvoir décisionnel des psychiatres, les limitations imposées quant à l’accessibilité aux soins pour certains patients et les restrictions touchant certaines médications et le choix de certains traitements. En outre, cette méthode requiert un travail administratif plus important, au détriment de la pratique clinique, et peut réduire de ce fait la satisfaction professionnelle.

68.6.5. Mesure de la qualité des soins  
en santé mentale

La mesure de la qualité des soins en santé mentale englobe généralement plusieurs dimensions et s’intéresse aux indicateurs que sont la structure, le processus et les résultats du système de soins (Druss et Rosenheck, 1997).

De nombreuses tentatives ont été faites pour établir des systèmes de mesure appropriés :

*- Quality Information Management Program Database.* En Caroline du Sud, on a instauré un programme de gestion d’information en matière de qualité. Ce programme regroupe un ensemble d’hôpitaux qui se comparent entre eux par rapport à certains indicateurs de qualité. Ce processus vise à améliorer l’évaluation des programmes de santé. Les informations recueillies sont par la suite centralisées sous forme de banque de données et mises à la disposition des établissements de soins membres (Suber et coll., 1996).

*- National Committee for Quality Assurance*. Le développement des réseaux de soins coordonnés a donné lieu à la création, en 1979, du National Committee for Quality Assurance (NCQA), une organisation à but non lucratif qui est devenue un des leaders dans le domaine de l’amélioration de la qualité (Spoeri, 1997). Cet organisme élabore des standards et œuvre à l’accréditation des établissements et des programmes des réseaux de soins coordonnés (*managed care),* notamment les HMO. Le NCQA s’emploie également à créer des instruments de mesure de rendement des systèmes de soins.

*- Système HEDIS (Health Plan Employer Data and Information Set).* Le NCQA supervise, depuis 1992, un système de mesure du rendement : le système HEDIS. Il existe trois versions de ce système : HEDIS 2.0, HEDIS 2.5 et la version la plus récente, HEDIS 3.0, qui date de janvier 1997. Il s’agit d’un système d’évaluation des résultats permettant de comparer différents systèmes de soins aux États-Unis (Medicare, Medicaid, système [1675] commercial, assurance-maladie des employeurs, etc.) [Spoeri, 1997].

HEDIS 3.0 catégorise les mesures de rendement dans huit domaines :

• l’efficacité des soins

• l’accessibilité aux soins ;

• la satisfaction par rapport aux soins ;

• la stabilité du plan de soins ;

• l’utilisation des services ;

• le coût des soins ;

• l’information donnée sur les différentes possibilités de soins ;

• l’information descriptive sur les systèmes de soins.

HEDIS 3.0 met l’accent sur la mesure des résultats et sur l’efficacité des soins en ce qui concerne les pathologies aiguës et les pathologies chroniques.

*- Quality Indicator Project (QIP) in Mental Health*. Au Maryland, un groupe d’experts a mis en œuvre le QIP dont l’objet est d’établir des indicateurs de rendement appliqués au personnel soignant et de déterminer la validité des indicateurs dans les différents champs d’intervention. Ce projet vise également à renseigner les participants sur l’utilité des indicateurs en ce qui a trait à la détermination des possibilités d’améliorer les soins. Le QIP, qui regroupe environ 125 établissements, pourrait s’appliquer à l’ensemble des États-Unis (Lawthers et Wood, 1996).

68.6.6. Méthodes d’amélioration  
de l’accessibilité aux soins

Il existe dans la littérature un débat portant sur la question de savoir quels indicateurs mesurent le mieux la qualité, notamment les indicateurs de procédures de soins ou les indicateurs de résultats (Durieux et coll., 1997). L’utilisation des indicateurs vise à découvrir certaines anomalies, ce qui donnera lieu à l’élaboration de stratégies correctives.

L’accessibilité aux soins est un indicateur primordial de la qualité des soins (Keller, 1997). Plusieurs facteurs permettant l’amélioration continue de la qualité peuvent favoriser l’accessibilité aux soins en santé mentale :

- *Utilisation des nouvelles technologies.* Le recours aux nouvelles technologies telles que la télémédecine (Blackmon, Koak et Ranseen, 1997) et l’informatique (Briscoe, 1997 ; Powsner, 1997) peut améliorer nettement la qualité de l’information et l’accessibilité aux soins.

*- Thérapie brève de groupe.* Keller (1997) décrit les efforts d’une équipe HMO du Vermont qui a privilégié la formation en thérapie brève de groupe. Cette initiative favorisait l’accessibilité aux soins ainsi qu’une efficacité et une productivité plus grandes. Dans une revue de la littérature comprenant 686 articles, Hornberger et coll. (1997) mettent en évidence la pertinence clinique de l’approche psychothérapeutique, mais également son impact économique bénéfique. L’impact sur les coûts se situe surtout dans la réduction des hospitalisations et l’amélioration des capacités de maintien au travail.

*- Utilisation de lignes directrices de pratique clinique.* Reiss (1994) présente les positions de l’Association des psychiatres du Canada (APC) et de l’American Psychiatric Association (APA), qui favorisent l’utilisation de lignes directrices de pratique clinique (*clinical guidelines).* Celles-ci permettent une meilleure standardisation et une plus grande objectivité du processus d’évaluation. D’autre part, la diffusion des lignes directrices auprès des professionnels de la santé peut contribuer à la formation médicale et entraîner une meilleure accessibilité aux soins primaires et secondaires.

*- Relations entre médecins généralistes et psychiatres.* Craven (1997), dans une étude menée en Ontario, démontre l’importance du médecin de famille dans la détection et le traitement des problèmes de santé mentale. Cette étude dénonce les difficultés qui entourent la relation clinique entre la psychiatrie et la médecine familiale, lesquelles constituent un obstacle à l’accessibilité aux soins en santé mentale dans le secteur des soins primaires et à la prestation optimale de ces soins. Kates et coll. (1997a, 1997b) décrivent les nombreux avantages qu’il y a à favoriser l’intégration de psychiatres (consultation, supervision, soutien téléphonique) dans un cadre de soins primaires. Cette démarche permettrait d’augmenter les capacités de gestion de cas, de réduire le nombre de patients envoyés en milieu psychiatrique et d’écourter leur séjour dans ce milieu ainsi que d’accroître l’accessibilité aux soins et la continuité de ceux-ci.

[1676]

- *Diminution de la durée des séjours et prévention des hospitalisations.* Geller et coll. (1998) ont étudié une population de patients qui sont réhospitalisés fréquemment. Les auteurs suggèrent la création de réseaux hospitaliers permettant aux utilisateurs d’être réhospitalisés dans le même établissement. Ils recommandent également la mise en place de programmes spécifiques pour cette population (p. ex., programme pour patients présentant un trouble de personnalité limite, pour patients schizophrènes).

Certains auteurs rapportent que la diminution de la durée des séjours n’entraîne pas d’augmentation des taux de réadmission (Edward-Chandran, Malcolm et Bowen, 1996).

Au New Jersey, Rea et Thompson (1996) ont conçu un outil multidisciplinaire permettant une meilleure gestion de l’information entre les membres d’une équipe. Grâce à ce système, on peut établir, dès l’hospitalisation du patient, ses besoins cliniques et sociaux, ce qui devrait aboutir à une planification précoce du congé.

Kusamakar et coll. (1997) soulignent l’importance du travail de psychoéducation auprès des patients et de leurs proches. Cela permet une meilleure compréhension de la maladie et une amélioration de l’alliance thérapeutique, de l’observance médicamenteuse et, à plus long terme, de la qualité de la vie. Russo et coll. (1997) précisent que la qualité de la vie avant l’hospitalisation est un facteur pouvant influer fortement sur la durée du séjour en milieu hospitalier.

68.7. ACCRÉDITATION

L’accréditation, qui procède d’une démarche volontaire, peut être obtenue par un établissement de soins après une évaluation globale réalisée par un organisme extérieur indépendant et reconnu par des professionnels hospitaliers (Durieux et coll., 1997). L’évaluation porte principalement sur les procédures de fonctionnement de l’établissement en question, qui doivent satisfaire à un certain nombre de standards de qualité de soins.

L’accréditation se distingue de la certification de type ISO 9000 qui, notamment, n’intègre pas l’évaluation des soins médicaux (Fourcade et coll., 1997).

Quel que soit le pays où existe l’accréditation, la procédure comporte toujours trois étapes :

1) l’envoi d’un manuel d’accréditation à l’établissement, qui procédera à une autoévaluation ;

2) la visite de l’établissement par un groupe de professionnels de la santé ;

3) la rédaction d’un rapport d’inspection à la lumière duquel l’accréditation sera accordée ou non.

Les modalités d’accréditation diffèrent cependant selon les pays.

68.7.1. Canada

L’APC recommande que l’évaluation de la qualité des soins en psychiatrie soit effectuée par des psychiatres. Au Canada, l’évaluation est supervisée par les comités d’inspection issus des collèges des médecins provinciaux (Reiss, 1994).

Au Canada, les hôpitaux universitaires doivent être accrédités par le Conseil canadien d’agrément des hôpitaux et par le Collège royal du Canada ; ils ne peuvent plus recevoir d’étudiants s’ils perdent leur accréditation. L’accréditation est donnée ou maintenue à la suite d’une évaluation qui juge satisfaisants les services cliniques, administratifs et généraux (entretien, alimentation, etc.).

68.7.2. États-Unis

En 1995, la JCAHO a renouvelé son processus d’évaluation en adoptant de nouveaux standards dits de réseau.

L’évaluation s’attache à neuf dimensions de l’organisation des soins :

- l’efficacité ;

- la pertinence ;

- la disponibilité ;

- le rendement ;

- la continuité ;

- la sécurité ;

- l’efficience ;

- le respect ;

- l’empathie.

[1677]

L’importance accordée aux données concernant les résultats des traitements répond au souhait formé par la JCAHO de progresser vers l’établissement d’un système centré sur l’évaluation du rendement qui inclue des indicateurs de rendement clinique, des indicateurs de rendement des systèmes et des réseaux de même que l’évaluation des mesures de prévention et de dépistage (Klegon, 1997).

68.7.3. France

Bien que les concepts américains en matière d’accréditation aient atteint la France dans les années 70, l’évaluation médicale n’a reçu de véritable reconnaissance qu’avec la création, en 1989, du Comité national de l’évaluation médicale (CNEM) et de l’Agence nationale pour le développement de l’évaluation médicale (ANDEM), devenue par la suite l’Agence nationale d’accréditation et d’évaluation en santé (ANAES).

Selon l’ordonnance L710-5 du 24 avril 1996 relative à la réforme de l’hospitalisation publique et privée, l’accréditation est définie « comme une procédure externe à un établissement de santé dont le but est d’obtenir une appréciation indépendante de la qualité de cet établissement, à l’aide d’indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l’établissement ». L’ordonnance précise également que « les réseaux de soins [...] ainsi que les groupements de coopération sanitaire sont soumis à cette obligation ». La tâche consistant à concevoir la procédure d’accréditation est confiée à l’ANAES (Durieux et coll., 1997).

68.7.4. Japon

Les hôpitaux psychiatriques japonais ont parfois été critiqués, notamment en raison de la longue durée des séjours (en moyenne plus de 400 jours) et de la piètre qualité de leurs soins. Le Conseil japonais pour la qualité des soins en santé a été établi en 1995 sous l’égide du gouvernement et des organisations majeures de soins au Japon. Ce pays compte 1 672 hôpitaux psychiatriques, qui risquent de perdre leur désignation d’hôpital s’ils continuent à ignorer la tendance à l’amélioration de la qualité des soins (Ito, Iwasaka et Kazushige, 1997).

68.7.5. Australie

L’Australie a instauré un programme d’accréditation en 1974 avec la création de l’Australian Council of Health Care Standards (ACHS). Cet organisme, comme la JCAHO, est responsable de l’évaluation de la qualité dans les établissements publics et privés de soins pour l’ensemble des États d’Australie.

Ce travail d’évaluation est effectué par des enquêteurs formés par l’ACHS. Les enquêteurs sont des professionnels en exercice et non pas des salariés de l’organisme, comme c’est le cas à la JCAHO. Les enquêtes dans les établissements visent à évaluer le respect ou non des standards de qualité élaborés par l’ACHS.

68.7.6. Grande-Bretagne

La Grande-Bretagne a élaboré un programme d’assurance qualité qui comporte deux volets : un volet clinique et un volet administratif. Soulignons que le système australien a servi de guide à l’expérience britannique.

L’évaluation de l’aspect clinique relève de professionnels et des Collèges royaux. Le principe retenu est celui de l’évaluation par les pairs. L’évaluation de la qualité des soins porte surtout sur l’existence et l’application, dans la pratique clinique, de lignes directrices.

Sur le plan administratif, l’évaluation s’attache à la gestion hospitalière. Ce travail est accompli sous la direction du King’s Fund Organizational Audit. Ainsi, le King’s Fund voit au recrutement d’enquêteurs, lesquels reçoivent une formation visant à les familiariser avec les standards et les procédures d’audit. Le King’s Fund s’occupe en outre d’élaborer des standards nationaux pour l’évaluation des établissements hospitaliers. Depuis 1995, les hôpitaux ayant été soumis à un audit et dont l’évaluation est jugée satisfaisante peuvent recevoir un certificat d’accréditation (Fourcade et coll., 1997).

\*  
\* \*

Les mesures de réforme des systèmes de santé laissent prévoir un avenir dominé par une pratique de la médecine qui incorpore des systèmes fondés sur les [1678] principes de gestion et de concurrence. Dans un tel contexte, les psychiatres devront développer leurs compétences en matière de gestion de la santé et modifier leurs approches cliniques en fonction de ces nouvelles compétences (Lazarus, 1995).

Le médecin administrateur doit gérer un processus qui tend à résoudre un conflit apparent, dans un cadre éthique explicite reconnaissant les limites des données, entre les impératifs financiers et le jugement clinique (Moses III, 1996).

Les méthodes d’amélioration continue de la qualité des soins pourront servir de guide aux dirigeants cliniciens dans leur rôle primordial consistant à réinstaurer la qualité clinique. L’amélioration continue de la qualité, associée à un leadership clinique et administratif harmonieux, est une méthode permettant de faire la jonction entre la qualité des soins et les impératifs économiques afin d’atteindre l’objectif élargi de la médecine : l’amélioration globale de la santé (Keller, 1997).

Bibliographie

Alexander, J.A., et coll.

1997 « Determinants of mental health providers expectations of patients improvement », Psychiatr. Serv., vol. 48, n° 5, p. 671-677.

Blackmon, L.A., Koak, H.O., et Ranseen, J.

1997 « Consumer satisfaction with telemedicine child psy- chiatry consultation in rural Kentucky », Psychiatr. Serv., vol. 48, n° 11, p. 1464-1466.

Briggs, A., et SCULPHER, M.

1998 « An introduction to Markov modelling for economic evaluation », Pharmacoeconomics, vol. 13, n° 4, p. 397-409.

Briscoe, M.

1997 « Obstacles to the use of computers in British mental health services », Psychiatr. Serv., vol. 48, n° 3, p. 329-330.

COKER, M., et coll.

1997 « Implementation of total quality management after reconfiguration of services on a general hospital unit », Psychiatr. Serv., vol. 48, n° 2, p. 231-236.

Collège des médecins du Québec

1998 *Rapport du groupe de travail sur la transformation du système de santé et la qualité des services médicaux*, Montréal, Collège des médecins du Québec, septembre.

1994 *La gestion de la qualité de l’exercice professionnel en établissement*, Montréal, Collège des médecins du Québec.

Craven, M.A.

1997 « Mental health practices of Ontario family physicians : A study using qualitative methodology », Can. J. Psychiatry, vol. 42, n° 11, p. 943-949.

D’Ercole, A., et coll.

1997 « Effects of diagnosis, demographic characteristics, and case management on rehospitalization », Psychiatr. Serv., vol. 48, n° 5, p. 682-688.

Deverill, M., et coll.

1998 « The use of QALY and non-QALY measures of health-related quality of life. Assessing the State of the art », Pharmacoeconomics, vol. 13, n° 4, p. 411- 420.

Domino, M.E., et coll.

1998 « The impact of managed care on psychiatry », Adm. Policy Ment. Health, vol. 26, n° 2, p. 149-157.

DOUCHY, J.-M.

1990 *Vers le zéro défaut dans l'entreprise,* Paris, Dunod.

Druss, B., et Rosenheck, R.

1997 « Evaluation of the HEDIS measure of behavioral health care quality », Psychiatr. Serv., vol. 48, n° 1, p. 71-75.

Dunner, D.L.

1997 « Improving the quality of care for depressed patients with comorbid psychiatric disorders : A review », Clinical Performance and Quality Healthcare, vol. 5, n° 1, p. 11-15.

Durieux, P., et coll.

1997 Évaluation-qualité-sécurité dans le domaine de la santé, Paris, Flammarion, coll. « Médecine-Sciences ».

Edward-Chandran, T., Malcolm, D.E., et Bowen, R.C.

1996 « Reduction of length of stay in an acute care psychiatrie », Can. J. Psychiatry, vol. 41, n° 2, p. 49-51.

Fourcade, A., et coll.

1997 La démarche qualité dans un établissement de santé, Paris, Doin Éditeurs / Assistance publique - Hôpitaux de Paris.

Freund, D.A., et Luce, B.R.

1998 « The role of government and private insurers in guiding and implementing pharmacoeconomic analyses », Pharmacoeconomics, n° 13, p. 283-287.

Fromentin, D., Brun, J., et Lenglart, J.

1998 *Santé et assurance qualité vers l'accréditation,* Paris, Berger-Levrault.

[1679]

Geller, J.L., et coll.

1998 « The effects of public managed care on patterns of intensive use of inpatient psychiatric services », Psychiatr. Serv., vol. 49, n° 3, p. 327-332.

Geraty, R.D.

1995 « General hospital psychiatry and the new behavioral health care delivery System », Gen. Hosp. Psychiatry, n° 17, p. 245-250.

Hornberger, J., et coll.

1997 « The economic impact of psychotherapy : A review », *Am.* J. Psychiatry, vol. 154, n° 2, p. 147-155.

Ito, H., Iwasaka, S., et Kazushige, K.

1997 « Quality improvement in Japanese hospitals », Psychiatr. Serv., vol. 48, n° 1, p. 107.

Kates, N., et coll.

1997a « Providing psychiatric backup to family physicians by telephone », Can. J. Psychiatry, vol. 42, n° 11, p. 955-959.

1997b « The psychiatrist in the family physician’s office », Can. J. Psychiatry, vol. 42, n° 11, p. 960-965.

Keller, G.A.

1997 « Management for quality : Continuous quality improvement to increase access to outpatient mental health services », Psychiatr. Serv., vol. 48, n° 6, p. 821-825.

Klegon, D.A.

1997 « JCAHO mental health care network accréditation as a performance improvement project », Psychiatr. Serv., vol. 48, n° 3, p. 359.

KOVESS, V.

1994 « Origine et définition de l’évaluation en médecine », dans V. Kovess et coll., Évaluation de la qualité en psychiatrie, Paris, Economica, chap.II.

Kovess, V., et coll.

1994 *Évaluation de la qualité en psychiatrie*, Paris, Economica.

Kusamakar, V., et coll.

1997 « The foundations of effective management of bipolar disorder », Can. J. Psychiatry, vol. 42, n° 2, p. 695- 735.

Lachance, K., et Santos, A.

1995 « Modifying the PACT model : Preserving critical elements », Psychiatr. Serv., vol. 46, n° 6, p. 601-604.

Lawthers, J., et Wood, J.M.

1996 « In search of psychiatric performance measures », Clinical Performance and Quality Healthcare, vol. 4, n° 1, p. 38-40.

Lazarus, A.-J.

1995 « Preparing for practice in an era of managed competition », Psychiatr. Serv., vol. 46, n° 2, p. 184-185.

Legault, G.

1991 *Réussir la qualité totale dans une entreprise de services*, Montréal, G. Vermette.

Léouffre, P., et Tempier, R.

1998 « Le virage ambulatoire en psychiatrie : réactualiser nos principes de psychiatrie communautaire ou rater le virage ! », Revue canadienne de psychiatrie, vol. 43, n° 5, p. 403-410.

Mattson, M.R.

1992 *Manual of Psychiatric Quality Assurance : A report of the American Psychiatric Committee on Quality Assurance*, Washington (D.C.), American Psychiatric Association.

Mauskopf, J.A., et coll.

1998 « The role of cost-consequence analysis in health-care decision-making », Pharmacoeconomics, vol. 13, n° 3, p. 277-288.

Meadows, G., et coll.

1997 « The pattern-of-care model : A tool for planning community mental health services », Psychiatr. Serv., vol. 48, n° 2, p. 218-223.

Moses III, H.

1996 « Managing managed care », Clinical Performance and Quality Healthcare, vol. 4, n° 4, p. 20-22.

Novacek, J., et Raskin, R.

1998 « Recognition of warning signs : A consideration for cost-effective treatment of severe mental illness », Psychiatr. Serv., vol. 49, n° 3, p. 376-378.

POWSNER, S.M.

1997 « Medical informatics and the quality of professional life », Psychiatr. Serv., vol. 48, n° 1, p. 27-28.

Rea, C.M., et Thompson, G.E.

1996 « Multidisciplinary patient management by means of a high social risk screening tool », Clinical Performance and Quality Health Care, vol. 4, p. 159-163.

Reiss, J.P.

1994 « The role of psychiatrists in quality review », Can. J. Psychiatry, vol. 39, n° 6, p. 303-307.

RUSSO, J., et coll.

1997 « Psychiatric status, quality of life, and level of care as predictors of outcomes of acute inpatient treatment », Psychiatr. Serv., vol. 48, n° 11, p. 1427-1434.

SABIN, J.E.

1995 « General hospital psychiatry and the ethics of managed care », Gen. Hosp. Psychiatry, vol. 17, p. 293- 298.

Spoeri, R.K.

1997 « Quality in managed care : Developments and considerations », *Clinical Performance and Quality Healthcare,* vol. 5, p. 123-128.

Stern, Z., et Naveh, N.

1997 « A methodology model for quality management in a general hospital », *Clinical Performance and Quality Healthcare,* vol. 5, p. 129-132.

[1680]

SUBER, M.K., et coll.

1996 « The Quality Information Management Program Database in South Carolina », Journal on Quality Improvement, vol. 22, n° 9, p. 629-639.

TODOROV, B.

1997 ISO 9000 : une force de management, Boucherville (Québec), Gaëtan Morin Éditeur.

Lectures complémentaires

Joint Commission on AccrEditation of Health Care Organizations

1999 *1998-2000 Comprehensive Accreditation Manuel* for Health Care Networks, Oakbrook Terrace (III.).

Kovess, V., et Reynaud, M.

1999 *Psychiatrie années 2000 : organisation, évaluations, accréditation,* Paris, Flammarion.

Leteurtre, H., et Quaranta, J.-F.

1999 *La qualité des soins médicaux,* Paris, PUF.

Jolly, D., et coll.

1998 *Les dossiers de l’Institut d’études des politiques de santé : Comment améliorer les pratiques médicales ?,* Paris, Flammarion.

[1681]

[1682]

**Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale**Tome 2. Spécialités, traitements, sciences fondamentales  
et sujets d’intérêt

SIXIÈME PARTIE  
*Sujets d’intérêt*

Chapitre 69

COUPLE  
ET FAMILLE

[Retour à la table des matières](#tdm)

Andrée Adams, M.Serv.soc.

Travailleuse sociale au Pavillon Albert-Prévost de l’Hôpital Sacré-Cœur de Montréal Superviseure en thérapie familiale à l’Institut de psychiatrie communautaire et familiale de l’Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis (Montréal)

Mark Adams, MD.

Psychiatre à l’Institut de psychiatrie communautaire et familiale de l’Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis (Montréal)

Professeur adjoint de clinique au Département de psychiatrie de l’Université McGill (Montréal)

[1683]

**PLAN**

69.1. Évolution de la famille et du couple

69.2. Définition de la famille

69.3. Fonctionnement familial et normalité

69.3.1. Définition de la normalité

69.3.2. Normalité et cycle de la vie familiale

69.3.3. Normalité et culture

69.3.4. Normalité, divorce et famille recomposée

• Divorce • Famille recomposée

69.3.5. Normalité et rôles sexuels

69.4. Perspectives d’avenir de la famille

69.5. Origines de la thérapie familiale

69.6. Écoles de thérapie familiale

69.6.1. Écoles d’orientation psychodynamique-psychanalytique

69.6.2. École de Murray Bowen

69.6.3. École expérientielle

69.6.4. École behavioriste

69.6.5. Écoles stratégiques (systémiques)

69.6.6. École structurale

69.6.7. Nouvelles écoles

69.7. Concepts communs aux théories

69.8. Aspects cliniques

69.8.1. Considérations diagnostiques

69.8.2. Formulation systémique

69.8.3. Indications et contre-indications

69.8.4. Processus thérapeutique

69.8.5. Considérations techniques

Bibliographie

Lectures complémentaires

[1684]

La famille est définie dans ce chapitre selon une perspective de développement qui comprend implicitement l’entité que forme le couple. Cette vision globale ne nie pas les particularités conjugales par rapport à l’ensemble du système familial ; elle les intègre dans le continuum du cycle de la vie familiale.

Le contexte familial est circonscrit dans sa réalité historique et normative, et le champ de la thérapie familiale est abordé du point de vue de ses origines, des grands courants de pensée des 20 dernières années, des différentes écoles, des concepts communs à toutes les théories et de la démarche thérapeutique.

69.1. ÉVOLUTION DE  
LA FAMILLE ET DU COUPLE

Un mythe très répandu veut que la famille comme institution sociale soit devenue une espèce en voie de disparition. La réalité ne semble pas étayer cette hypothèse ; elle révèle, au contraire, une permanence fondamentale de la famille, qui s’est cependant modifiée au cours des 100 dernières années : les liens familiaux seraient toujours aussi forts dans la famille dite nucléaire que dans la famille étendue. L’impression qu’une menace pèse sur la famille vient des changements que celle-ci a connus depuis la révolution industrielle. Ces changements sont de trois ordres :

1. Sur le plan structural, la famille préindustrielle est caractérisée par un mode de vie centré sur la production et sur le maintien de sa situation économique au sens large, alors que l’esprit du groupe familial l’emporte sur les aspects individuels. L’industrialisation amène l’ouverture du milieu familial sur la communauté en créant une relation d’interdépendance économique. La famille productrice se transforme en famille consommatrice où les enfants ne sont plus des sources d’apport financier pour le groupe, mais, à l’opposé, entraînent des dépenses considérables. On voit apparaître la séparation entre le milieu de travail, assimilé à la vie publique, et le milieu familial, associé désormais à la vie privée. La révolution industrielle a donc suscité l’émergence de l’individualité par rapport à l’esprit communautaire. De plus, elle serait à l’origine du phénomène de l’accroissement des divorces en ayant conduit les femmes à travailler, ce qui leur procure l’indépendance financière et un pouvoir décisionnel sur leur destinée.

2. Sur le plan fonctionnel, la famille s’est aussi transformée, passant d’un rôle utilitaire à une tâche principalement affective. La famille devient le lieu privilégié de la satisfaction des besoins émotifs tant pour le couple parental que pour les enfants, et l’échange amoureux dans le couple ainsi que l’harmonie dans les relations parents-enfants constituent des valeurs recherchées.

3. Sur le plan du système des valeurs, la famille est passée d’une soumission aux valeurs fixées et imposées par la communauté à une organisation des valeurs plus personnelle, selon des règles particulières à chaque famille quant à ses propres besoins et à sa perception du monde extérieur.

69.2. DÉFINITION DE LA FAMILLE

La famille est une entité composée d’adultes et d’enfants qui ont entre eux des liens reconnus socialement, qui partagent le même domicile ou espace de vie dans une certaine permanence et qui assurent la socialisation de chacun (Lacourse, 1994). Voici les principales catégories familiales :

- la famille nucléaire biologique (père, mère, un ou des enfants biologiques) ;

- la famille étendue (deux familles nucléaires ou plus) ;

- la famille monoparentale (un parent avec un ou plusieurs enfants) ;

- la famille recomposée (deux adultes et un ou plusieurs enfants issus d’unions différentes).

69.3. FONCTIONNEMENT FAMILIAL  
ET NORMALITÉ

Le fonctionnement optimal de la famille est systémique, car il repose sur la participation de chacun des membres à des tâches et appelle de multiples compromis à l’intérieur de la famille et entre la famille et le milieu extérieur (voir le chapitre 53). Chaque membre suit les étapes de son propre développement tout en interagissant avec les autres membres de la [1685] famille. De plus, cette interdépendance est teintée par les contacts extrafamiliaux avec la parenté, le milieu de travail, l’école et la société en général.

69.3.1. Définition de la normalité

Il n’existe pas de définition du fonctionnement normal permettant de catégoriser les familles, mais plutôt des efforts de schématisation visant à déterminer certaines dimensions de la compétence familiale. Offer et Sabshin (1991) ont regroupé différentes conceptions de la normalité individuelle en quatre perspectives principales qu’ils ont appliquées à la famille :

1. La famille asymptomatique. La famille normale est décrite par la négative ; la santé équivaut à l’absence de symptômes chez les individus ;

2. La famille idéale. La normalité est définie positivement par la réussite dans les tâches familiales ; le fonctionnement idéal constitue donc le niveau le plus élevé par rapport à la famille asymptomatique et à la famille dysfonctionnelle ;

3. La famille moyenne. La famille est normale si elle se conforme à un modèle commun à la plupart des familles ; il s’agit d’un concept sociologique mesuré statistiquement qui exclut les notions de santé, de normalité et de symptôme ;

4. La famille transactionnelle. La normalité est conçue comme un processus général appliqué à la famille et incluant l’intégration, le maintien et la croissance de l’unité familiale en relation avec l’individu et les autres systèmes sociaux.

Le modèle du fonctionnement familial de l’Université McMaster, établi par Epstein, Bishop et Levin (1978), décrit six aspects fonctionnels essentiels à la réalisation des tâches familiales et présente une vision de la normalité basée sur des propriétés positives de la famille :

- la résolution de problèmes : la capacité de la famille de faire face aux facteurs qui menacent son intégrité de façon à maintenir un fonctionnement efficace ;

- la communication : la transmission claire et directe des messages ;

- les rôles : l’adoption de modèles de comportement pour remplir les fonctions suivantes :

• satisfaction des besoins de base (nourriture, logement, argent),

• encouragement et éducation,

• développement personnel,

• maintien des systèmes familiaux,

• gratification sexuelle des adultes,

• vérification de l’équité et de la clarté des tâches ;

- l’expression affective : la capacité d’exprimer des affects appropriés selon différents stimuli, y compris les sentiments de bien-être et d’insatisfaction ;

- l’engagement affectif : l’intérêt et l’appréciation mutuels face aux activités et aux valeurs de chacun ;

- le contrôle du comportement : l’établissement et le maintien de standards de comportement et d’expression.

Les travaux de Reiss (1981) ont conclu que les familles apparemment fonctionnelles présentaient trois caractéristiques constantes, à savoir :

1) la confiance dans le fait de pouvoir maîtriser l’environnement ;

2) la tendance à fonctionner comme un groupe face à une tâche donnée ;

3) la vision de l’environnement comme une source d’enrichissement.

69.3.2. Normalité  
et cycle de la vie familiale

Selon Carter et McGoldrick (1989), le fonctionnement d’une famille est étroitement relié au cycle de la vie familiale. Ce concept se réfère au processus selon lequel la famille évolue sur un continuum incluant son fonctionnement passé, son attitude actuelle face aux tâches à accomplir et la réalité future à laquelle elle devra faire face. Ce processus comprend six étapes :

1) l’entre-deux-familles (le jeune adulte libre) : la séparation parent-enfant ;

2) l’union de deux familles (les nouveaux mariés) : l’engagement dans un nouveau système élargi ;

3) l’arrivée des enfants : l’introduction d’une nouvelle génération dans le système ;

4) l’adolescence : l’ouverture du système pour permettre l’indépendance ;

5) le départ des enfants et ses conséquences : la perméabilité du système permettant les départs et les nouvelles arrivées ;

6) le troisième âge de la famille : le changement des rôles d’une génération à l’autre.

[1686]

Il est reconnu que le passage d’une étape à une autre est en soi perturbateur et souvent accompagné de symptômes que l’on considère cependant comme faisant partie intégrante du fonctionnement normal tout au long du processus. La vie familiale implique une double perspective génératrice d’instabilité : sur le plan vertical, le stress provient des modes de fonctionnement transmis à travers les générations, alors que sur le plan horizontal, on trouve les réalités transitoires auxquelles les familles ont à s’adapter. Ausloos (1995) souligne l’importance de concevoir la famille comme étant potentiellement compétente pour résoudre des conflits qu’elle a elle-même provoqués.

69.3.3. Normalité et culture

Chaque famille appartient à un groupe culturel donné qui lui sert de cadre de référence à toutes les étapes du cycle de la vie familiale. Selon Schwartzman (1982), la fonction fondamentale de toutes les cultures est de produire des individus capables de s’adapter à la vie de groupe et de transmettre à la génération suivante les valeurs reçues. Ce processus d’adaptation comprend deux facettes reliées entre elles, soit la capacité de l’individu de fonctionner par lui-même et sa capacité de participer au groupe selon une modalité déterminée par le contexte culturel. Chaque culture établit donc ses propres règles dont l’ensemble représente le fonctionnement normal.

Toutefois, les mécanismes communs à une société n’excluent pas les différences culturelles, qui sont des éléments importants à considérer au point de vue clinique. Les écarts significatifs touchent :

- la différenciation. Le degré d’autonomie en relation avec la participation au groupe varie d’une culture à l’autre sous l’angle de la normalité. Il y a une grande variété d’ajustements possibles dits normaux entre les deux pôles que sont la surdétermination de l’autonomie individuelle, comme dans la culture américaine, et la prépondérance du groupe sur l’individu, comme dans les sociétés orientales ou certains groupes ethniques africains ;

- l’expression de l’affect. Dans les sociétés occidentales, l’expression de l’affect est un comportement souhaité, alors qu’elle est considérée comme tout à fait inappropriée dans d’autres cultures ;

- les rôles et les fonctions. Les rôles reliés au sexe et les rôles parentaux sont dictés par les normes culturelles de même que par l’organisation générationnelle. Dans les familles d’origine italienne, par exemple, on observe souvent que le père est considéré comme le chef, qu’il détient l’autorité, que ce soit sur la famille nucléaire ou sur la famille étendue, et qu’il doit faire respecter les règles, alors que la mère a un rôle plus affectif et qu’elle est perçue comme étant au service de sa famille. Ces comportements complémentaires sont transmis aux filles et aux fils, qui sont éduqués selon des normes différentes. Dans les familles irlandaises, par ailleurs, le rôle dominant est plutôt attribué à la mère tant à l’intérieur de la famille que dans la communauté. On observe aussi une différence dans le passage d’une étape à une autre du cycle de la vie familiale.

McGoldrick (1989a) note que la vie familiale, la relation de couple et le développement de l’individu sont fortement influencés par l’appartenance à une ethnie. Même les familles bien adaptées ou assimilées véhiculent leurs valeurs culturelles d’origine pendant plusieurs générations. L’auteure a observé que la première génération après l’immigration tend à rejeter les valeurs culturelles des parents, surtout à l’adolescence, dans un grand effort d’adaptation à la nouvelle identité, ce qui crée par conséquent des conflits majeurs entre parents et enfants. À la troisième et à la quatrième génération, il y a un retour aux sources pour retrouver l’identité sacrifiée. S’il est impossible pour un thérapeute de connaître toutes les cultures, il doit cependant rester ouvert aux différences et prendre conscience de ses propres limites.

69.3.4. Normalité, divorce  
et famille recomposée

Il faut dire, d’entrée de jeu, que la famille nucléaire intacte n’est pas représentative de l’ensemble de l’unité familiale ; on prévoit en effet qu’au début des années 2000 la famille recomposée sera majoritaire. Malgré le taux élevé de divorce, le mariage n’a rien perdu de sa popularité ; ainsi, selon les statistiques de Wamboldt et Reiss (1989), plus de 75% des individus qui sont séparés par la mort ou par le divorce se remarient. La famille nucléaire biologique ne serait donc pas un symbole de normalité comme le veulent la croyance populaire et, malheureusement, bien des théoriciens. Il y a une cinquantaine d’années, l’espérance de vie moins élevée modifiait grandement la [1687] structure des familles, et l’on trouvait couramment des familles monoparentales ou recomposées à la suite du remariage du veuf ou de la veuve. On relève dans la société actuelle les mêmes organisations familiales ; seules les motivations diffèrent. Il est donc important d’éviter le préjugé selon lequel le divorce serait une pathologie du système conjugal et la famille monoparentale ou recomposée, une anomalie du système parental.

Divorce

Dans les écrits sur le sujet, deux tendances en partie opposées se dégagent. Certains auteurs font ressortir l’effet destructeur du divorce sur le développement des enfants, alors que d’autres soulignent le caractère transitoire des troubles engendrés par le divorce. Il faut envisager à long terme le processus enclenché par le divorce et dépasser la désorganisation immédiate, dont l’intensité est associée à la situation avant le divorce, aux caractéristiques socioéconomiques et culturelles de la famille et aux réaménagements relationnels.

On peut définir le divorce comme une rupture du système familial, dans sa perspective historique et dans la continuité des étapes du cycle de la vie familiale, entraînant des changements structurels et relationnels. Il a des conséquences pour les individus, pour les systèmes intergénérationnels ainsi que pour les systèmes sociaux et économiques.

Everett et Volgy (1991) décrivent le processus du divorce comme suit :

- les signes avant-coureurs du divorce :

• une augmentation de l’ambivalence des conjoints quant à la qualité satisfaisante de leur relation,

• une distanciation par rapport à l’autre conjoint accompagnée d’une diminution des affects positifs,

• l’apparition de fantaisies concernant la séparation et d’actes significatifs, tel un départ temporaire ;

- l’enclenchement du divorce :

• la séparation physique lorsque l’un des conjoints quitte la maison,

• la pseudo-réconciliation, qui survient lorsque les conjoints ne se sentent pas prêts à assumer la séparation,

• le retour des fantaisies concernant la séparation avec la résurgence des conflits,

• la décision de divorcer,

• le retour de l’ambivalence, cette fois par rapport au bien-fondé de cette décision,

• l’affrontement quant aux modalités de séparation : division des biens, garde des enfants, etc.

Stern Peck et Manocherian (1989) ont résumé plusieurs études analysant les effets du divorce sur les enfants selon différents aspects :

- L’âge : plus les enfants sont jeunes, mieux ils semblent s’adapter au divorce, car ils ont très peu de souvenirs de la vie familiale antérieure. Les enfants plus âgés sont conscients du changement et considèrent le divorce comme l’événement majeur de leur enfance. Même les jeunes adultes sont affectés par le divorce et se montrent incapables d’impartialité.

- Le sexe : les garçons seraient plus touchés par le divorce, soit à cause de leur plus grande vulnérabilité au stress, soit à cause du fait que, la plupart du temps, c’est le parent du même sexe qui quitte la maison.

- Le conflit parental : l’intensité et la durée du conflit semblent influencer grandement les possibilités d’adaptation de l’enfant à la situation.

- Les changements de vie après le divorce : l’enfant sera bouleversé dans la mesure où son mode de vie sera perturbé.

- La qualité de la nouvelle organisation parentale : la plupart des enfants désirent garder un lien fort avec les deux parents, et le parent absent demeure très significatif même si l’enfant ne le voit pas souvent. Les enfants sont mieux adaptés lorsqu’il y a un partage des rôles parentaux de façon continue.

Selon Hetherington (1989), il faut trois ans au système familial et au couple pour traverser le processus du divorce et pouvoir reprendre une évolution normale. Durant cette période critique, tous les membres de la famille sont susceptibles de développer des symptômes à l’une ou l’autre des phases du processus.

[1688]

Famille recomposée

La recomposition d’une famille engendre aussi une crise systémique qui menace le nouvel équilibre atteint après la rupture du premier équilibre à la suite du divorce. La famille recomposée réunit deux ensembles distincts en raison de leur histoire et de leur ajustement particulier aux différentes étapes du cycle de la vie familiale.

La famille biologique et la famille recomposée sont semblables en ce qui a trait aux tâches générales qui leur incombent, mais il est important de connaître les particularités de la famille recomposée :

- Les difficultés :

• reliées au chevauchement des étapes du cycle de la vie familiale. Les deux types de familles n’ont pas nécessairement atteint le même niveau de développement, et le désir du nouveau couple de créer une intimité et une cohérence familiale peut entrer en conflit avec les besoins des sous-systèmes (les enfants, la famille étendue) ;

• reliées à la loyauté des enfants envers le parent absent ou à la loyauté du parent envers ses enfants issus du mariage antérieur. Un sentiment de culpabilité peut freiner tout nouvel attachement. La confusion dans le sentiment d’appartenance risque de créer une triangulation difficile pour les parents qui sont appelés à prendre parti ;

• reliées au sexe. Selon Walsh (1991), les filles seraient généralement plus hostiles envers leur beau-père que les garçons. De même, le rôle de la belle-mère serait plus difficile que celui du beau-père en raison des attentes associées au rôle de soutien affectif dévolu traditionnellement à la femme ;

• reliées aux frontières. Le besoin de cohésion de la nouvelle famille peut empiéter sur l’individualité et sur le besoin d’intimité de chacun ou encore il peut forcer les enfants à établir des contacts auxquels ils ne sont pas prêts. De plus, les frontières ne sont pas les mêmes que dans les familles antérieures et les enfants, pour la plupart, doivent passer constamment d’une frontière à l’autre. Ce va-et-vient que font les enfants pose la question, fondamentale pour la nouvelle famille, de savoir qui appartient vraiment à cette famille. Dans les cas où plusieurs enfants sont en cause, des problèmes d’espace physique peuvent se présenter et créer une confusion quant à la place affective de chacun.

- Les tâches. Selon Visher et Visher (1982), les tâches sont de quatre ordres :

• faire le deuil des pertes, des ruptures et des échecs ;

• négocier et créer de nouvelles traditions ;

• former de nouvelles alliances tout en préservant les anciennes ;

• intégrer la famille du nouveau conjoint.

69.3.5. Normalité et rôles sexuels

Le développement de la famille et du couple évoque dès le départ, au moment même du choix du conjoint et tout au long des étapes du cycle de la vie familiale, l’idée de rôles sexuels et du nécessaire aménagement entre la femme et l’homme. Sans s’attarder sur la problématique de l’inégalité des sexes, il faut cependant la situer dans le contexte du couple et de la famille et rappeler que la différence des rôles est reliée historiquement à la question du pouvoir dans la famille. Le courant féministe dans le domaine de la thérapie familiale considère les rôles sexuels traditionnels comme opprimants pour les femmes, en tant qu’épouses, mères et filles (Goldner, 1988). Du débat auquel a donné lieu une telle perspective ont résulté un réajustement des perceptions et une vision plus juste des rapports homme-femme dans la famille.

Les tendances actuelles visent à dépasser les stéréotypes traditionnels pour atteindre une conception androgyne des rôles sexuels, tant sous l’aspect affectif que sous l’aspect pratique. La rigidité de la norme fait place aux particularités individuelles et au partage du pouvoir enrichissant pour la vie familiale. Selon une étude effectuée par Henry et Hampton (1992), la flexibilité des rôles sexuels des parents facilite l’individuation des enfants. Plus récemment, une controverse a été soulevée au sujet du désir des couples homosexuels de légitimer un rôle parental.

69.4. PERSPECTIVES D’AVENIR  
DE LA FAMILLE

La famille et le couple demeurent à la base du fonctionnement et du développement de la société, et il [1689] semble que cet état de fait se maintiendra dans les années futures, malgré l’indépendance que manifestent la plupart des couples et des familles modernes face au contrôle social.

On prévoit que les formes de la vie familiale seront très variées et que les relations homme-femme évolueront vers une forme de partenariat égalitaire. Selon Badinter (1986), il existe un mouvement irréversible, amorcé par la femme, de partage avec l’homme pour ce qui est des enfants et de la vie communautaire qui créera une nouvelle « condition humaine ».

69.5. ORIGINES  
DE LA THÉRAPIE FAMILIALE

Dans la première moitié du 20e siècle, les théories psychologiques concernant l’étiologie de la psychopathologie humaine s’ancrent fortement dans les relations précoces parent-enfant. Ces théories soulignent surtout la déficience émotionnelle de la mère, comme le concept de mère schizophrénogène. Les approches thérapeutiques de cette époque excluent de façon systématique les parents et les autres membres de la famille parce que leur interférence est considérée comme nuisible au déroulement du traitement individuel. Parallèlement, un intérêt pour les difficultés du couple se manifeste.

Deux courants psychanalytiques contribuent à l’intégration de la famille au domaine thérapeutique et, subséquemment, à une théorisation des dynamiques familiales. Du côté américain, le mouvement de la psychologie interpersonnelle de Sullivan incite Ackerman à appliquer plus spécifiquement cette orientation à la famille. En effet, au cours des années 40, Ackerman (1958) favorise le traitement simultané de l’enfant et de la mère par le même thérapeute et, au début des années 50, le thérapeute doit intervenir auprès de toute la famille. L’auteur applique le concept de conflit intrapsychique à la famille, notant son influence sur les relations interpersonnelles, et juge que les symptômes chez les enfants proviennent de l’intériorisation des conflits familiaux.

Du côté anglais, la théorie analytique de la relation d’objet de Fairbairn se prête bien à une extension thérapeutique de l’individu au couple et à la famille. Ces concepts sont repris par Dicks (1967) qui s’intéresse à la complémentarité, au sein du couple, des identifications introjectives et projectives. Quant à Bowlby (1990), il intègre dans sa pratique des rencontres familiales servant de catalyseurs au traitement psychanalytique.

Bateson et ses associés du Mental Research Institute (Haley, Weakland, Fry et Jackson) sont les premiers à appliquer les concepts de la cybernétique au fonctionnement familial en décrivant la famille comme un système interactif. Même si leur thèse de la schizophrénie engendrée par le processus pathologique de la double contrainte (double bind) n’est plus retenue aujourd’hui, ces penseurs et cliniciens ont légué des concepts et une nomenclature fort utiles. Ils se refusaient à considérer les motivations sous-jacentes aux communications familiales, mais s’attachaient plutôt aux lois les régissant afin d’en modifier la teneur et, de là, transformer les relations interpersonnelles (Bateson, 1980).

D’autres chercheurs des années 50 tentent d’expliquer la schizophrénie par une pathologie de la communication familiale. Lidz croit que le père et la mère doivent tous deux être incriminés et que certains modes de relation familiale tels que le schisme et la complicité perverse (schism and skew) peuvent précipiter l’émergence de la schizophrénie. En 1958, Wynne introduit les notions de pseudo-mutualité et de pseudo-hostilité, processus qui, selon lui, freinent la différenciation des membres de la famille et mènent à la schizophrénie (Nichols et Schwartz, 1994).

69.6. ÉCOLES DE THÉRAPIE  
FAMILIALE [[1]](#footnote-1)

69.6.1. Écoles d’orientation  
psychodynamique-psychanalytique

L’approche psychodynamique conceptualise la famille selon les termes de la psychologie individuelle, auxquels s’ajoutent des concepts de la théorie des systèmes. Le symptôme que présente un individu est ainsi relié à la fois à l’histoire familiale intériorisée et au mode relationnel de la famille actuelle. Pour les puristes, l’outil thérapeutique demeure l’interprétation, pour chaque membre de la famille, du conflit [1690] inconscient, associé au comportement actuel. L’interprétation du transfert a encore sa place, mais elle dépasse le lien avec le thérapeute pour inclure les transferts entre les membres de la famille.

La thérapie familiale fondée sur la relation d’objet de Fairbairn postule que les motivations individuelles ne sont pas issues des intérêts libidinaux, mais plutôt d’un besoin d’entrer en relation avec un être signifiant. Cette approche familiale n’utilise pas la théorie systémique comme telle, mais elle s’y apparente en raison de l’intérêt porté aux relations interpersonnelles. Dicks (1967) est le premier à appliquer les concepts psychodynamiques aux couples, se référant à l’identification projective de Melanie Klein. Il parle de la motivation inconsciente du choix des conjoints, qui incite chacun à rechercher chez l’autre l’objet frustrant mais convoité de ses premières relations. Les interventions thérapeutiques auprès des couples visent à rendre conscients ces malentendus afin de les neutraliser. Plus récemment, Scharf et Scharf (1987) ont décrit une technique d’interprétation des identifications projectives d’une famille avec le thérapeute. Le but de cette approche est d’aider la famille à fonctionner comme un groupe tout en favorisant le développement des individus. Durant les séances, la famille fait des associations libres au sujet de ses préoccupations et le thérapeute partage avec elle sa compréhension des difficultés. Il interprète ensuite les projections et le transfert.

69.6.2. École de Murray Bowen

Bowen (1984) s’intéresse avant tout à la vie intrapsychique, mais toujours en relation avec le contexte familial. Les difficultés personnelles proviennent d’un manque de séparation de l’individu face à sa famille d’origine, celui-ci restant engagé dans un conflit émotionnel du passé même s’il s’est affranchi physiquement de sa famille. Selon Bowen, les mêmes modes de relation se transmettraient d’une génération à l’autre. Cela se vérifie particulièrement dans son hypothèse de la triangulation : deux personnes en conflit cherchent à conclure une alliance avec un tiers, ce qui créera un type d’échange qui risque de se perpétuer dans les générations subséquentes.

L’approche de Bowen est familiale, mais elle ne requiert pas la présence de toute la famille durant les séances. Bowen incite fréquemment le patient à aller se replacer dans une situation concrète dans sa famille d’origine afin de clarifier les relations, dénouer la triangulation et atteindre la différenciation. Le géno- gramme et l’histoire familiale constituent alors des outils thérapeutiques essentiels.

69.6.3. École expérientielle

L’école expérientielle tire en grande partie sa tradition du mouvement philosophique existentiel, qui prône le besoin qu’éprouve la personne de se connaître elle-même et de s’affranchir par rapport à son environnement. Elle est donc préoccupée par l’aspect individuel dans le contexte familial. Pour Whitaker (1976), les problèmes qu’éprouvent les familles proviennent de l’incapacité de reconnaître le caractère unique de chaque personne, de tolérer la liberté individuelle et de démontrer de la flexibilité dans leur façon de résoudre les difficultés de la vie. L’enjeu pour ces familles est d’éviter à tout prix les situations tragiques ou conflictuelles au moyen du contrôle des émotions, ce qui mène à l’étouffement de la croissance individuelle. L’intervention thérapeutique consiste donc à défaire ces carcans affectifs afin d’établir une harmonie entre les émotions exprimées par la famille et celles qui sont exprimées par les individus. L’école expérientielle utilise un langage emprunté à d’autres écoles et ne se distingue pas par une approche spécifique, rejetant au contraire la notion de théorie. La séance thérapeutique est perçue comme une occasion privilégiée de partager une expérience. En raison de son encadrement thérapeutique peu structuré, cette approche peut comporter des risques quand elle est utilisée par un néophyte.

69.6.4. École behavioriste

L’approche behavioriste individuelle est déjà bien connue lorsque Stuart, en 1969, l’applique au couple et Paterson, en 1971, aux enfants dans le contexte familial. En 1970, Liberman utilise les techniques de cette approche en milieu psychiatrique (Falloon, 1991). Si les behavioristes sont peu enclins à s’attarder sur les antécédents familiaux, ils portent par ailleurs leur attention sur le développement d’un symptôme en précisant son contexte de façon détaillée. Cet exercice vise à circonscrire les facteurs de renforcement positif et négatif pour ensuite arriver à [1691] les contrer. Si certains systémiciens jugent cette approche trop linéaire, ils ne peuvent certainement pas lui reprocher un manque de rigueur. Là-dessus, les behavioristes adoptent une attitude véritablement scientifique en tentant constamment de démontrer d’une manière quantifiable la pertinence de leurs interventions (Jacobson, 1985).

Le but de la thérapie familiale behavioriste est de remplacer les attitudes punitives à l’intérieur de la famille par des comportements positifs de renforcement. Toute forme de coercition est découragée par le thérapeute, qui soutient au contraire tout mouvement de réciprocité positive entre les membres de la famille ou du couple. Aux personnes qui leur reprochent de négliger les composantes affectives, les behavioristes répondent que celles-ci sont implicites dans leur schème élargi de comportement et qu’elles se retrouvent dans la description des rôles affectif et pédagogique du thérapeute (Holtzworth-Munroe et Jacobson, 1991), qui crée un cadre propice à l’apprentissage et à la collaboration.

69.6.5. Écoles stratégiques  
(systémiques)

Presque toutes les écoles de thérapie familiale se perçoivent comme systémiques parce qu’elles intègrent certains concepts communs. Les écoles stratégiques se disent systémiques dans la mesure où elles sont fidèles aux préceptes de Bateson, qui investit le champ interactionnel.

Les origines de cette approche remontent à Milton Erickson, qui s’interroge sur les facteurs contribuant à maintenir un symptôme et s’ingénie à découvrir un stratagème qui permettrait de remplacer le symptôme. Haley (1981) tente d’élaborer une théorie générale pour étayer l’approche idiosyncrasique d’Erickson basée sur l’intuition. Cette approche part du principe que toutes les familles fonctionnent selon des règles qui gouvernent les comportements individuels et les relations entre les membres. Au cours de son développement, chaque famille éprouve des difficultés qu’elle parvient ou non à résoudre. Pour les thérapeutes stratégiques, le problème réside plus dans la solution appliquée par la famille que dans la difficulté elle-même. Les familles en crise tentent de réutiliser une même solution inefficace, qui ne fait que maintenir, voire aggraver, le problème.

L’intervention stratégique introduit la notion de changement de premier ordre et de second ordre (Watzlawick, Weakland et Fisch, 1976). La famille présente un paradoxe au thérapeute : elle désire changer et elle a habituellement tenté de le faire à l’aide de modifications de premier ordre, c’est-à-dire sur le plan du comportement et des interactions qui ont maintenu le problème. À titre d’exemple, à la suite du non-respect par un adolescent d’une heure limite de rentrée, les parents auraient successivement augmenté les punitions et cédé au laxisme sans succès. Afin de provoquer un changement de second ordre, le thérapeute tentera de dénouer le paradoxe de cette famille qui souhaite voir l’adolescent adopter un meilleur comportement, mais qui persiste à appliquer des mesures qui renforcent sa déviance. Le thérapeute fera alors porter son intervention sur les règles implicites auxquelles l’adolescent réagit en se rebellant. Ces règles visent à protéger l’unité familiale en interdisant à chacun d’exprimer son désaccord et de manifester un désir d’autonomie. Les interventions, qui sont incisives, ne dépassent habituellement pas 10 séances. On croit que la famille a les forces nécessaires pour poursuivre elle-même ses changements.

Haley (1981) définit les communications familiales dans la perspective d’une lutte de pouvoir. Afin d’éviter le chaos et l’affrontement, il préconise une approche étapiste pour une intégration graduelle des changements.

Le groupe de Milan (Selvini-Palazzoli et coll., 1978) reprend les concepts du Mental Research Institute, de Palo Alto, en y ajoutant un aspect multigénérationnel. Un symptôme remplit une fonction de protection pour les différentes alliances entre les membres d’une famille étendue. L’investigation du fonctionnement familial se veut continue et liée à un questionnement dit circulaire délimitant l’impact mutuel des comportements et des perceptions des individus dans la famille. L’intervalle entre les séances est plus espacé afin de permettre les réajustements familiaux et de vérifier l’impact d’une intervention.

Le groupe s’est scindé en 1980 et ses membres ont modifié considérablement leurs approches. Selvini-Palazzoli a réintégré un schème psychodynamique où l’introspection occupe une place, tandis que Boscolo et Cecchin ont délaissé l’intervention paradoxale, préconisant plutôt une approche de collaboration avec la famille où l’outil d’échange est le questionnement circulaire.

[1692]

69.6.6. École structurale

Le maître d’œuvre de l’école structurale est Salvador Minuchin (1980). Le concept de structure familiale, qui est central, se réfère au modèle d’organisation des interactions familiales et se définit par deux notions fondamentales, les sous-systèmes et les frontières. La notion de sous-systèmes concerne la présence, dans la famille, de dyades et de triades associées à différentes fonctions et représentatives d’une hiérarchie le plus souvent générationnelle. Le concept de frontière définit les règles d’interaction des individus et des sous-systèmes.

Un problème familial est évalué en fonction d’une structure dysfonctionnelle et le travail diagnostique consiste à circonscrire les règles dysfonctionnelles et les exigences du contexte auxquelles elles répondent. L’intervention systémique du thérapeute est formulée spécifiquement dans le but d’ébranler cette structure pathologique afin de permettre à la famille de se restructurer autrement en acquérant la capacité de résoudre ses difficultés.

Minuchin nie la pertinence des incidences psychodynamiques dans la compréhension du fonctionnement familial, mais la richesse de ses interventions trahit ses origines de clinicien dynamique. Les concepts de l’école structurale demeurent toujours des outils thérapeutiques efficaces.

69.6.7. Nouvelles écoles

Au cours des années 60 et 70, les cloisons entre les écoles de thérapie familiale sont relativement hermétiques. Il existe un certain dogmatisme de même qu’une compétition visant à déterminer quelle école est la plus systémique. La compréhension psychodynamique de l’individu dans le système est presque une hérésie ; elle est perçue comme une déviation de la vraie connaissance du fonctionnement familial. Les « experts » en thérapie familiale, nimbés de leur ingéniosité thérapeutique, se complaisent dans une atmosphère quasi charismatique.

Au milieu des années 80, un changement devient perceptible avec l’émergence de concepts constructivistes. Cette philosophie se caractérise par une remise en question des prétendues valeurs établies, où celles-ci sont considérées dorénavant comme le reflet des perceptions que l’observateur a de son propre environnement et non plus comme une réalité absolue du monde extérieur. Le doute quant à l’objectivité du thérapeute en découle naturellement et entraîne chez lui une plus grande humilité. Dans cette optique, toute la famille se construit une image subjective de son fonctionnement à travers son histoire. Les problèmes surviennent lorsque cette construction mentale n’est pas adaptée aux tâches de la famille. Le rôle du thérapeute consiste donc à aider celle-ci à démonter cette construction inefficace et à lui offrir un encadrement lui permettant de reconstruire une perception moins conflictuelle de son fonctionnement. White et Epston (1990) utilisent pour ce faire une technique d’extériorisation du problème en désignant celui-ci comme un fardeau porté par chacun des membres de la famille. Ils tentent ainsi, en premier lieu, d’éliminer le blâme mutuel, pour ensuite découvrir avec la famille ce qui l’a amenée à édifier son système de croyances en faisant ressortir le rôle négatif de certaines croyances sociales, par exemple la stéréotypie sexiste ou le blâme à l’endroit de la mère.

Hoffman (1990) préconise une approche constructiviste beaucoup moins directive et plus relativiste. La signification que la famille donne à son histoire ainsi que les variantes de ce thème chez chacun des membres font l’objet d’une recherche collective en séance thérapeutique. Le rôle du thérapeute consiste à faciliter l’échange libre au sujet de ces constructions et à favoriser l’éclosion de nouvelles définitions ou hypothèses familiales et même à les proposer.

69.7. CONCEPTS COMMUNS  
AUX THÉORIES

Les différentes écoles de pensée en thérapie familiale se rejoignent fréquemment dans des concepts de base communs à toutes les théories même s’ils peuvent être appliqués par chacune d’elles de façon particulière.

- *La famille en tant que système*. La famille représente beaucoup plus que la somme de ses parties. Elle est considérée comme un système global comprenant les échanges émotionnels d’au moins trois générations (voir le chapitre 53). Cette vision systémique de la famille s’est élargie durant les dernières années afin de tenir compte à la fois de l’intériorité individuelle et du contexte extérieur (Caillé, 1989).

[1693]

*- L’homéostasie et la morphogenèse.* Ces deux concepts font référence aux aspects fondamentaux du fonctionnement familial qui tend, d’une part, à maintenir un équilibre connu et vécu comme étant non menaçant et, d’autre part, à rechercher le changement et l’adaptation aux transitions du développement. En ce sens, il est plus constructif de parler des dysfonctionnements familiaux en tant que troubles d’adaptation qu’en tant que pathologies (Onnis, 1991).

*- Le processus et le contenu.* Depuis ses débuts, la thérapie familiale a centré ses interventions thérapeutiques sur le processus interactionnel et non sur le contenu des verbalisations. Le processus se résume aux modalités d’échange entre les individus et aux règles qui les gouvernent. L’importance primordiale accordée au processus ne doit cependant pas occulter le contenu, qui a une fonction individuelle et familiale. Le processus vient définir la nature du contenu qui véhicule l’histoire générationnelle et les croyances individuelles.

*- La communication.* Bateson (1980) dit qu’il est impossible de ne pas communiquer, toute manifestation verbale ou non verbale ayant une valeur de communication dans un système. Certains auteurs considèrent même la maladie mentale, notamment la schizophrénie, comme l’expression d’un défaut de communication dans le système familial, alors qu’à l’opposé d’autres croient que les difficultés de communication sont inhérentes à la maladie et ne comportent aucun symbolisme. Il est important de ne pas nier la maladie et les incapacités qui en découlent, mais aussi de considérer le malade comme ayant conservé un certain pouvoir de communication.

*- La fonction du symptôme.* Ce concept est relié directement au précédent puisque le symptôme a une fonction de communication visant à détourner les conflits et à conserver ainsi l’équilibre familial dans une perspective multigénération- nelle. Ausloos (1983) précise que le symptôme survient dans une conjoncture interactionnelle déterminée et met en scène un conflit entre finalité individuelle et finalité familiale. Selon Onnis (1991), la valeur homéostatique du symptôme est doublée d’un aspect morphogénique exprimant le désir de la famille de changer son fonctionnement. Il est important de nuancer ce concept qui peut s’avérer utile dans certaines dynamiques, mais qui, poussé à l’extrême, est susceptible de nier la maladie mentale en n’accordant au symptôme qu’une valeur de message interactionnel.

*- Les frontières.* L’individu fait partie d’une famille de type nucléaire, d’une famille étendue et de la communauté environnante. Les frontières se trouvent aux points de rencontre de ces différentes composantes systémiques et définissent le caractère des liens qui les unissent et des règles implicites qui les séparent. Les frontières, qui sont semi-perméables, servent à déterminer le degré d’individualité et d’autonomie des diverses parties du système. La nature des frontières, qui varie selon chaque famille, se situe quelque part entre deux extrêmes, soit une situation osmotique où il y a absence de séparation, soit une trop grande distanciation où l’on observe l’isolement et l’abandon. Bowen (1984) et Minuchin (1980) sont les auteurs dont la définition des frontières interpersonnelles est la plus reconnue.

*- Les dyades et les triades.* La dyade s’applique à deux individus, à deux sous-systèmes ou à deux systèmes en interaction, et le comportement individuel résulte de l’échange entre deux parties.

Quant à la triade, elle désigne trois composantes en interaction, comme père-mère-enfant. Une situation de triade est saine si elle permet d’éviter la contrainte fusionnelle entre deux personnes et aide chacune à se différencier. Par son engagement, le père favorise la séparation-individuation de l’enfant face à la mère et maintient un bon équilibre dans le couple. La relation triangulaire devient destructrice, selon Bowen (1984), lorsqu’une dyade utilise un tiers pour résoudre un conflit. La mère, par exemple, créera un lien intense avec son enfant pour combler ses besoins affectifs et masquer le désengagement du père.

*- La circularité et la linéarité.* Ces deux concepts sont à la base même de la théorie cybernétique de Bateson, qui considère que tous les systèmes sont reliés entre eux de façon circulaire dans des systèmes de plus en plus élargis. C’est ce qu’on appelle le feed-back mutuel. Cette vision interactive a tendance à éliminer la possibilité d’une relation de cause à effet, la linéarité, et peut nier le pouvoir de contrôle d’une partie du système sur une autre. Appliquée aux relations familiales et [1694] conjugales, la causalité circulaire peut devenir réductrice, car elle ne considère pas l’individu à l’intérieur du système. Il est utile, sur le plan clinique, d’intégrer les deux concepts de circularité et de linéarité afin de pouvoir apprécier l’être humain dans sa globalité, c’est-à-dire de tenir compte de l’impact individuel historique en même temps que de l’interaction systémique (Cottone et Greenwell, 1992 ; Dell, 1986).

69.8. ASPECTS CLINIQUES

69.8.1. Considérations diagnostiques

Le DSM-IV se révèle plus accommodant que ses prédécesseurs en incluant le champ des problèmes relationnels dans son répertoire. Un regroupement de 14 organismes américains œuvrant dans le domaine de la thérapie familiale coopère avec le comité de travail du DSM afin d’établir des critères diagnostiques. Quelques auteurs ont délimité certains types de familles en rapport avec un diagnostic individuel (Feld- man et Guttman, 1984 ; Minuchin, Rosman et Baker, 1978). Brodeur (1982) a décrit une « typologie du discours familial ». Cependant, ces travaux, qui sont fort utiles sur le plan clinique, ne sont pas parvenus à préciser quelles données seraient essentielles à la définition de catégories familiales. Selon Kaslow (1993), deux défis d’envergure demeurent. Le premier consiste à bâtir une nomenclature commune des troubles relationnels basée sur des caractéristiques objectives ; cela exigera un consensus parmi les organismes représentatifs. Quant au deuxième défi, il consiste à déterminer des barèmes de dysfonctionnement relationnel afin de découvrir les cas problématiques. Miller et coll. (1994) ainsi que Thomas et Oison (1993) travaillent à établir et à valider des outils permettant d’atteindre ces objectifs.

69.8.2. Formulation systémique

La formulation systémique est une hypothèse concernant le fonctionnement d’une famille et les problèmes qu’elle présente. À ce titre, elle constitue en partie un diagnostic engendrant une démarche thérapeutique. Selon Barker (1981), la formulation systémique doit couvrir trois dimensions de la situation familiale :

1) les facteurs qui ont précipité le problème et qui le maintiennent ;

2) les forces de la famille et sa motivation à changer ;

3) l’étape du développement à laquelle se trouve la famille et la présence, s’il y a lieu, d’une crise transitionnelle.

Pour qu’on la qualifie de systémique, il est essentiel que cette formulation intègre également les composantes psychodynamiques individuelles ainsi que d’autres incidences, telles que la maladie physique ou mentale, qui ne sont pas nécessairement issues du fonctionnement familial mais qui l’influencent.

La formulation peut varier selon le point de vue des différentes écoles, mais les interventions thérapeutiques découleront des hypothèses émises. Dans cette optique, une formulation n’est jamais définitive ; elle demeure dynamique et évolue selon les perceptions du thérapeute des changements qui se produisent dans la famille.

69.8.3. Indications  
et contre-indications

Plusieurs théoriciens ont travaillé à préciser certaines normes quant à la pertinence de l’intervention familiale. Clarkin et coll. (1979) ont proposé des schèmes décisionnels d’intervention dans lesquels la thérapie familiale est classifiée comme une modalité thérapeutique parmi d’autres, intégrant ainsi la causalité systémique dans les diverses étiologies.

De façon générale, les interventions familiales ou conjugales sont indiquées lorsqu’un dysfonctionnement familial ou conjugal est défini comme tel par les patients eux-mêmes dans leur demande d’aide. Elles sont aussi appropriées lorsque le praticien reconnaît chez un individu des problèmes spécifiques reliés à un système familial dysfonctionnel ou aggravés par celui- ci. Il s’agit habituellement de troubles infantiles, de difficultés de séparation-individuation à l’adolescence et de mésadaptation dans les tâches ultérieures du cycle de la vie familiale.

La thérapie familiale serait contre-indiquée dans les situations suivantes :

- un état psychotique aigu ou subaigu chez un membre de la famille ;

[1695]

- une force destructrice incontrôlable dans la famille ;

- des troubles graves de la personnalité, par exemple personnalité paranoïde ou antisociale, qui peuvent engendrer des comportements violents de représailles à la suite de révélations non désirées ;

- des mécanismes de défense rigides dont la confrontation peut mener à la psychose.

La portée de ces indications et contre-indications est cependant relative au type d’intervention envisagé. Par exemple, une approche familiale psychoéducative peut s’appliquer dans un cas où une thérapie plus confrontante serait déconseillée.

69.8.4. Processus thérapeutique

De façon générale, le but de la thérapie familiale est de changer la perception que la famille a d’elle-même et la nature de ses interactions en dyades et en triades afin de lui permettre de maîtriser sa réalité. Quant à définir ce qui provoque le changement, les positions théoriques varient selon les écoles. Les familles se distinguent dans leur façon d’appréhender le changement. Ainsi, certaines familles démontrent une bonne capacité d’autocritique, alors que d’autres utilisent cette autocritique de façon défensive. D’autres encore sont réfractaires à l’autocritique, car elles fonctionnent selon une pensée concrète et sur un mode relationnel fondé sur les échanges utilitaires. Si la grande majorité des familles bénéficient de la situation thérapeutique, certaines, qui s’avèrent chaotiques et destructrices, nécessitent des interventions de tutelle. Ces différences expérientielles et cognitives entre les familles soulèvent le problème de l’adaptation auquel font face les thérapeutes.

Le contrat entre le thérapeute et la famille est important au point de vue du contenu, à la fois explicite et implicite, et de la façon dont le cadre thérapeutique est négocié. Le contenu explicite se réfère aux modalités pratiques quant à l’horaire des rencontres, à la participation des membres, au paiement et à la définition du motif de la consultation, tandis que le contenu implicite concerne la redéfinition systémique du problème par le thérapeute et l’usage qu’il en fera avec l’accord tacite de la famille. La qualité de l’alliance thérapeutique sera en partie déterminée par la qualité de la négociation du cadre. Il n’y a pas de doute que les processus de transfert et de contre-transfert sont présents en thérapie familiale. Si différentes écoles peuvent débattre la pertinence de l’interprétation du transfert, elles ne peuvent contourner la réalité des mouvements contre-transférentiels que le thérapeute doit reconnaître et aménager (Berger, 1987). Whitaker, Felder et Workentin (1965) recommandent même l’utilisation de la cothérapie afin de pallier le contre-transfert massif du thérapeute. La théorie systémique souligne que le thérapeute est partie intégrante du système qu’il tente d’influencer et qu’il peut donc difficilement se targuer de faire preuve de neutralité.

Peu importe le style d’une famille ou l’orientation théorique d’un thérapeute, on peut résumer l’intervention thérapeutique en deux phases. À la première phase, on pose les jalons de la relation ; à la deuxième, les interventions thérapeutiques déstabilisent le fonctionnement familial afin de permettre à la famille de trouver de nouvelles solutions (Villeneuve, 1990).

69.8.5. Considérations techniques

Voici six considérations d’ordre technique :

1. Qui inviter ? À cet égard, le pragmatisme a remplacé le dogmatisme. Si la plupart des thérapeutes familiaux croient que toutes les personnes vivant sous le même toit devraient être invitées aux séances de la thérapie, une attitude de flexibilité admet les retraits ou les ajouts. L’exclusion d’un membre peut être un indice de résistance ou un moyen utilisé par la famille pour pouvoir aborder un sujet qui relève de l’intimité du couple. Les thérapies familiales se transforment souvent en thérapies de couple lorsque la triangulation a pu se dénouer, ce qui a pour effet de rendre les enfants asymptomatiques, tandis que la dyade conjugale demeure problématique.

2. La fréquence des séances. Elle est dictée par l’orientation théorique du thérapeute et par des considérations pragmatiques. Certains thérapeutes croient que des séances hebdomadaires sont essentielles afin de stimuler et de maintenir l’engagement thérapeutique de la famille. D’autres permettent à la famille de préserver son autonomie en la laissant aménager le déséquilibre provoqué par les interventions du thérapeute et en allongeant les intervalles entre les séances. D’autres encore opteront pour une fréquence variable en fonction de l’état de crise de la famille.

[1696]

3. La durée du traitement. Certaines écoles préconisent des interventions brèves axées sur le contrôle des symptômes. C’est le cas des écoles de Palo Alto et de Milan, qui croient que les familles se restructurent elles-mêmes et trouvent leurs propres solutions à d’autres problèmes. Cependant, il est clair que certaines familles sont extrêmement ambivalentes face au changement, alors que d’autres n’ont pas les ressources suffisantes pour changer rapidement ou pour maintenir un changement après qu’il s’est produit.

4. La cothérapie. Comme cela a été précédemment mentionné, l’usage de la cothérapie permet de contrôler plus adéquatement les forces contre-transférentielles et s’avère efficace pour saisir dans son ensemble la complexité de l’interaction familiale. Elle peut se pratiquer en présence des deux thérapeutes dans la même pièce avec la famille ; ou encore, l’un des thérapeutes observe la séance derrière une glace d’observation. Selon cette dernière façon, l’observateur n’est pas contraint par une interaction immédiate avec la famille ; il peut donc percevoir certains échanges qui échappent à l’autre thérapeute.

5. La thérapie de familles multiples. Introduite par Laqueur, cette thérapie vise à contenir certaines familles qui jugent agressantes les interventions du thérapeute. Certaines institutions continuent de favoriser ce mode de traitement pour les familles désorganisées et défensives qui ont besoin du soutien de familles semblables, de qui elles peuvent tolérer les commentaires (Gritzer et Okum, 1983).

6. L’intervention paradoxale. Bien que cette technique soit reliée plus particulièrement à certaines écoles, telles l’approche stratégique ou la thérapie brève, plusieurs thérapeutes l’utilisent pour résoudre une impasse thérapeutique avec certaines familles résistantes au changement (Berger et Roussillon, 1979 ; Seltzer, 1986). Le paradoxe peut prendre la forme de directives spécifiques ou résider simplement dans l’attitude impuissante, confuse ou perplexe du thérapeute *(one down position).* Il faut employer cette technique avec précaution pour éviter que la famille ne la perçoive comme une manifestation d’hostilité ou de rejet de la part du thérapeute.

\*  
\* \*

La thérapie familiale atteint la maturité dans sa pratique ainsi que dans sa théorie. Si certaines batailles idéologiques continuent, il reste que la très grande majorité des praticiens adoptent une attitude éclectique. La pratique de la thérapie familiale hors du champ médical psychiatrique se répand.

Dans le milieu psychiatrique, l’enseignement et la pratique de la thérapie familiale demeurent variables. La formation en thérapie familiale est inexistante dans certains programmes de résidence alors qu’elle est inscrite dans d’autres. On la trouve aussi dans certains stages de pédopsychiatrie. Y aurait-il lieu d’inclure dans les programmes de résidence une formation en thérapie familiale et de couple d’une durée de deux ans pour une psychiatrie intégrée, les concepts systémiques liant entre eux les domaines biologique, psychodynamique et social ? Guttman et coll. (1999) et Slovik et coll. (1997) signalent la grande utilité de cet apprentissage au-delà de son application à la thérapie de couple et de famille.

Bibliographie

Ackerman, N.W.

1958 The Psychodynamics of Family Life, New York, Basic Books.

AUSLOOS, G.

1995 *La compétence des familles,* Toulouse, Éditions Érès.

1990 « Individu - symptôme - famille », *Thérapie familiale,* vol. 11, n° 3, p. 273-279.

1983 « Finalité individuelle, finalité familiale : ouvrir des choix », *Thérapie familiale,* vol. 4, n° 2, p. 207-219

Badinter, É.

1986 *L’un et l'autre : des relations entre hommes et femmes*, Paris, Éditions Odile Jacob.

Barker, P.

1981 *Basic Family Therapy,* Baltimore, University Park Press.

Bateson, G.

1980 *Vers une écologie de l'esprit*, Paris, Seuil.

[1697]

Berger, M.

1987 « Le travail sur la problématique familiale prénévrotique », dans *Pratique des entretiens familiaux,* Paris, PUF, p. 19-23.

Berger, M., et Roussillon, R.

1979 « Thérapie paradoxale et prescription de symptôme », *L’Évolution psychiatrique,* vol. 44, n° 3, p. 495-525.

Bowen, M.

1984 *La différenciation du Soi*, Paris, ESF.

Bowlby, J.

1990 « The study and reduction of group tension in the family », dans E. Trist (sous la dir. de), *The Social Engagement of Social Science : A Tavistock Anthology,*vol. 1 : *The Socio-Psychological Perspective,* Philadelphie, University of Pennsylvania Press, p. 291-298.

Broderick, C.B., et Schrader, S.S.

1991 « The history of professional marriage and family therapy », dans A.S. Gurman et D.P. Kniskern (sous la dir. de), *Handbook of Family Therapy,* 2e éd., vol. 2, New York, Brunner/Mazel, p. 3-40.

Brodeur, C.

1982 Portraits de famille. Une typologie structurale du discours familial, *Montréal, France-Amérique.*

Caillé, P.

1989 « L’individu dans le système », *Thérapie familiale,* vol. 10, n° 3, p. 205-219.

Carter, B., et McGoldrick, M.

1989 « Overview : The changing family life cycle, a framework for family therapy », dans *The Changing Family Life Cycle,* 2e éd., Boston, Allyn and Bacon, p. 3-28.

Clarkin, J., et coll.

1979 « Selection criterias for family therapy », *Fam. Process,* vol. 18, n° 4, p. 391-403.

COTTONE, R.R., et Greenwell, R.J.

1992 « Beyond linearity and circularity : Deconstructing social Systems therapy », *J. Marital Fam. Ther.,* vol. 18, n° 2, p. 167-177.

Dell, P.F.

1986 « In defense of lineal causality », *Fam. Process,* vol. 25, n° 4, p. 513-521.

DlCKS, H.V.

1967 *Marital Tensions,* Londres, Routledge & Kegan Paul.

Elkaïm, M.

1995Panorama des thérapies familiales,Paris, Seuil*.*

Epstein, N.B., Bishop, D.S., et Levin, S.

1978 « The McMaster model of family functioning », *J. Marital Fam. Ther.,* vol. 9, n° 2, p. 171-180.

Everett, C.A., et Volgy, S.S.

1991 « Treating divorce in family therapy practice », dans A.S. Gurman et D.P. Kniskern (sous la dir. de), *Handbook of Family Therapy,* 2e éd., vol. 2, New York, Brunner/Mazel, p. 508-524.

FALLOON, I.R.H.

1991 « Behavioural family therapy », dans A.S. Gurman et D.P. Kniskern (sous la dir. de), *Handbook of Family Therapy,* 2e éd., vol. 2, New York, Brunner/ Mazel, p. 65-95.

Feldman, R.B., et Guttman, H.

1984 « Families of borderline patients : Literal-minded parents, borderline parents, and parental protectiveness », *Am. J. Psychiatry,* vol. 141, n° 11, p. 1392- 1396.

Goldner, V.

1988 « Generation and gender : Normative and covert hierarchies », *Fam. Process,* vol. 27, n° 1, p. 17-31.

Gritzer, P.H., et Okum, H.S.

1983 « Multiple family group therapy : A model for all families », dans B.B. Wolman et G. Stricker (sous la dir. de), *Handbook of Family and Marital Therapy,* New York, Plenum Press, p. 315-342.

Guttman, H.A., et coll.

1999 « The relationship between psychiatrists’ couple and family therapy training experience and their subsequent practice profile », *J. Marital Fam. Ther.,* vol. 25, n° l, p. 31-41.

Haley, J.

1981 Nouvelles stratégies en thérapie familiale, Montréal, France-Amérique.

Henry, C., et Hampton, B.

1992 « Parent gender role orientation of male and female offspring », *Family Therapy,* vol. 19, n° 2, p. 103-114.

Hetherington, E.M.

1989 « Coping with family transitions : Winners, loosers and survivors », *Child Dev.,* vol. 60, p. 1-14

Hetherington, E.M., et Camara, K.A.

1984 « Families in transition : The process of dissolution and reconstitution », *Review of Child Development Research,* vol. 7, p. 398-439.

Hoffman, L.

1990 « Constructing realities : An art of lenses », *Fam. Process,* vol. 29, n° 1, p. 1-12.

Holtzworth-Munroe, A., et Jacobson, N.S.

1991 « Behavioural marital therapy », dans A.S. Gurman et D.P. Kniskern (sous la dir. de), *Handbook of Family Therapy,* vol. 2, 2e éd., New York, Brunner/ Mazel, p. 96-133.

Jacobson, N.S.

1985 « Family therapy outcome research : Potential pitfalls and prospects », *J. Marital Fam. Ther.,* vol. 11, n° 2, p. 149-158.

[1698]

Kaslow, F.W.

1993 « Relational diagnosis : An idea whose time has corne », *Fam. Process,* vol. 32, n° 2, p. 255-259.

LACOURSE, M.-T.

1994 *Famille et société,* Montréal, Chenelière/McGraw- Hill.

McGoldrick, M.

1989a « Ethnicity and the family life cycle », dans B. Carter et M. McGoldrick (sous la dir. de), *The Changing Family Life Cycle,* 2e éd., Boston, Allyn and Bacon, p. 70-90.

1989b « Women and the family life cycle », dans B. Carter et M. McGoldrick (sous la dir. de), *The Changing Family Life Cycle,* 2e éd., Boston, Allyn and Bacon, p. 29-68

Miller, I.W., et coll.

1994 « The development of a clinical rating scale for the McMaster model of family functioning », *Fam. Process,* vol. 33, p. 53-69.

Minuchin, S.

1980 *Familles en thérapie,* Montréal, France-Amérique.

Minuchin, S., Rosman, B.L., et Baker, L.

1978 Cambridge (Mass.), Harvard University Press :

Nichols, M.P., et Schwartz, R.C.

1994 « The historical context of family therapy », dans *Family Therapy : Concepts and Methods,* 3e éd., Boston, Allyn et Bacon, p. 1-68.

OFFER, D., et SABSHIN, M.

1991 The Diversity of Normal Behavior, New York, Basic Books.

Onnis, L.

1991 « Le renouvellement épistémologique de la thérapie systémique », *Thérapie familiale,* vol. 12, n° 2, p. 99-109

Reiss, D.

1981 *The Family’s Construction of Reality,* Cambridge (Mass.), Harvard University Press.

SCHARF, D., et SCHARF, J.

1987 Object Relation Family Therapy, New York, Jason Aronson.

SCHWARTZMAN, J.

1982 « Normality from a cross-cultural perspective », dans F. Walsh (sous la dir de), *Normal Family Processes,* New York, Guilford Press, p. 383-398.

Seltzer, L.F.

1986 Paradoxical Strategies in Psychotherapy. A Comprehensive Overview and Guidebook, New York, John Wiley & Sons, Interscience Publication.

Selvini-Palazzoli, M., et coll.

1978 *Paradoxe et contre-paradoxe*, Paris, ESF.

Slovik, L.S., et coll.

1997 « Redefining the role of family therapy in psychiatric residency education ». *Academic Psychiatry,* vol. 21, n° 1, p. 35-41.

Stern Peck, J., et Manocherian, J.R.

1989 « Divorce in the changing family life cycle », dans B. Carter et M. McGoldrick (sous la dir. de), *The Changing Family Life Cycle,* 2e éd., Boston, Allyn and Bacon, p. 335-370.

Thomas, V., et Olson, D.

1993 « Problem families and the circumplex model : Observational assessment using the Clinical Rating Scale (CRS) », J. *Marital Fam. Ther.,* vol. 19, n° 2, p. 159-175.

Villeneuve, C.

1990 « La thérapie familiale : les enjeux de son évolution et sa pratique actuelle », *Psychiatr. Enfant,* vol. 33, n° 1, p. 153-187.

Visher, J.S., et Visher, E.B.

1982 « Stepfamilies and stepparenting », dans F. Walsh (sous la dir. de), *Normal Family Processes,* New York, Guilford Press, p. 331-353.

Walsh, F.

1991 « Promoting healthy functioning in divorced and remarried families », dans A.S. Gurman et D.P. Kniskern, *Handbook of Family Therapy,* 2e éd., vol. 2, New York, Brunner/Mazel, p. 525-545.

Walsh, F. (sous la dir. de)

1993 *Normal Family Processes,* 2e éd., New York, Guilford Press.

Wamboldt, F.S., et Reiss, D.

1989 « Defining a family heritage and a new relationship identity : Two central tasks in the making of a marriage », *Fam. Process,* vol. 28, n° 3, p. 317-336.

Watzlawick, P., Weakland, J., et Fisch, R.

1976 *Changements, paradoxes et psychothérapie*, Paris, Seuil.

Whitaker, C.A.

1976 « The hindrance of theory in clinical work », dans P.J. Guérin (sous la dir. de), *Family Therapy : Theory and Practice,* New York, Gardner Press, p. 154- 165.

Whitaker, C.A., Felder, R.E., et Workentin, J.

1965 « Countertransference in the treatment of schizophrenia », dans J. Boszormenyi-Nagy et J.L. Framo (sous la dir. de), *Intensive Family Therapy,* New York, Harper and Row.

White, M., et Epston, D.

1990 *Literate Means to a Therapeutic End*, New York, W.W. Norton.

[1699]

Lectures complémentaires

Benoit, J.C., et coll.

1988 *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques*, Paris, ESF.

Bergman, J.S.

1985 *Fishing for Barracuda, Pragmatics of Brief Systemic* *Therapy,* New York, W.W. Norton.

Napier, A., et Whitaker, C.A.

1980 *Le creuset familial,* Paris, Robert Laffont.

Walsh, F.

1998 *Strengthening Family Resilience,* New York, Guilford Press.

[1700]

**Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale**Tome 2. Spécialités, traitements, sciences fondamentales  
et sujets d’intérêt

SIXIÈME PARTIE  
*Sujets d’intérêt*

Chapitre 70

PSYCHIATRIE  
ET DIFFÉRENCES  
SEXUELLES

[Retour à la table des matières](#tdm)

Pascale Des Rosiers, M.D., F.R.C.P.C.

Psychiatre, consultante à la Clinique de traitement de l’immuno-déficience (CTID) du Centre universitaire de santé McGill (Hôpital général de Montréal)

Professeure adjointe au Département de psychiatrie de l’Université McGill (Montréal)

Odette Bernazzani, M.D., Ph.D., F.R.C.P.C.

Psychiatre, responsable de recherche à l’Hôpital Maisonneuve-Rosemont (Montréal)

Professeure adjointe au Département de psychiatrie de l’Université de Montréal

Dara Charney, M.D., F.R.C.P.C.

Psychiatre à la Clinique des troubles de l’humeur et à l’Unité de toxicomanie du Centre universitaire de santé McGill (Hôpital général de Montréal)

Professeure adjointe au Département de psychiatrie de l’Université McGill (Montréal)

[1701]

**PLAN**

70.1. Développement psychosexuel de l'homme et de la femme

70.1.1. Approche freudienne

70.1.2. Approche moderne

*• Petite enfance • Latence • Adolescence • Début de l'âge adulte • Âge mûr • Vieillesse*

70.2. Différences sexuelles et troubles psychiatriques

70.2.1. Troubles liés à l'abus de substances

70.2.2. Schizophrénies

70.2.3. Troubles de l'humeur

70.2.4. Troubles anxieux

70.2.5. Troubles dissociatifs

70.2.6. Troubles somatoformes

70.2.7. Troubles de l'alimentation

70.2.8. Troubles de la personnalité

70.3. Impact des sévices physiques et sexuels

70.4. Problèmes spécifiques

70.4.1. Syndrome prémenstruel ou trouble dysphorique prémenstruel

70.4.2. Troubles psychiatriques durant la grossesse

70.4.3. Troubles du post-partum

*• « Bleus » du post-partum • Dépression pendant le post-partum • Psychose pendant le post-partum*

70.5. Différences sexuelles et traitements psychiatriques

70.5.1. Pharmacothérapie

70.5.2. Psychothérapie

Bibliographie

Lectures complémentaires

[1702]

Dans les années 70, le mouvement féministe a provoqué une remise en question de notre compréhension de la société et des relations interpersonnelles, ce qui a eu pour effet de transformer les théories du développement psychosexuel de la femme. À partir des recherches inscrites dans ce courant, notre compréhension du développement de l’homme a également évolué. Jusqu’à tout récemment, on confondait l’étude du développement humain avec celle du développement masculin. Cette façon d’aborder les choses faussait notre compréhension de ce qui, dans l’expérience humaine, est universel par rapport à ce qui est spécifiquement masculin ou spécifiquement féminin.

De même que l’évolution de la psychiatrie reflète les changements sociaux, de même elle exerce une influence sur la société. Par exemple, le retrait de l’homosexualité en tant que diagnostic psychiatrique dans le DSM-III n’a pas seulement traduit une plus grande tolérance de la société envers l’homosexualité, il a également contribué à l’avancement de la lutte des homosexuels pour des droits civiques égaux.

Les hommes et les femmes diffèrent sur le plan anatomique, bien sûr, mais aussi sur le plan psychologique et sur le plan social. Ces différences se reflètent dans l’épidémiologie, l’évolution et le pronostic des troubles psychiatriques. Les psychiatres se doivent de prendre ces différences en considération s’ils veulent avoir une approche complète de leurs patients.

70.1. DÉVELOPPEMENT  
PSYCHOSEXUEL DE L’HOMME  
ET DE LA FEMME

70.1.1. Approche freudienne

Bien que plusieurs principes énoncés par Freud soient encore valables aujourd’hui, le biais phallocentrique de son époque qui se retrouve dans certains de ses concepts n’apparaît plus approprié à notre société.

La théorie psychanalytique classique suppose que le petit garçon et la petite fille croient tous deux au début de leur vie qu’ils possèdent un pénis. La découverte des différences sexuelles vers l’âge de deux ou trois ans est donc vécue comme un traumatisme aussi bien pour le petit garçon que pour la petite fille.

Lorsque le petit garçon découvre que la petite fille n’a pas de pénis, il se persuade qu’elle en avait un au départ, mais qu’elle l’a perdu. Il développe ainsi la peur qu’on ne lui coupe le sien, ce que les psychanalystes appellent l’« angoisse de castration ». Il craint surtout que son pénis ne lui soit coupé par son père en punition de ses désirs incestueux pour sa mère. Selon Freud, l’angoisse de castration déclenche la résolution du complexe d’Œdipe. En renonçant à ses désirs incestueux pour sa mère et en s’identifiant à son père, le petit garçon espère se protéger des attaques potentielles du père contre son pénis. De la résolution du complexe d’Œdipe découle le développement du Surmoi. Le développement du Surmoi est donc intimement lié à l’angoisse de castration.

De son côté, lorsque la fillette découvre les différences sexuelles, elle ressent l’absence de pénis chez elle comme un manque et elle envie le pénis du garçon. Elle est convaincue qu’il lui poussera un pénis. Puis, lorsqu’elle se rend compte que cela ne se produira pas, elle blâme sa mère qui, elle non plus, n’a pas de pénis et elle se rapproche de son père qui possède le pénis qu’elle désire. Le complexe d’Œdipe de la petite fille, selon la théorie freudienne, requiert un changement d’objet, de la mère préœdipienne au père œdipien. Ce changement important dans le développement de la fillette la rend plus fragile psychologiquement.

De plus, la fillette ne présente pas d’angoisse de castration. Comme elle a déjà perdu son pénis, elle n’a pas peur qu’on ne le lui enlève. Par conséquent, cette théorie suppose que son Surmoi et son sens moral seront moins développés.

70.1.2. Approche moderne

Petite enfance

Les travaux provenant du Stone Center (Miller, 1976) et ceux de Chodorow (1978) ont reformulé le développement psychosexuel selon les sexes.

L’expérience entière du développement est influencée par le sexe de l’individu, autant à travers l’interaction avec l’environnement qu’à travers le rapport de l’individu à son propre corps. Contrairement à ce que croyait Freud, les enfants ne grandissent pas comme s’ils étaient tous des garçons jusqu’à la [1703] découverte des différences sexuelles. Les recherches fondées sur l’observation directe d’enfants montrent plutôt que les garçons et les filles se développent de façon différente dès la naissance. Il semble établi qu’existe une identité sexuelle de base *(core sexual identity)* [Stoller, 1973], c’est-à-dire une conscience d’appartenir au genre masculin ou féminin, généralement irréversible après trois ans.

Durant la première phase du développement, la relation avec la mère est cruciale pour les enfants des deux sexes. La phase de rapprochement du processus de séparation-individuation (Mahler, Pine et Bergman, 1975) se produit environ en même temps que la découverte des différences sexuelles, soit entre 16 et 28 mois. Cette cooccurrence renforce le processus de différenciation entre le Soi et les autres ainsi que la formation d’une identité sexuelle ferme.

Chodorow (1978) croit que, du fait de la similarité sexuelle entre la mère et la fille, le processus de séparation est moins marqué chez la fillette que chez le petit garçon. En conséquence, un certain flou quant aux frontières du Moi s’observe fréquemment chez les femmes adultes. Bien que, traditionnellement, on ait associé les frontières fermes du Moi à la force du Moi, il semble que cette conception corresponde à une vision masculine de la santé mentale qui ne convient pas nécessairement aux femmes. Le plus souvent, une plus grande flexibilité des frontières du Moi permet de mieux tolérer les régressions adaptatives, facilite le processus d’identification et aide à développer l’empathie. En revanche, une trop grande porosité des frontières du Moi peut être à l’origine d’un problème d’estime de soi et d’une inhibition dans le développement de l’indépendance.

Du fait des différences sexuelles entre la mère et le fils, le processus de séparation est plus marqué dans le développement du petit garçon. Il semble que l’identité sexuelle masculine soit intimement liée à la séparation d’avec la mère. En conséquence de cette phase, les hommes ont tendance à valoriser l’autonomie, les réalisations individuelles et l’accomplissement. Cependant, le risque de cette dynamique serait de pousser trop rapidement le petit garçon vers la séparation, ce qui le priverait du même coup de la possibilité de développer ses capacités d’affiliation.

La façon dont les garçons et les filles traversent la phase de rapprochement a certaines implications. Pour les hommes, les conflits de rapprochement et de séparation sont souvent compliqués d’anxiété face à l’identité masculine. Pour les femmes, ces conflits mettent moins en cause l’identité sexuelle, mais ils peuvent provoquer de la confusion au sujet des frontières du Moi.

La coïncidence temporelle entre la phase de rapprochement dans le processus de séparation-individuation et l’entrée dans la phase œdipienne peut être considérée comme un des éléments majeurs de la compréhension psychodynamique des différences sexuelles du développement. La présence du père pour les deux sexes permet les relations triangulaires, qui facilitent le processus de séparation-individuation.

Pour la petite fille, le développement de son intérêt sexuel pour le père fait partie de l’identification à la mère, mais il amène aussi la peur de perdre son amour. Le développement d’intérêts extérieurs, sexuels et autres, de la petite fille détermine son entrée dans la phase de latence, où le monde extérieur au triangle œdipien prend une importance grandissante.

Pour le petit garçon, le développement de son intérêt sexuel pour la mère est lié à une perte de la relation préœdipienne avec elle. Le pénis est souvent utilisé comme objet transitionnel, avec une augmentation correspondante de la masturbation. La formulation de la phase œdipienne est restée relativement inchangée depuis Freud, puisque l’angoisse de castration associée aux désirs œdipiens semble confirmée par les observations cliniques. L’identification au père et la consolidation de l’identité masculine qui s’ensuit correspondent à la résolution de la phase œdipienne et à l’entrée dans la phase de latence.

On observe que, alors que la phase œdipienne requiert un changement d’objet chez la fillette, sa résolution requiert un changement de figure identificatoire chez le petit garçon. Chaque sexe doit ainsi faire face à des écueils différents ayant des conséquences différentes au point de vue du développement.

La controverse au sujet du développement homosexuel déborde le cadre de ce chapitre. Les théories évoquées précédemment s’appliquent sans doute de façon différente dans ce cas. Selon Isay (1996), des différences d’origine constitutionnelle détermineraient la façon dont le petit garçon homosexuel traverse la phase œdipienne. Celle-ci serait principalement orientée vers le père et influencerait subséquemment de façon complexe les processus d’identification au père et à la mère.

[1704]

Latence

La phase de latence (de l’âge de 6 ans à 11 ans environ) fournit à l’enfant, garçon et fille, l’occasion de consolider son identité sexuelle autant que ses capacités intellectuelles, physiques et sociales. On note des différences sexuelles importantes dans la façon de jouer. Lorsque les règles du jeu causent des conflits entre les joueurs, les filles ont tendance à cesser de jouer afin de préserver la concorde, alors que les garçons ont tendance à exclure temporairement un joueur afin de terminer le jeu selon les règles établies (Gilligan, 1982). Ces observations sont liées à d’importants travaux sur le développement moral des hommes et des femmes. D’après Gilligan, au départ, les femmes assument la connexion entre les partenaires, dans laquelle elles voient la base des relations (et démontrent donc une plus grande peur de la séparation et de l’isolement), tandis que les hommes assument la séparation des individualités (et démontrent une plus grande peur de la fusion et du rapprochement).

À partir de ces présuppositions, les hommes et les femmes ont tendance à juger les dilemmes moraux différemment. Ainsi, les femmes se demandent quelle solution est la plus appropriée au bien-être des personnes en cause *(ethics of care),* alors que les hommes se demandent quelle solution est la plus juste *(ethics of justice*). C’est précisément cette différence qu’on observe, sous forme ludique, à la phase de latence.

Adolescence

L’adolescence est une période cruciale du développement de l’identité. Bios (1962) décrit un second processus de séparation-individuation qui se déroule durant cette période. Alors que le processus de différenciation exige du garçon qu’il prenne ses distances par rapport aux figures parentales, pour la fille l’attachement aux parents semble mieux coexister avec sa maturation.

Certains phénomènes biologiques acquièrent une signification particulière dans le développement psychosexuel. Pour les adolescentes, la première menstruation a des effets positifs et négatifs. L’instauration des menstruations a souvent comme conséquence de réorganiser l’image corporelle de la jeune fille, provoquant chez elle à la fois un sentiment de fierté à l’idée d’être davantage une femme et un sentiment d’embarras, voire de honte, à propos de l’absence de contrôle du saignement. Les changements qui touchent les caractères sexuels secondaires, tels le développement des seins, la redistribution des graisses et l’apparition des sécrétions vaginales, sont vécus avec la même ambivalence.

Les changements corporels qui se produisent chez les adolescents mâles, comme la mue, le développement disproportionné des membres, l’apparition de la barbe et des poils sur le corps, les premières éjaculations nocturnes, ont également des répercussions à la fois anxiogènes et organisatrices sur eux, lesquelles, curieusement, ont été relativement peu explorées.

La sexualité prend une importance nouvelle à l’adolescence. Pour l’adolescent, l’identité masculine adulte est liée de façon importante à la performance sexuelle. Les désirs sexuels sont souvent vécus de façon exacerbée chez le garçon, qui éprouve le besoin de libérer sa tension sexuelle et de se prouver sa virilité. Il semble que la sexualité de l’adolescente soit plus relationnelle, moins génitale dans son expression.

L’adolescence est également une période d’expérimentation de différentes identités ainsi que d’expérimentation de la sexualité. Les expériences homosexuelles y sont relativement fréquentes et souvent transitoires. Pour les adolescents et adolescentes homosexuels, par contre, cette période est une première étape vers l’acceptation et l’affirmation de leur orientation sexuelle. Cela ne se fait cependant pas sans difficulté ; on rapporte en effet que le taux de suicide chez les adolescents et adolescentes homosexuels est trois fois plus élevé que chez les adolescents hétérosexuels (Gibson, 1989).

Au cours de l’enfance, les petits garçons sont plus vulnérables au stress que les petites filles et, en conséquence, on note chez eux une incidence de psychopathologies plus élevée. À l’adolescence, cette tendance s’inverse.

Début de l’âge adulte

À l’âge adulte apparaissent les conflits entre la créativité et la stagnation. De nos jours, la maternité n’apparaît plus comme la seule voie possible de réalisation pour une femme. Toutefois, quel que soit le choix de la femme face à la maternité, il a des implications identitaires. Les jeunes femmes font souvent face à [1705] des décisions difficiles au début de leur vie d’adultes. La grossesse est souvent à l’origine d’une crise de maturation qui permet de résoudre des conflits antérieurs, en particulier en ce qui a trait à la relation avec la mère et à l’identification à celle-ci.

Au début de l’âge adulte, le jeune homme tente par-dessus tout de consolider son sens de la masculinité. Pour ce faire, il doit négliger certains aspects de lui-même qui lui apparaîtraient comme trop féminins. Levinson (1978) a décrit les vicissitudes de la polarité masculinité-féminité dans le développement des hommes :

- Bien que l’homosexualité et la féminité soient deux choses différentes, elles sont associées au niveau inconscient. Toute pulsion homosexuelle cause donc beaucoup d’anxiété et doit être réprimée puisqu’elle est perçue comme étant féminine. Les prouesses physiques sont vues comme une illustration de la masculinité.

- L’ambition et le succès au travail sont rapprochés de la masculinité. Plus le travail est traditionnellement mâle, plus le sens de la masculinité qui lui est associé est fort.

- Le pouvoir est un élément majeur de la masculinité. Il est important d’exercer un certain contrôle sur les autres, d’être un leader pour sentir qu’on est un homme. La faiblesse a un tel effet destructeur sur le sentiment de masculinité qu’elle doit être évitée à tout prix.

- La masculinité suppose une façon de penser et de réagir rationnelle, analytique et intellectuelle, définie par rapport à la façon de fonctionner plus émotive des femmes.

L’importance du rôle du père dans la famille et les profondes implications psychologiques de la paternité chez un homme ont été trop longtemps ignorées. Le désir d’un homme d’avoir un enfant et de s’en occuper se développe bien avant la conception ou la naissance de son enfant. On remarque des différences entre la mère et le père dans la manière d’interagir avec l’enfant. La mère a tendance à être plus rassurante et calmante, alors que le père a tendance à être plus stimulant.

Âge mûr

On peut considérer que l’âge mûr commence à peu près au moment où la perspective de vie change, s’orientant vers la vie qu’il « reste » à vivre. Alors que le jeune homme est préoccupé par l’établissement de sa masculinité, l’homme d’âge mûr renoue souvent avec certains côtés de lui qu’il avait négligés. Ainsi, il redécouvre l’importance des relations intimes et accepte mieux ses propres besoins de rapprochement, de dépendance et de passivité. La femme, pour sa part, exprime en général plus facilement son agressivité et s’affirme davantage.

Les implications psychophysiologiques de la ménopause ont soulevé la controverse. Alors que certains auteurs décrivaient auparavant la ménopause comme une période de deuils intenses sur le plan de la féminité et sur celui de l’estime de soi, des recherches plus récentes ont montré que, pour la majorité des femmes, la ménopause n’est pas une période de crise en soi. Les diverses circonstances de la vie, que ce soit le deuil définitif de la possibilité d’avoir des enfants chez une femme qui n’en a jamais eu ou le syndrome du nid vide vécu par celle dont les enfants ont grandi, détermineront souvent des réactions différentes à la ménopause. Dans une société qui valorise la jeunesse et la beauté, la perte narcissique associée au vieillissement du corps peut se vivre difficilement.

Vieillesse

La génération actuelle d’hommes âgés s’est définie en grande partie grâce au travail. La retraite, qu’elle soit volontaire ou forcée, marque un tournant dans le développement des hommes plus âgés. Elle requiert un réinvestissement de l’estime de soi. Pour certains, elle représente une perte narcissique difficile à accepter.

Comme les femmes vivent en moyenne plus longtemps que les hommes, elles vieillissent souvent seules. Les réseaux féminins d’amies ou de parentes peuvent alors s’avérer particulièrement importants chez les femmes âgées.

70.2. DIFFÉRENCES SEXUELLES  
ET TROUBLES PSYCHIATRIQUES

L’homme et la femme diffèrent autant par leur physiologie que par leurs expériences de vie. Ces différences se reflètent en partie dans les différences épidémiologiques concernant les troubles psychiatriques (voir le tableau 70.1).

[1706]

70.2.1. Troubles liés  
à l’abus de substances [[2]](#footnote-2)

Selon le DSM-IV, les troubles liés à l’alcoolisme sont cinq fois plus répandus chez l’homme que chez la femme. Cet écart entre les hommes et les femmes diminue cependant avec l’âge, car les femmes commencent à consommer davantage d’alcool plus tard que les hommes. Les effets de l’alcool progressent plus rapidement chez les femmes ; pour cette raison, vers la quarantaine, elles subissent les mêmes conséquences que les hommes du point de vue de la santé, des relations sociales et du travail (American Psychiatric Association, 1994).

TABLEAU 70.1

Répartition de la fréquence des troubles psychiatriques selon le sexe

|  |  |
| --- | --- |
| **Troubles diagnostiqués au moins deux fois chez l’homme adulte** | **Troubles diagnostiqués au moins deux fois chez la femme adulte** |
| Troubles liés à la consommation d’alcool  Troubles liés à la consommation de cannabis, d’hallucinogènes, de solvants volatils, d’opiacés, de phencyclidine  Troubles de l’identité sexuelle, paraphilies  Pyromanie, jeu pathologique  Personnalité antisociale | Troubles dépressifs majeurs, troubles dysthymiques  Agoraphobie, attaques de panique, phobies  Anorexie mentale et boulimie  Troubles dissociatifs  Troubles somatoformes  Kleptomanie, trichotillomanie  Personnalité limite |

Les troubles liés à l’usage d’amphétamines, de cannabis, d’hallucinogènes, de solvants volatils et de phencyclidine sont tous plus fréquents chez l’homme que chez la femme. Ceux qui sont liés à la consommation de cocaïne ont une prévalence égale chez les deux sexes, alors que les troubles liés à l’abus de sédatifs, d’hypnotiques et d’anxiolytiques sont plus communs chez la femme (American Psychiatric Association, 1994).

La recherche indique qu’on trouve davantage d’autres troubles psychiatriques associés chez les femmes alcooliques ou toxicomanes que chez les hommes alcooliques ou toxicomanes. Cependant, ces différences sexuelles semblent refléter les différences de prévalence rapportées dans la population en général. D’ailleurs, le risque légèrement supérieur de maladies affectives chez les alcooliques et les toxicomanes de sexe masculin ne correspond pas aux différences observées entre les sexes dans la population générale. Si l’alcoolisme et la toxicomanie font partie de la gamme des troubles dépressifs, les hommes alcooliques et toxicomanes utilisent peut-être des substances psychoactives pour atténuer les symptômes de dépression et risquent, d’autre part, de présenter des signes de dysphorie à la suite de l’utilisation de ces substances (Brady et coll., 1993).

70.2.2. Schizophrénies [[3]](#footnote-3)

On considère généralement que l’incidence de la schizophrénie est égale chez les deux sexes. Les estimations des risques relatifs varient selon les systèmes diagnostiques. Les définitions plus étroites de la maladie, qui excluent les symptômes affectifs (celle du DSM-IV, entre autres), tendent à donner un rapport hommes/femmes plus élevé.

Les différences sexuelles dans l’évolution de la schizophrénie pourraient provenir du début plus tardif de cette maladie chez la femme que chez l’homme. En raison des années supplémentaires de bonne santé dont jouissent les femmes comparativement aux hommes, celles qui souffrent de schizophrénie ont pu se rendre plus loin dans leur éducation, acquérir plus de compétences domestiques et professionnelles, mieux s’établir au point de vue financier, tisser un réseau social plus étendu avant que la maladie survienne, tout cela favorisant un pronostic plus optimiste.

Les effets protecteurs potentiels des œstrogènes, à cause de leur activité antidopaminergique, constituent une autre explication possible de l’évolution plus favorable de la schizophrénie chez la femme. Au cours de la vie fœtale, il y a peut-être une période critique, durant la maturation du cerveau, où le gène hypothétique de la schizophrénie se manifeste. Les stéroïdes féminins pourraient protéger les neurones des effets dommageables de ce gène (ou de ces gènes). À la vie adulte, il y a plus de risques que les symptômes psychotiques empirent chez une femme lorsque son [1707] taux d’œstrogènes est en baisse (avant la menstruation, après la grossesse ou durant la ménopause). Parmi les autres explications possibles, on trouve une latéralisation cérébrale moins prononcée chez la femme (ce qui permet une meilleure compensation du dysfonctionnement de l’hémisphère gauche qui est peut-être en cause dans la schizophrénie), une meilleure réaction des femmes aux neuroleptiques (à cause des plus grandes réserves de tissus adipeux, des doses plus faibles sont suffisantes, ce qui réduit les effets indésirables et facilite la coopération de la patiente) ainsi qu’une meilleure réponse aux programmes de réadaptation psychosociale (Seeman, 1992).

On note également des différences sexuelles dans la séméiologie de la schizophrénie. Les hommes ont tendance à présenter plus de symptômes négatifs, tandis que les femmes présentent plus de signes de dysphorie et de dépression. Il y a plus d’alcoolisme, de toxicomanie et de comportements antisociaux chez les hommes que les chez femmes, alors que celles- ci sont plus souvent victimes de leur entourage ou d’étrangers. Les hommes présentent des déficits frontaux plus marqués. On relève aussi chez eux une plus grande fréquence d’accidents neurologiques précoces et de complications obstétricales (Seeman, 1992).

70.2.3. Troubles de l’humeur [[4]](#footnote-4)

Les troubles dépressifs (uniques ou récurrents) et la dysthymie sont deux fois plus fréquents chez la femme que chez l’homme. Selon le DSM-IV, les dépressions atypiques et saisonnières sont plus fréquentes chez la femme que chez l’homme, alors que les traits mélancoliques sont également distribués entre les patients déprimés masculins et féminins. L’incidence accrue de la dépression chez la femme apparaît à la puberté et persiste tout au long des années où la reproduction est possible (American Psychiatric Association, 1994).

Des études basées sur la communauté montrent que les taux plus élevés de dépression chez la femme ne peuvent s’expliquer ni par les différences entre les hommes et les femmes dans la recherche d’aide, ni par l’expérience du stress quotidien ou la manière d’y réagir, ni par la possibilité d’exposition à d’autres facteurs reliés à la dépression, ni par la tendance des médecins à diagnostiquer davantage de maladies psychiatriques chez les femmes que chez les hommes. Comme cela a été mentionné à la section 70.2.1, il est possible que l’alcoolisme, en tant qu’équivalent de la dépression, contribue au taux plus bas de dépression chez les hommes.

Les explications psychosociales de la prévalence plus élevée de la dépression chez les femmes sont reliées à leur vulnérabilité sociale. L’absence d’un confident, la présence de jeunes enfants à la maison, les origines sociales modestes, l’absence de travail à l’extérieur de la maison et la perte précoce de la mère ont été désignées comme des facteurs de risque (Brown et Harris, 1978). Le travail à l’extérieur de la maison pourrait ne constituer une protection qu’avec la présence d’un bon soutien social. De plus, alors que le mariage semble protecteur pour l’homme, il ne paraît pas conférer le même avantage à la femme. Par ailleurs, le manque de pouvoir économique et juridique, la dépendance à l’égard des autres, une faible estime de soi et des aspirations peu élevées peuvent mener au développement d’une impuissance apprise (learned helplessness).

On a noté que plusieurs femmes souffrent de dépression lorsque les taux d’œstrogènes en circulation subissent une baisse marquée (p. ex. avant la menstruation, après la grossesse et à la ménopause). Bien qu’une baisse du taux d’œstrogènes ne déclenche pas de symptômes de dépression d’une manière simple ou directe, certaines femmes peuvent avoir une sensibilité accrue aux changements hormonaux. Les œstrogènes affectent les systèmes neurotransmetteurs multiples et amplifient la transmission sérotoninergique. Les récepteurs d’œstrogènes sont situés dans les régions du cerveau participant à la régulation de l’humeur. Selon certaines hypothèses, le développement du système sérotoninergique serait influencé par les hormones gonadiques, créant un terrain propice à l’apparition de troubles dépressifs chez les femmes qui y sont génétiquement ou socialement prédisposées. Toutefois, il reste que la majorité des dépressions associées aux chutes d’œstrogènes sont probablement plutôt des épisodes de troubles majeurs de l’humeur qui, pour plusieurs raisons, coïncident avec des changements physiologiques sans être nécessairement provoqués par eux.

Par contraste, les troubles bipolaires I ont la même prévalence chez les deux sexes. Chez l’homme, [1708] les premiers épisodes tendent à être maniaques, tandis qu’ils tendent à être dépressifs chez la femme. Les troubles bipolaires II sont peut-être légèrement plus communs chez les femmes, mais les troubles cyclothymiques sont également répandus chez les deux sexes. Les femmes sont de trois à neuf fois plus susceptibles de présenter un profil de cycles rapides dans les maladies bipolaires (American Psychiatric Association, 1994).

70.2.4. Troubles anxieux [[5]](#footnote-5)

Parmi les troubles anxieux répertoriés dans le DSM-IV, les phobies spécifiques présentent la prédominance la plus élevée chez les femmes. Les ratios de prévalence en fonction du sexe varient selon la nature de la phobie.

Dans les échantillons cliniques, la phobie sociale est un peu plus commune chez l’homme, mais il semble que, dans la population générale, la phobie sociale soit en réalité légèrement plus élevée chez la femme. Il est possible que les hommes présentant une phobie sociale souffrent plus de dysfonctionnement social et consultent davantage (American Psychiatrie Association, 1994).

L’agoraphobie a également une plus grande prévalence chez les femmes. Le DSM-IV rapporte que, dans des études cliniques, l’attaque de panique, accompagnée ou non d’agoraphobie, est de deux à trois fois plus courante chez les femmes.

L’anxiété généralisée et l’état de stress post-traumatique sont légèrement plus fréquents chez la femme, alors que le trouble obsessionnel-compulsif a une égale prévalence chez les deux sexes. Des études montrent que les femmes présentant un trouble obsessionnel-compulsif tendent à être des « nettoyeuses » (cleaner type), tandis que les hommes souffrant de cette maladie sont plutôt des « vérificateurs » (checker type) [American Psychiatric Association, 1994].

Des études portant sur les familles de sujets souffrant de troubles anxieux indiquent que ces affections pourraient être familiales et qu’elles pourraient chevaucher les troubles dépressifs. Ce chevauchement pourrait expliquer en partie la fréquence plus élevée de l’anxiété chez la femme. On a également signalé que, alors que les symptômes dépressifs sont associés à des événements entraînant des pertes, les symptômes de l’anxiété sont reliés à des événements menaçants. On ne sait pas avec certitude si les femmes sont plus exposées à des événements menaçants que les hommes ou si elles sont plus affectées par ces événements.

70.2.5. Troubles dissociatifs [[6]](#footnote-6)

Les troubles de la dissociation de l’identité sont diagnostiqués de trois à neuf fois plus souvent chez les femmes que chez les hommes. Les femmes qui souffrent de ces troubles ont tendance à posséder un plus grand nombre d’identités distinctes, en moyenne 15 ou plus, tandis que les hommes ont en moyenne environ 8 identités (American Psychiatric Association, 1994).

Comme on le verra plus en détail à la section 70.3, le lien entre les troubles dissociatifs et les sévices physiques et sexuels, bien que controversé, peut expliquer en partie la différence entre les hommes et les femmes quant à la prévalence des troubles dissociatifs.

70.2.6. Troubles somatoformes [[7]](#footnote-7)

Les troubles somatoformes sont généralement beaucoup moins fréquents chez les hommes occidentaux, en raison de facteurs culturels.

Le trouble de conversion est de 2 à 10 fois plus fréquent chez les femmes. Chez les hommes, les symptômes de conversion tendent à se manifester après des accidents du travail ou dans un contexte militaire. Il faut alors les différencier soigneusement de la simulation ou de la personnalité antisociale.

Le trouble douloureux est également plus commun chez les femmes, tandis que l’hypochondrie et la peur d’une dysmorphie corporelle ont une égale prévalence chez les deux sexes (American Psychiatric Association, 1994).

70.2.7. Troubles de l’alimentation [[8]](#footnote-8)

On enregistre une plus grande prévalence de troubles de l’alimentation dans les sociétés industrialisées où [1709] la nourriture est abondante et où, spécialement pour les femmes, l’estime de soi et la beauté dépendent de la minceur. En Amérique du Nord, l’anorexie et la boulimie sont environ neuf fois plus courantes chez les femmes que chez les hommes ; elles touchent le plus souvent des femmes blanches, adolescentes ou jeunes adultes, des classes moyenne ou supérieure. Au cours de la dernière décennie, toutefois, on a signalé davantage de cas concernant des hommes, des membres de minorités ethniques et des femmes de tous les groupes d’âge. La recherche indique que les hommes homosexuels pourraient courir un risque plus grand que les hommes hétérosexuels, et que les hommes souffrant de boulimie présenteraient un taux d’obésité prémorbide plus élevé que les femmes (American Psychiatric Association, 1994).

70.2.8. Troubles  
de la personnalité [[9]](#footnote-9)

Les troubles de la personnalité du groupe B (personnalités dramatiques et émotives), selon le DSM-IV, semblent obéir à une certaine division selon les sexes. Une personnalité antisociale ou une personnalité narcissique sont plus souvent diagnostiquées chez les hommes, alors que les femmes présentent surtout une personnalité limite (borderline) ou une personnalité histrionique. Il existe des différences sexuelles réelles en ce qui a trait à la prévalence, lesquelles peuvent être dues en partie à des facteurs d’éducation dans le développement de caractéristiques « masculines » ou « féminines », à des différences dans le processus de séparation-individuation ou encore à des diagnostics orientés par les stéréotypes sexuels des praticiens. La personnalité antisociale, en particulier, pourrait être signalée moins souvent chez les femmes en raison de l’accent mis sur les actes agressifs dans les critères diagnostiques, tout comme la personnalité limite pourrait être sous-diagnostiquée chez les hommes en raison de l’accent mis sur les gestes d’automutilation (American Psychiatric Association, 1994).

Les troubles de la personnalité du groupe A (personnalités bizarres ou excentriques), soit les personnalités paranoïaque, schizoïde et schizotypique, sont légèrement plus fréquents chez l’homme que chez la femme. Aucune tendance précise n’émerge des troubles de la personnalité du groupe C (personnalités anxieuses et craintives) : la personnalité dépendante semble plus courante chez les femmes, la personnalité obsessionnelle-compulsive est peut-être plus fréquente chez les hommes et la personnalité évitante paraît avoir une égale prévalence chez les deux sexes (American Psychiatric Association, 1994).

70.3. IMPACT DES SÉVICES PHYSIQUES  
ET SEXUELS

La relation entre les diverses formes de sévices et la maladie psychiatrique est complexe et controversée. Le débat sur les effets des sévices sexuels dure depuis un siècle. En 1896, Freud a émis l’hypothèse selon laquelle des sévices sexuels exercés durant l’enfance pouvaient être un facteur causal de l’apparition de problèmes émotionnels chez la femme adulte. Cependant, il en est venu, plus tard, à penser que les récits de ses patientes au sujet de présumées expériences sexuelles avec leur père étaient imaginaires. Changeant de modèle, Freud est passé de la théorie de la séduction au complexe d’Œdipe, ce qui a enlevé de l’importance au contexte social dans lequel les troubles psychologiques évoluent.

Il est important de comprendre que la réalité traumatique des sévices s’insère dans le contexte psychodynamique de la victime pour créer l’effet destructeur. Souvent, c’est précisément lorsqu’il y a une intrusion brutale de la réalité dans le monde des fantaisies que les dommages psychiques sont les plus graves. Loin de nier la réalité des sévices, ce point de vue permet de mieux comprendre ses effets à long terme.

On estime que garçons et filles courent un risque égal d’être victimes de sévices physiques durant leur enfance, tandis que les filles sont de deux à trois fois plus exposées aux sévices sexuels durant leur enfance.

Pour le moment, il n’existe aucun consensus à propos des conséquences à court terme et à long terme des sévices physiques et sexuels. Des études cliniques indiquent que de 20% à 40% des jeunes victimes en consultation présentent des symptômes psychiatriques importants. Les types d’expériences qui semblent les plus dommageables sont les sévices sexuels exercés par le père ou par une figure paternelle, les contacts génitaux et le recours à la force [1710] physique. Environ 20% des victimes présentent, à l’âge adulte, des séquelles à long terme. Les effets à court terme chez les enfants comprennent la peur, l’anxiété, la dépression, la colère, l’hostilité, l’agressivité et les comportements sexuels non appropriés. Les conséquences à long terme chez les adultes incluent l’anxiété, la dépression, une faible estime de soi, un comportement autodestructeur, une tendance à devenir de nouveau victime, de la difficulté à faire confiance aux autres, une inadaptation sexuelle, l’alcoolisme et la toxicomanie.

Les effets psychiques et comportementaux les plus durables consistent en une fragmentation de l’identité. Cette fragmentation se produit lorsque les victimes essaient de s’adapter au jugement des autres membres de la famille et des personnes de l’extérieur en niant les sévices, en altérant leurs réactions affectives et en transformant la signification des sévices. Ces stratégies, qui peuvent permettre de tenir le coup pendant un certain temps, requièrent des défenses psychologiques (négation, dissociation, identification à l’agresseur, répression et distorsion) susceptibles de former plus tard le noyau des difficultés psychiatriques des victimes.

Les travaux de Herman (1992) auprès de personnes ayant subi des sévices répétés durant l'enfance ont entraîné la création d’un nouveau concept clinique : le syndrome de stress post-traumatique complexe. Il comprend les symptômes de l’état de stress post-traumatique général, auxquels s’ajoutent des changements de personnalité. Ces changements se manifestent cliniquement sous la forme d’une instabilité affective, de dissociation, d’une fragmentation de l’identité, de déformations des relations et d’une vulnérabilité aux mauvais traitements répétés, qu’ils soient infligés par la victime elle-même (automutilation, autopunition) ou par d’autres. Il est possible que le syndrome de stress post-traumatique complexe recoupe jusqu’à un certain point le diagnostic de personnalité limite, qui peut alors apparaître dans certains cas comme une forme de trouble de la personnalité post-traumatique. La prévalence élevée d’histoires de sévices dans l’enfance des personnes présentant une personnalité limite vient éclairer quelque peu la similarité de ces problèmes psychiatriques.

Une minorité des victimes de sévices deviennent des patients psychiatriques, mais une grande proportion de patients psychiatriques adultes ont subi de mauvais traitements physiques ou sexuels durant leur enfance. La fréquence de mauvais traitements antérieurs est d’environ 50% pour les patients psychiatriques, de 70% pour les patients présentant une personnalité limite et de 90% pour les patients souffrant de troubles dissociatifs de l’identité.

L’établissement d’une alliance thérapeutique avec des victimes de sévices peut s’avérer particulièrement difficile. Les thérapeutes doivent préciser à leur patient que leur relation sera sécuritaire et peuvent utiliser la relation patient-thérapeute pour entamer un dialogue sur la confiance. Dans un environnement sécuritaire, les victimes seront peut-être capables de reconstruire leurs expériences ; des affects qui, auparavant, débordaient leurs défenses peuvent en venir à être tolérés graduellement. Grâce à un appui empathique, les victimes sont susceptibles de commencer à comprendre et à contenir les affects les plus forts. La capacité d’éprouver de nouveau de la colère devient une partie critique du processus de guérison.

70.4. PROBLÈMES SPÉCIFIQUES

70.4.1. Syndrome prémenstruel  
ou trouble dysphorique  
prémenstruel

Depuis plusieurs années, l’existence du syndrome prémenstruel en tant qu’entité spécifique fait l’objet d’un débat à la fois dans les médias et dans la littérature spécialisée. Cela a créé une certaine confusion dans la définition du syndrome qui a donné lieu, par moments, à une généralisation excessive de ce problème et à une stigmatisation des femmes en général. Or il importe de distinguer le syndrome prémenstruel de la physiologie féminine normale, car plusieurs études ont observé qu’au moins 75% des femmes rapportent un symptôme ou plus durant la période prémenstruelle.

Dans la littérature clinique, le syndrome prémenstruel est parfois défini de façon générale comme un ensemble de symptômes physiques (œdème, sensibilité des seins, etc.) et psychologiques (tristesse, anxiété, irritabilité, etc.) qui surviennent durant la période prémenstruelle et sont absents durant la phase folliculaire du cycle menstruel.

Des critères diagnostiques plus spécifiques sont en cours d’élaboration, ce qui favorisera la mise sur [1711] pied d’études mieux construites sur le plan méthodologique. Le DSM-IV examine le diagnostic de trouble dysphorique prémenstruel, défini par la présence d’au moins cinq symptômes parmi les suivants pendant au moins deux cycles consécutifs :

- dépression ;

- anxiété ;

- sautes d’humeur ;

- irritabilité ;

- diminution de l’intérêt ;

- baisse de concentration ;

- manque d’énergie ;

- changement dans l’appétit ;

- changement des habitudes de sommeil ;

- sentiment de perte de contrôle ;

- symptômes physiques.

Les études indiquent une prévalence de ce trouble de 3% à 5% chez les femmes en âge de procréer. Une incidence élevée de troubles psychiatriques, en particulier de troubles majeurs de l’humeur, a été observée dans l’histoire antérieure des femmes souffrant d’un trouble dysphorique prémenstruel.

Le traitement du syndrome prémenstruel a fait l’objet de nombreuses études dont la qualité méthodologique est variable. Les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) donnent des résultats positifs solides. La plupart des études utilisent un traitement continu, mais certaines études en arrivent à la conclusion qu’un traitement intermittent pourrait être aussi efficace. Chez certaines femmes, la suppression pharmacologique de l’ovulation apparaît comme un traitement efficace (Yonkers, 1997).

70.4.2. Troubles psychiatriques  
durant la grossesse

De tous les dilemmes cliniques, la prescription de psychotropes aux femmes enceintes est certainement un des plus difficiles. En effet, le risque de tératogénie suscite beaucoup d’angoisse autant chez les psychiatres que chez les patientes et leur entourage.

En raison de l’hyperœstrogénie, on aurait tendance à croire que la grossesse pourrait procurer une certaine protection contre les troubles psychiatriques, mais cela ne paraît pas être le cas, en particulier pour les dépressions récurrentes (unipolaires et bipolaires). De plus, il semble que les rechutes tendent à se produire tôt dans la grossesse, en moyenne aux environs de la sixième semaine. Une bonne connaissance et une bonne évaluation des risques et des bénéfices du traitement pharmacologique sont donc d’une importance cruciale.

Durant les trois premières semaines suivant la conception (environ jusqu’à la première menstruation manquée), le risque de tératogénie est minimal en raison de l’absence de vascularisation de l’ovocyte. C’est au premier trimestre que le risque est le plus important. Cependant, cela ne veut pas dire qu’il faille absolument éviter toute médication. Le rapport risques/bénéfices doit être évalué avec soin.

Il semble que les neuroleptiques incisifs soient relativement sécuritaires et que, par contre, les neuroleptiques sédatifs doivent être évités. On ne dispose pas de données suffisantes pour évaluer le risque que présentent les antipsychotiques atypiques.

Le fait, pour la femme enceinte, de prendre au premier trimestre des antidépresseurs tricycliques (en particulier des amines secondaires) ou de la fluoxétine ne semble pas associé à des malformations congénitales majeures. Les données concernant l’association de la fluoxétine et des malformations mineures sont controversées. On ne dispose pas de données quant au risque associé aux autres ISRS.

On rapporte un risque relatif de 0,05% de maladie d’Ebstein avec le lithium, tandis que la carbamazépine est associée à 1% de risque de spina-bifida et l’acide valproïque, à 5% de risque d’anomalie du tube neural.

On mentionne souvent un risque d’augmentation de fissures palatines de 0,6% avec les benzodiazépines, mais on ignore si ce risque est applicable uniformément à toutes les benzodiazépines.

Le deuxième trimestre de la grossesse est une période relativement sécuritaire.

Certaines études pourraient faire croire à un risque de toxicité périnatale suivant la prise d’antidépresseurs au troisième trimestre. Ces études sont méthodologiquement discutables, et rien ne permet actuellement de conclure à une augmentation de la toxicité périnatale chez le bébé exposé à des antidépresseurs au troisième trimestre. Étant donné le risque de dépression durant le post-partum chez les patientes ayant des antécédents de dépression, il ne paraît pas [1712] approprié de cesser d’utiliser les antidépresseurs juste avant l’accouchement, comme cela a parfois été suggéré (Cohen, 1998).

70.4.3. Troubles du post-partum

Le nouvel état de mère s’accompagne de réaménagements majeurs sur les plans personnel et conjugal. Bien que cette transition s’effectue dans la joie pour la plupart des femmes, certaines d’entre elles éprouvent des difficultés émotionnelles importantes pendant la grossesse ou le post-partum.

« Bleus » du post-partum

Les « bleus » du post-partum désignent une condition fréquente (de 50% à 70% des femmes pendant le post-partum), bénigne et transitoire qui débute en général trois ou quatre jours après l’accouchement et qui atteint typiquement son intensité maximale les quatrième et cinquième jours. Ce syndrome se caractérise surtout par une labilité émotionnelle, une tendance aux pleurs, de l’anxiété et de l’irritabilité. À l’heure actuelle, les hypothèses étiologiques au sujet de cette affection, qu’elle soit de nature biologique ou de nature psychologique, n’ont pas été confirmées.

Le traitement repose essentiellement sur le réconfort apporté à la femme et à son conjoint. Les femmes doivent être encouragées à consulter si les symptômes persistent au-delà de deux semaines.

Dépression pendant le post-partum

De 8% à 15% des femmes qui ont accouché auront une dépression pendant le post-partum. On décrit cette dépression comme un état dépressif d’une durée d’au moins deux semaines, habituellement d’intensité légère ou modérée. Les symptômes de la dépression pendant le post-partum sont semblables à ceux de la dépression survenant à un autre moment de l’existence. Par ailleurs, les femmes déprimées pendant le post-partum expriment en général des sentiments d’inadéquation quant à leur rôle maternel. La dépression pendant le post-partum débute ordinairement de trois à six mois après l’accouchement.

Plusieurs études longitudinales indiquent que les facteurs de risque psychosociaux de la dépression pendant le post-partum sont semblables à ceux de la dépression majeure usuelle, soit des antécédents psychiatriques personnels et familiaux, des situations stressantes (survenant avant, pendant ou après la grossesse) et un soutien social inadéquat.

Bien que les hypothèses étiologiques hormonales demeurent intéressantes au point de vue conceptuel, les résultats de recherche contrôlées ne les ont pas confirmées jusqu’à présent.

La dépression pendant le post-partum persiste généralement pendant plusieurs mois. Étant donné ses conséquences négatives potentielles pour la mère, pour la relation conjugale et pour l’enfant, il est impératif qu’elle soit rapidement détectée et traitée.

Le traitement comprend un volet psychosocial et un volet pharmacologique. Dans un premier temps, une intervention de soutien auprès de la femme et de son conjoint s’avère nécessaire. Il importe, entre autres, de fournir des informations sur la dépression pendant le post-partum et de déculpabiliser la femme face à son état et à ses capacités maternelles. Une psychothérapie individuelle peut être particulièrement bénéfique lorsque la femme éprouve des sentiments conflictuels face à son rôle maternel. Des rencontres de couple peuvent être indiquées. Le rapport risques/bénéfices de l’usage d’une médication antidépressive devra être évalué, surtout si la femme allaite son enfant. Tous les psychotropes se retrouvent dans le lait maternel, mais les taux d’absorption par les nourrissons sont variables. Les médicaments sont en général indétectables dans le sérum des bébés par les méthodes de détection habituelles. En outre, on ne sait rien de l’effet à long terme chez le bébé d’une exposition à des traces de médicament. Aucun agent ne paraît plus sécuritaire ou moins sécuritaire, à l’exception du lithium, que devraient éviter les femmes qui allaitent (Cohen, 1998).

Psychose pendant le post-partum

Il s’agit de la forme la plus grave des troubles psychiatriques survenant pendant le post-partum. L’incidence de la psychose à l’intérieur des trois premiers mois du post-partum est de 1 à 2 pour 1 000 accouchements. À l’heure actuelle, la plupart des auteurs se rallient à l’idée que la majorité des psychoses pendant le post-partum font partie des troubles de l’humeur.

Habituellement, la psychose pendant le post-partum débute à l’intérieur des trois premières semaines [1713] après l’accouchement, après une courte période asymptomatique de deux ou trois jours. Les symptômes prodromiques comprennent des troubles du sommeil, une humeur dépressive, de l’irritabilité, une labilité émotionnelle et un sentiment de fatigue. La psychose pendant le post-partum se caractérise par de la confusion, une désorganisation du comportement et des symptômes schneideriens marqués. Les femmes qui ont des antécédents personnels ou familiaux de maladies affectives bipolaires risquent davantage de développer ce syndrome. L’incidence de celui-ci augmente également après un accouchement par césarienne.

Le traitement d’une psychose pendant le post-partum doit être vigoureux ; il nécessite habituellement une hospitalisation. Il est primordial de faire participer le conjoint au plan de traitement et de lui assurer du soutien. La mobilisation de l’entourage élargi est également souhaitable. Avec un traitement combinant antipsychotiques et antidépresseurs, la majorité des femmes voient leur état s’améliorer en deux ou trois mois. Par ailleurs, des études indiquent que plusieurs d’entre elles feront une rechute pendant les grossesses et les post-partum subséquents (Cohen, 1998).

70.5. DIFFÉRENCES SEXUELLES ET  
TRAITEMENTS PSYCHIATRIQUES

70.5.1. Pharmacothérapie

Les différences sexuelles constituent une cause potentielle de variations des propriétés thérapeutiques des médicaments, de leurs effets secondaires et des taux sériques. L’absorption, la biodisponibilité, la distribution et le métabolisme des médicaments peuvent varier selon le sexe. Or les études pharmacologiques visant à déterminer les doses thérapeutiques sont ordinairement menées auprès des hommes. Pourtant, les femmes consultent davantage et reçoivent plus souvent une médication psychotrope.

Pour les raisons mentionnées à la section 70.2.2, on note une efficacité supérieure des antipsychotiques chez la femme. En général, il semble que, pour des doses fixes d’un médicament, les femmes présenteront des taux sériques plus élevés, en particulier si elles prennent des contraceptifs oraux. De plus, ces taux peuvent varier en fonction du cycle menstruel. Certains effets secondaires, tels les épisodes dystoniques, les symptômes parkinsoniens, l’akathisie, la dyskinésie tardive et l’hypothyroïdie, sont plus fréquents chez les femmes (Godfroid, 1999).

70.5.2. Psychothérapie

L’influence du sexe sur le processus thérapeutique est un domaine complexe. Il n’existe pas de base claire permettant d’adresser de façon préférentielle un patient ou une patiente à un thérapeute de l’un ou l’autre sexe.

Selon Kaplan (1985), certains types d’interactions peuvent se produire plus fréquemment selon la combinaison du sexe du thérapeute avec celui du patient. Le thérapeute masculin apporte à la thérapie l’expérience personnelle d’une position dominante et le sentiment d’un Soi séparé. Un rapport de pouvoir peut s’établir entre une femme et son thérapeute si celui-ci n’est pas conscient de ses propres stéréotypes. Par contre, une relation thérapeutique avec un homme empathique peut offrir à la patiente la possibilité d’explorer les rapports de pouvoir ou de séduction et de développer son affirmation personnelle de façon sécuritaire.

Il est peut-être plus difficile pour un homme que pour une femme de reconnaître un besoin de consulter en santé mentale. On entend souvent des hommes dire qu’ils préfèrent une femme thérapeute, car ils sont gênés de révéler à un autre homme ce qu’ils perçoivent comme une faiblesse. Le thérapeute masculin doit prêter attention à ce problème, ainsi qu’aux rapports de force et de compétition qui risquent de s’installer. Il peut cependant donner l’occasion au patient d’avoir accès à ses processus affectifs en présence d’un autre homme.

La femme thérapeute s’engage dans un suivi selon un mode de fonctionnement plus relationnel et une certaine expérience d’une position subordonnée. Le patient masculin qui entre en thérapie peut ressentir beaucoup d’angoisse à l’idée d’abandonner le contrôle de la situation thérapeutique à une femme. Le fait d’être confronté par une femme thérapeute peut susciter des réactions défensives. La thérapeute doit être attentive aux rapports de pouvoir susceptibles de se manifester au cours de la thérapie.

Un grand nombre de femmes manifestent le désir d’amorcer une thérapie avec une femme thérapeute, [1714] car elles ont l’impression qu’elles seront plus à l’aise pour verbaliser leurs expériences intimes. Le recours à une thérapeute du même sexe offre des possibilités plus grandes d’identification. Par contre, la thérapeute doit considérer la possibilité d’une suridentification qui nuirait à l’expression de l’agressivité ou de la colère au cours du processus thérapeutique.

\*  
\* \*

Les différences sexuelles ont des répercussions importantes tant sur le plan du développement psychosexuel que sur celui du diagnostic ou sur celui du traitement des troubles psychiatriques. De plus, le contexte social et économique n’est pas identique pour les deux sexes. Afin de développer une approche complète de la psychiatrie, et pour éviter autant les stéréotypes rigides que la négation des différences, il importe de bien comprendre tout ce qui se rattache aux différences sexuelles.

Bibliographie

American Psychiatric Association

1994 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4e éd., Washington (D.C.), American Psychiatric Association ; trad. française DSM-IV - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Paris, Masson, 1996. .

BLOS, P.

1962 *On Adolescence,* New York, Free Press.

Brady, K.T., et coll.

1993 « Gender differences in substance use disorders », *Am. J. Psychiatry,* vol. 150, n° 11, p. 1707-1711. .

Brown, G.W., et Harris, T.

1978 *Social Origins of Depression : A Study of Psychiatric Disorders in Women*, Londres, Tavistock. .

Chodorow, N.

1978 The Reproduction of Mothering : Psychoanalysis and the Sociology of Gender, Berkeley, University of California Press. .

Cohen, L.S.

1998 « Pharmacologie treatment of depression in women : PMS, pregnancy and the post-partum period », *Depress. Anxiety,* vol. 8, p. 18-26.

Gibson, P.

1989 « Gay male and lesbian suicide », dans M.R. Feinleb (sous la dir. de), *Report ofthe Secretary’s Task Force on Youth Suicide,* vol. 3 : *Prévention and Intervention in Youth Suicide,* Rockville (Md.), US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration.

Gilligan, C.

1982 *In a Different Voice,* Cambridge (Mass.), Harvard University Press.

Godfroid, I.O.

1999 « Des variations intersexuelles relatives aux traitements en psychiatrie », *Revue canadienne de psychiatrie,* vol. 44, n° 4, p. 362-367.

Herman, J.L.

1992 *Trauma and Recovery,* New York, Basic Books.

ISAY, R.

1996 Becoming Gay : The Journey to Self-Acceptance, New York, Pantheon Books.

Kaplan, A.G.

1985 « Female or male therapists for women patients : New formulations », *Psychiatry,* vol. 48, n° 2, p. 111-121.

Levinson, D.J.

1978 The Seasons of a Man’s Life, New York, Knopf.

Mahler, M.S., Pine, F., et Bergman, A.

1975 *The Psychological Birth of the Human Infant*,New York, Basic Books.

Miller, J.B.

1976 *Toward a New Psychology of Women*,Boston, Beacon Press.

Seeman, M.V.

1992 « Addressing gender differences of schizophrenia and its treatment », *Contemporary Psychiatry,* vol. 1, n° 2, p. 4-8.

Stoller, R.

1973 « OverView : The impact of new advances in sex research on psychoanalytic theory », *Am. J. Psychiatry,* vol. 132, n°3, p. 241-251.

YONKERS, K.A.

1997 « Antidepressants in the treatment of premenstrual dysphorie disorders », *J. Clin. Psychiatry,* vol. 58, suppl. 14, p. 4-13.

[1715]

Lectures complémentaires

Saint-André, M., et Tidmarsh, L. (sous la dir. de)

1998 « Fille, garçon : quelle différence ? », *PRISME,* vol. 8, n° 2. Haven, Yale University Press. Haven, Yale University Press.

SEEMAN, M.V. (sousla dir. de)

1995 *Gender and Psychopathology*, Washington (D.C.), American Psychiatric Press.

Walsh, M.R. (sous la dir. de)

1997 *Women, Men and Gender : Ongoing Debates,* New Haven, Yale University Press.

[1716]

**Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale**Tome 2. Spécialités, traitements, sciences fondamentales  
et sujets d’intérêt

SIXIÈME PARTIE  
*Sujets d’intérêt*

Chapitre 71

TRAVAIL,  
CHÔMAGE  
ET INVALIDITÉ

[Retour à la table des matières](#tdm)

Denis Lepage, M.D., L.GM.C., F.R.C.P.G

Psychiatre, membre conseil du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Professeur titulaire au Département de psychiatrie de l’Université de Sherbrooke

[1717]

**PLAN**

71.1. Importance et fonction du travail

71.2. Travail et charge de travail

71.3. Travail et pathologie

71.4. Chômage et santé mentale

71.4.1. Quelques données statistiques

71.4.2. Liens de causalité

71.5. Charge, surcharge et épuisement

71.5.1. Épuisement professionnel

*• Définition de l'épuisement professionnel • Validité du diagnostic d'épuisement professionnel • Épuisement et fatigue*

71.6. Travail et invalidité

71.6.1. Notion d'invalidité

71.6.2. Évaluation de l'incapacité

71.6.3. Congé de maladie

71.6.4. Approche thérapeutique : le retour au travail

Bibliographie

Lectures complémentaires

[1718]

Le thème du travail, en relation avec la santé mentale, est particulièrement fécond. Il touche notamment la valeur attribuée au travail et son coût personnel, les effets du chômage, l’invalidité ainsi que les responsabilités du malade et du médecin dans leurs rapports avec les organismes gouvernementaux ou les compagnies d’assurances chargés de payer les indemnités.

71.1. IMPORTANCE  
ET FONCTION DU TRAVAIL

Il fut un temps où seuls les plus pauvres étaient contraints au travail quotidien, acquittant, bon gré mal gré, le prix du désœuvrement d’une minorité fortunée. De nos jours, les rôles sont inversés: on s’estime favorisé d’avoir un emploi et de gagner sa vie, bien qu’on se plaigne parfois de faire les frais, à même ses impôts, des programmes sociaux destinés à une minorité moins fortunée. La société vise le plein emploi, but auquel chacun doit tendre. Arendt (1961, p. 37) souligne que même les chefs d’État «voient dans leurs fonctions des emplois nécessaires à la vie de la société » et soutient que notre société de travailleurs n’est pas née de l’émancipation des classes laborieuses, mais plutôt de l’émancipation de l’activité même du travail: «L’époque moderne [...] a renversé toutes les traditions [...] en glorifiant le travail source de toute valeur et en élevant l’*animal laborans* au rang jadis occupé par l’*animal rationale*. » (*Ibid.,* p. 130.)

Les individus qui ne participent pas à l’effort collectif de production se retrouvent chômeurs ou assistés sociaux et sont dévalorisés. On ne s’étonnera donc pas que le retrait de l’activité de travail passe si souvent par la revendication du statut de malade ou d’invalide, qui préserve la dignité de l’individu en attribuant son inactivité à une condition dont il n’est pas responsable et en le libérant de ses obligations sociales ou économiques.

Labeur imposé par la condition humaine, prix de la vie à gagner, le travail est au cœur de la vie personnelle et sociale. Au travail effectué correspond un environnement quotidien, parfois la ville ou la région où l’on s’établit. « Que faites-vous dans la vie ? » On pose cette question si machinalement qu’on n’y prête même plus attention. Au-delà du nom et du sexe, l’identité individuelle est tributaire du travail auquel on s’adonne: il est policier; elle est étudiante ; il ne travaille pas ; elle reste à la maison. Pour les plus heureux, la profession choisie permet de consolider une identité déjà esquissée. Pour les autres, le travail est imposé par les circonstances, et il imposera à son tour sa marque identitaire à travers l’appartenance à telle collectivité ouvrière ou professionnelle.

Ezzy (1993) passe en revue les principaux modèles proposés pour expliquer les liens entre le travail et la santé mentale, citant notamment le modèle fonctionnel de Jahoda qui soumet, derrière le but manifeste du travail (gagne-pain), des fonctions latentes qui lui confèrent une valeur ajoutée :

- structuration du temps ;

- participation à la réalisation d’objectifs communs ;

- contribution au statut personnel et à l’identité ;

- structuration de l’activité.

Ces fonctions expliqueraient, au-delà de ses conséquences matérielles, les effets du chômage sur la santé mentale.

Ezzy cite aussi le modèle de Warr, qui reconnaît neuf « vitamines » ou facteurs environnementaux déterminants pour la santé mentale de l’individu :

- occasion d’exercer un contrôle ;

- possibilité d’exercer ses talents ;

- objectifs générés de l’extérieur ;

- variété de l’environnement ;

- structuration de l’environnement ;

- accès à l’argent ;

- sécurité physique ;

- contacts avec autrui ;

- position sociale valorisée.

Ces notions peuvent aider à comprendre les réactions individuelles à certaines situations de travail, au chômage de même qu’à l’arrêt de travail imposé par la maladie.

71.2. TRAVAIL  
ET CHARGE DE TRAVAIL

Travailler, pour la majorité des gens, équivaut à se soumettre à la volonté d’autrui et aux exigences de la tâche à exécuter. Selon les postes occupés, l’individu participera plus ou moins à l’élaboration de la stratégie de travail, au choix des moyens et à la distribution des rôles.

Dejours (1993), en particulier, a traité de l’insatisfaction et de la souffrance mentale liées à l’organisation [1719] du travail. Retraçant l’évolution du travail au cours des deux derniers siècles, il rappelle que les luttes sociales ont d’abord porté sur la durée excessive du travail, qui menaçait la survie même de l’individu, puis sur les conditions de travail et leur impact sur la santé. Un troisième aspect concerne la souffrance mentale, produit de l’organisation du travail, c’est-à-dire la division du travail, le contenu de la tâche (morcelé et détaché de l’ensemble) et le système de gestion. Par exemple, le travail répétitif est étudié sous l’angle de la dépersonnalisation qu’il entraîne, phénomène qui s’étendrait même aux activités à l’extérieur du travail. C’est comme s’il s’agissait de maintenir ou de cultiver en tout temps les attitudes les plus propices à la productivité, tels ces ouvriers qui règlent l’emploi de leur temps « libre » sur le modèle de l’horaire de travail, « où activités et repos sont véritablement ordonnancés au chronomètre. Ainsi conservent-ils présente la préoccupation ininterrompue du temps imparti à chaque geste, sorte de vigilance permanente à ne pas laisser s’éteindre le conditionnement mental au comportement productif » (Dejours, 1993, p. 56). On peut ajouter ici, à titre d’exemple, le sentiment d’avoir « perdu » son temps quand le week-end n’a pas été « productif », même sous le rapport des activités de loisir, ou le cas de ces travailleurs autonomes qui limitent leurs vacances pour éviter l’effort de réadaptation qui suit tout « décrochage ».

Selon cet auteur, la souffrance correspond d’abord à l’insatisfaction vécue en relation avec le contenu significatif de la tâche, par opposition à celle qui résulte des aspects strictement ergonomiques :

[...] accomplir une tâche sans investissement matériel ni affectif exige la production d’effort et de volonté, en d’autres circonstances supportés par le jeu de la motivation et du désir. [...] En règle générale, plus l’organisation du travail est rigide, plus la division du travail est poussée, moins il y a de contenu significatif dans le travail, et surtout moins il y a de possibilités de l’aménager. Corrélativement la souffrance augmente. (Dejours, 1993, p. 60,64.)

À cette souffrance s’ajoute l’insatisfaction liée au « mode opératoire prescrit » (p. ex., le type d’activité requis par la tâche, psychomoteur ou intellectuel), qui peut s’avérer incompatible avec les dispositions individuelles. Cette inadéquation représente une « charge de travail » pouvant conduire à une souffrance, mentale elle aussi, mais concrète plutôt que symbolique, d’ordre économique plutôt que d’ordre significatif. Ces insatisfactions pourraient être à l’origine de dysfonctions psychosomatiques.

Ces notions se retrouvent dans les modèles empiriques qui ont été proposés pour expliquer les répercussions du stress au travail sur la santé et le bien-être personnels. Tout en reconnaissant le rôle des caractéristiques individuelles dans l’apparition de la souffrance ou des symptômes, chaque modèle met l’accent sur une dimension particulière du rapport travail- travailleur :

- adéquation entre la prestation requise et les capacités de l’individu ;

- exigences du poste et latitude laissée au travailleur ;

- équilibre entre l’effort requis et les bénéfices qui en découlent ;

- importance des contraintes au regard du soutien offert dans le milieu ;

- distinction entre effort et fardeau.

Il faut souligner que ces modèles ont des implications nettement différentes quant aux stratégies d’intervention à envisager, selon qu’on cible le travailleur ou l’organisation même du travail. Dans le premier cas, on pensera à des actions favorisant l’adaptation de l’individu ou fondées sur la sélection des travailleurs les plus aptes ; dans l’autre, on visera à alléger la tâche et à accroître l’autonomie de l’exécutant (Guglielmi etTatrow, 1998).

71.3. TRAVAIL ET PATHOLOGIE

Pour bien des gens, c’est au travail que s’écoule la majeure partie du temps d’éveil et que se déroulent le plus grand nombre d’interactions avec autrui. Pour certains, le travail constitue le principal lieu de socialisation, voire le seul. Chacun transposant au travail sa dynamique propre, il n’est pas étonnant que la psychopathologie individuelle s’exprime souvent sur ce terrain. Il faut parfois chercher de ce côté pour saisir le rôle de telle situation de travail, en apparence anodine, dans une décompensation, ou pour mieux comprendre et lever certaines résistances, par exemple quand un travailleur, pourtant « remis » de sa dépression, refuse d’abandonner le refuge que représentent pour lui la maladie et l’invalidité.

[1720]

Certains mettront toute leur énergie à protéger leur image et à éviter la stigmatisation, s’efforçant de dissimuler tout signe de pathologie au travail, ne donnant libre cours à leur souffrance que lorsqu’ils se trouvent en « lieu sûr », dans leur famille ou devant leur médecin. Ainsi, l’apparition des premiers signes, les premiers commentaires de collègues seront déterminants dans la décision du travailleur de consulter ou du médecin de retirer son malade du milieu du travail. Chez d’autres, la pathologie s’annoncera au travail sous la forme d’une dégradation des relations, de comportements déviants, d’une incapacité ou encore de l’absentéisme.

Le travail peut aussi servir de défense. Les expressions workaholic et work addiction décrivent bien la fuite effrénée dans le travail, qui détourne l’individu de conflits personnels ou familiaux, et dont celui- ci paie éventuellement le prix sous forme de décompensations psychiques ou psychosomatiques diverses.

Pour comprendre les réactions de son malade et orienter son intervention, le médecin devra évaluer la part du travail dans le construit identitaire de son patient ; les difficultés qu’il y éprouve et les solutions auxquelles il a recours ; le soutien dont il dispose ; son histoire professionnelle, dont pourront se dégager certaines tendances, par exemple sur le plan des relations avec l’autorité et les pairs, ou des comportements autodestructeurs comme l’alcoolisme ; l’apparition de troubles cliniques et leur impact sur l’emploi.

71.4. CHÔMAGE  
ET SANTÉ MENTALE

Le chômage est un des grands problèmes qu’affrontent la plupart des pays occidentaux. Les journaux révèlent que le tiers des Canadiens « considèrent que le chômage est le plus important problème auquel [sic] le Canada est aux prises aujourd’hui [et] demeure au sommet des préoccupations des personnes interrogées depuis 1992 » (La Presse, 1996).

71.4.1. Quelques données statistiques

Les premiers trvaux concernant les effets du chômage sur la santé mentale ont emprunté une approche macroscopique et tenté de reconnaître les liens entre l’évolution de l’économie et la santé de la population notamment les taux d’utilisation des services psychiatriques. Brenner (1973) établit, sur une période de près de 130 ans, des relations inverses entre les fluctuations économiques (telles que permet de les mesurer, entre autres, le niveau de l’emploi) et la fréquence des admissions dans les hôpitaux psychiatriques. D’autres travaux établissent des corrélations du même ordre entre les fluctuations économiques et, notamment, les troubles cardiovasculaires. On n’a pas ménagé les critiques à l’égard de la méthodologie de ces études, et Brenner lui-même reconnaît que ses données n’autorisent pas de conclusion ferme quant aux liens de causalité ni d’extrapolation du général à l’individuel : rien ne prouve, par exemple, qu’au sein de la population totale ce sont, justement, les chômeurs qui sont hospitalisés ou meurent de troubles cardiaques (Shortt, 1996).

La plupart des études portant sur la fermeture d’usines présentent des lacunes méthodologiques, bien que, dans l’ensemble, les résultats indiquent que de telles situations affectent sensiblement la santé et le bien-être mental des travailleurs remerciés (Shortt, 1996).

Catalano et Dooley (1977) ont voulu préciser les liens entre l’économie et la santé mentale. En délimitant avec soin les zones économiques sur lesquelles portait leur étude, en scrutant un large éventail d’indices économiques et en utilisant un outil de mesure des variations de l’humeur, ils ont constaté que le niveau du chômage, mais non le taux d’inflation, était corrélé avec les variations de l’humeur observées, de deux à trois mois plus tard, parmi une population normale non hospitalisée. Cette étude a permis de déterminer, sur le terrain, les effets psychologiques immédiats des fluctuations économiques pouvant conduire aux événements « catastrophiques » (décompensations et hospitalisations), objet des études à une plus grande échelle.

Les jeunes représentent une population particulière, pour lesquels le chômage est souvent, d’entrée de jeu, le lot, alors que leur quête d’identité les rend particulièrement sensibles au fait qu’un statut professionnel leur est refusé. Morrell et coll. (1994) ont suivi durant 4 ans plus de 10 000 jeunes âgés de 15 à 24 ans, répartis en 2 cohortes selon qu’ils étaient inscrits aux services de placement ou faisaient partie d’un échantillon de la population générale. Leurs résultats révèlent que le chômage augmente d’environ 50% le risque de perturbations émotionnelles et que [1721] l’accès au travail accroît les chances de récupération de 60% à 70%. Ces risques sont à peu près les mêmes pour les jeunes qui passent directement du statut d’étudiant à celui de chômeur.

On trouve plus de chômeurs chez les individus qui posent un geste suicidaire et une incidence plus élevée de comportements suicidaires chez les chômeurs (Platt, 1984). Le chômage produirait ses effets à travers la cascade des conséquences qu’il entraîne : problèmes financiers, stress, perturbation des relations familiales et sociales, modification des comportements alimentaires, conduites alcooliques. Mais il faut rappeler que si ces situations peuvent agir comme révélateurs de la vulnérabilité individuelle et provoquer l’apparition de symptômes, à l’inverse la présence d’un trouble mental en augmente aussi les risques, y compris la perte de l’emploi et le geste suicidaire : la direction de l’effet causal reste difficile à préciser (Platt, 1984).

71.4.2. Liens de causalité

Tel comportement est-il la conséquence du congédiement ou est-il, au contraire, à l’origine de la perte de l’emploi ? Les personnes atteintes de troubles mentaux ne glissent-elles pas vers un désengagement qui se cristallise dans un statut de marginalisé ou de chômeur ? Le chômage serait-il le lot d’une minorité d’individus, ceux qui, de toute façon, héritent des emplois les moins valorisés, incertains et à plus haut risque, susceptibles en soi d’affecter la santé autant que le chômage ? La perte de l’emploi n’est-elle pas bienvenue quand elle permet d’échapper à une situation difficile ?

Pour expliquer les effets pathologiques du chômage, on songe d’abord aux conséquences financières. Plusieurs études revues par Bartley (1994) soulignent les liens entre la morbidité psychologique et la perte du revenu ou la nécessité d’emprunter, de même que la protection que semble offrir une bonne indemnité de départ. Pourtant, l’expérience des pays offrant les plus hauts niveaux de sécurité sociale révèle que les chômeurs actifs font preuve d’un niveau d’adaptation et de bien-être plus élevé que les autres, et qu’il en est de même pour les employés faiblement rémunérés. À l’opposé, des problèmes de santé surviennent même chez les individus qui sont congédiés sans en subir de conséquences financières. Ces données montrent que les effets positifs du travail ne se limitent pas à l’aspect financier.

Ezzy (1993) relève plusieurs facteurs qui influencent la nature ou l’intensité de la réaction à la perte d’un emploi :

- l’âge ;

- le sexe ;

- le revenu ;

- le soutien social ;

- les raisons de la perte de l’emploi ;

- la satisfaction et l’engagement dans le travail ;

- l’anticipation du retour au travail ;

- la durée de la période de chômage

Il y voit un « passage » négatif, du même ordre que le deuil, le divorce ou la maladie. La perte d’un emploi représente l’échec des stratégies mises en place pour maintenir une image positive de soi, et ses effets sur la santé mentale correspondent à l’atteinte au sens de l’identité, ici de l’identité comme travailleur.

Dans sa pratique, le médecin devra apprécier l’engagement de son patient dans l’emploi qu’il occupait, la valorisation qu’il en tirait et la perception qu’il a de sa mise à l’écart. Différentes stratégies d’adaptation seront envisagées selon que la perte de l’emploi est attribuée à des facteurs extrinsèques (comme la difficulté de la tâche) ou propres au travailleur (l’incompétence), transitoires (conjoncture économique) ou stables (caractéristique physique de l’individu), globaux (niveau d’intelligence générale) ou circonscrits (faiblesse dans le domaine de l’informatique). En corrigeant d’éventuelles erreurs d’attribution, le médecin peut orienter son malade vers des stratégies appropriées : recherche active d’un emploi, déménagement, réorientation professionnelle, approche palliative ou stratégies adaptatives (Thomson, 1997). Dans ce dernier cas, on devra évaluer le soutien dont le malade dispose, le diriger vers les ressources professionnelles ou sociales appropriées, veiller à ce qu’il reste actif, se découvre de nouveaux champs d’intérêt et se valorise même au moyen d’activités non rémunérées. Enfin, on devra rester à l’affût des premiers signes d’un trouble clinique chez le patient, s’enquérir de sa consommation d’alcool ou de drogues et surveiller l’apparition d’idées suicidaires.

[1722]

71.5. CHARGE, SURCHARGE  
ET ÉPUISEMENT

Nous n’en sommes toujours pas à la civilisation des loisirs tant annoncée où la technologie éliminerait la nécessité de travailler, libérant l’être humain de son fardeau et lui ouvrant les portes du paradis perdu. En attendant ce jour, le médecin voit fréquemment des gens dépassés par les exigences de leur fonction, par leur charge qui s’accroît, par les difficultés organisationnelles amplifiées par la course à la productivité, les fusions d’entreprises et les compressions des dépenses et du personnel qui touchent le secteur public. Plusieurs coureurs tombent avant d’atteindre le fil d’arrivée de la retraite.

71.5.1. Épuisement professionnel

Ce contexte a probablement contribué à bien faire accepter la notion d’épuisement professionnel ou burnout (Freudenberger, 1987). Ce diagnostic, objet de revendications syndicales, a suscité autant d’articles et d’émissions de vulgarisation que de travaux scientifiques. La perception populaire de l’épuisement professionnel fait presque un titre de gloire d’un tel diagnostic : on s’est brûlé au travail, on paie le prix de son dévouement, on succombe à la tyrannie du milieu où l’on œuvre. Le terme a fini par recouvrir toute situation de frustration ou d’épuisement attribuée au travail. Chacun parlant du burnout avec autorité, ce concept risque de perdre toute validité.

Définition de l’épuisement professionnel

À l’origine, Freudenberger (1987 p. 30) a décrit un état « de fatigue ou de frustration causée par [la] dévotion envers une cause, un mode de vie ou une relation qui n’a pas produit la récompense attendue ». Cette condition guetterait surtout les gens dynamiques, idéalistes, qui se fixent des objectifs élevés. Pour Freudenberger (1987, p. 35), « ce problème est généralement le résultat d’un dévouement excessif qui indique presque toujours que les buts poursuivis par la personne lui ont été imposés, c’est-à-dire qu’elle s’est engagée sur cette voie parce qu’on désirait qu’elle le fasse ». Les personnes les plus à risque exercent d’habitude des professions à caractère social où les gratifications se font attendre, mais Freudenberger insiste sur les motivations intimes qui s’expriment dans l’excès de dynamisme et de dévouement. Les symptômes comprennent, au premier plan, la fatigue extrême, une attitude indifférente ou même cynique, l’irritabilité, une paranoïa, des troubles psychosomatiques divers et la dépression.

Par la suite, d’autres auteurs ont proposé d’autres définitions du burnout, rendant son étude difficile. Parmi les auteurs cités le plus souvent, Maslach et Jackson (1981) insistent sur la perte d’intérêt et l’épuisement émotionnel aussi bien que physique, le sujet n’éprouvant plus de sentiment positif, de sympathie ou de respect pour les gens qu’il sert. Les autres définitions varient sensiblement, certaines décrivant un syndrome, d’autres renvoyant à un processus. On y trouve au premier chef la notion d’épuisement et la référence au travail.

Validité du diagnostic d’épuisement professionnel

Reste la question de la validité nosologique du syndrome d’épuisement professionnel, sur laquelle il n’existe pas de consensus. Un nombre important de travaux ne satisferaient pas aux critères de validité ou de rigueur méthodologique usuels (Kilpatrick, 1986), et le problème de la spécificité persiste, notamment par rapport à d’autres types de réactions affectives au stress.

Selon Corin et Bibeau (1985), l’importance qu’a prise le concept de burnout tient à la contradiction entre, d’une part, les valeurs nord-américaines liées à l’épanouissement personnel et la réalisation de soi (en particulier au travail) et, d’autre part, la lourdeur croissante de la tâche et les modèles de gestion axés sur la rentabilité. Derrière le problème clinique difficile à définir, ces auteurs décèlent un processus par lequel le tableau clinique est « attribué » au travail et constitue une « réaction de retrait face à une situation perçue comme difficile » (Corin et Bibeau, 1985, p. 626), le diagnostic d’épuisement étant plus acceptable socialement, susceptible de générer une réaction de sympathie envers la personne souffrante et de lui conférer un statut de victime ou de malade.

Où doit-on situer l’épuisement professionnel sur le terrain de la nosologie ? Bibeau et coll. (1988) ne croient pas utile de créer une nouvelle entité diagnostique pour en rendre compte. Dans les classifications actuelles (American Psychiatric Association, 1994), [1723] la catégorie des troubles de l’adaptation correspondrait à ce syndrome, assimilé à un « modèle d’inconduite » ou à une stratégie d’adaptation (Corin et Bibeau, 1985).

Brill (1984) passe en revue diverses situations que l’on confond aisément avec le burnout et souligne le risque, par erreur d’attribution, d’orienter l’intervention sur de fausses pistes, loin du véritable problème, par exemple l’incompétence, un environnement de travail inadéquat, des problèmes névrotiques et des troubles de la personnalité, des problèmes conjugaux, la dépression ou les transitions de la vie.

Dejours (1993, p. 152), pour sa part, affirme que « l’exploitation de la souffrance par l’organisation du travail ne fabrique pas de maladies mentales spécifiques. [...] Même les défenseurs les plus intarissables de la nosologie psychiatrique n’ont pu apporter de démonstration probante de l’existence d’une pathologie mentale occasionnée par le travail ». C’est plutôt de la structure de la personnalité que dépendront, en dernier ressort, la forme et le contenu de la décompensation, alors que la « réalité » pourra jouer un rôle dans son apparition.

Épuisement et fatigue

La fatigue reste l’élément central des définitions de l’épuisement professionnel. Elle constitue un symptôme non spécifique, qu’on trouve dans plusieurs tableaux cliniques, comme ceux de la dépression, de la somatisation, de l’anxiété ou des troubles de l’adaptation.

La fatigue est un état psychosomatique dont les causes sont multiples, pas nécessairement en relation avec l’effort fourni ou le travail accompli. Elle peut être spontanée et résulter d’un conflit, et alors elle « permet d’éviter la situation conflictuelle ou fournit au sujet une raison pour céder à la pulsion, source d’ambivalence. [...] La fatigue névrotique se caractérise par la disproportion entre les exigences de la situation professionnelle et l’intensité des symptômes, par l’échec du repos et l’arrière-fond d’anxiété » (Mertens de Wilmars, 1967, p. 8). Une étude menée récemment sur le perfectionnisme et la fatigue chez les infirmières souligne à son tour le rôle du conflit : seules les composantes négatives du perfectionnisme (p. ex., le doute) sont associées significativement à la fatigue mentale, alors que les composantes positives (p. ex., les normes élevées) sont en corrélation négative (Magnusson, Nias et White, 1996).

Mertens de Wilmars (1967) voit comme composantes subjectives de la fatigue l’indifférence et l’ennui, le besoin de changement, le découragement et le dégoût du travail. L’intérêt de son ouvrage, qui remonte à plus de 30 ans, tient notamment au fait que, bien avant la diffusion de la notion d’épuisement professionnel, il paraît mettre en question la spécificité de l’épuisement professionnel en tant que syndrome.

Le syndrome de fatigue chronique a par ailleurs été comparé à la neurasthénie, répandue au 19e siècle, dont il serait la version moderne (Abbey et Garfinkel, 1991). Les deux notions font référence au débordement des réserves de l’individu, attribué à des facteurs tels que les habitudes et le style de vie ; les deux conditions apparaissent dans un contexte social marqué par la glorification du succès matériel, une révolution des communications et des changements majeurs touchant le rôle des femmes ; les deux diagnostics exprimeraient un compromis socialement acceptable dissimulant le plus souvent des problèmes personnels ou des troubles mentaux. Cette réflexion n’est pas sans pertinence par rapport à la notion d’épuisement professionnel, du moins dans son acception et son utilisation courantes.

71.6. TRAVAIL ET INVALIDITÉ [[10]](#footnote-10)

Avec l’apparition des régimes collectifs et des avantages sociaux, le fait de quitter son emploi peut entraîner la perte d’avantages accumulés. Aux États-Unis, Cooper et Monheit (1993) ont étudié cette question auprès de 7 758 individus répartis en deux groupes, selon qu’ils avaient ou non volontairement changé d’emploi au cours de l’année sur laquelle portait l’étude. Ils ont établi une corrélation inverse entre la probabilité d’un changement d’emploi et l’existence d’une couverture d’assurance-maladie : le travailleur est freiné dans sa mobilité, il est prisonnier de son emploi (*job lock).*

[1724]

On tolérera ainsi des conflits ou une insatisfaction qui, autrement, inciteraient à un changement d’orientation professionnelle. D’où le recours à d’autres solutions prévues dans les conventions collectives permettant d’échapper à la situation difficile ou de modifier ses rapports avec l’environnement de travail : l’invalidité, le congé de maladie ou les limitations décrétées par la médecine.

Ni le congé de maladie ni l’invalidité prolongée ne dépendent que de facteurs strictement médicaux : on prétend depuis longtemps que l’absentéisme et l’évolution clinique des employés malades varient selon la générosité ou les modalités de paiement des programmes de remplacement du revenu (Ludwig, 1981). Au Canada, on a noté des disparités significatives, du simple au double selon les régions, dans la fréquence des déclarations d’invalidité donnant accès précocement au régime national de rentes (Gray, 1995). Une étude récente montre que la décision de se prévaloir d’un congé est aussi fonction, au-delà de l’affection « légitime » sanctionnée médicalement, des contraintes imposées par l’organisation du travail (McKevitt et coll., 1997).

Le médecin reçoit régulièrement des malades relativement peu atteints qui se disent pourtant incapables de poursuivre leur travail et se tournent vers lui, impuissants, épuisés. Celui-ci se prétend totalement et définitivement invalide, appuyé par son médecin qui pose un diagnostic de trouble anxieux. Celle-là aura établi son propre diagnostic : « Docteur, je crois que je fais un burnout. » Cette autre citera, à l’appui de sa demande explicite de congé, le cas d’une collègue qui a pu bénéficier d’un long répit. Dans bien des cas, le retrait du travail entraîne un soulagement rapide ; l’examen clinique s’avère peu révélateur et le malade semble bien fonctionner. Les problèmes au travail restant les mêmes, le patient et son médecin continuent d’exprimer, dans un langage symptomatique chez l’un, diagnostique chez l’autre, l’angoisse du retour : les symptômes se raniment à la moindre « menace » de retour au travail, et c’est alors l’impasse (Lepage, 1991).

Deux exemples serviront à illustrer la dimension non médicale de l’invalidité.

*Monsieur A. est adressé à un expert qui évaluera sa capacité de travailler* ; *dans le contexte d’un congé justifié par un diagnostic de trouble de l’adaptation.*

*Il se plaint de symptômes, mais l’expert constate que le problème tient essentiellement à des conflits administratifs. Le retour au travail est recommandé ; le sujet s’y soumet tout en déposant une demande d’arbitrage. Le médecin qui reçoit Monsieur A. quelques semaines plus tard lui fait remarquer que, tout en alléguant l’incapacité, il est néanmoins retourné à son poste et qu’il y fonctionne. La réponse tombe en toute candeur : « Je n’ai pas le choix. »*

*Monsieur B. est arrivé à l’enseignement au début de la vingtaine, par un concours de circonstances malheureuses, mais il n’a jamais aimé ce travail et s’est toujours senti anxieux devant ses élèves, dont il ne savait pas se faire respecter. Il a souvent songé à réorienter sa carrière, mais chaque fois il a reporté sa décision, qu’il n’a ainsi jamais prise. À l’école, on s’est habitué à le voir disparaître périodiquement en raison de problèmes dépressifs ; ses congés de maladie étaient de plus en plus longs. Sa dernière absence aura pour effet d’épuiser les deux années de congé de maladie auxquelles il a droit. Au moment de l’évaluation, son médecin l’a déclaré totalement et définitivement invalide pour cause de trouble dysthymique.*

Le premier exemple illustre le phénomène de la médicalisation d’un problème d’un ordre autre que médical, même si le sujet consulte au moment où sa réaction aux conflits de travail se manifeste par des symptômes. Mais aux symptômes décrits et à l’incapacité alléguée s’oppose l’absence de signes cliniques, de tableau franc ou d’incapacité démontrée. Il s’agit d’une situation plutôt que d’une maladie, et la solution est plus administrative que médicale ; une part de la responsabilité revient à l’employé.

Dans le deuxième exemple, c’est l’incapacité (ou l’incompétence) qui entraîne une réaction, et non la psychopathologie qui rend l’individu incapable. On est tenté ici de faire assumer à l’individu la responsabilité de ses choix : c’est lui qui a pris la décision de rester dans un milieu où il ne savait pas s’adapter et où il se rendait malade, même s’il devenait de plus en plus difficile, avec les années, de changer d’orientation professionnelle. Qu’en est-il, en revanche, de ces travailleurs peu qualifiés qui ont toujours donné satisfaction, mais qui ne peuvent s’adapter à l’informatisation de leur entreprise et en font une dépression ?

Sur le plan clinique, l’absentéisme n’est pas le seul fait des pathologies majeures. L’expérience montre [1725] que les troubles mineurs sont à l’origine d’une part très importante des congés de maladie pour des raisons psychiatriques (Hensig et coll., 1996 ; Lepage, 1995), alors qu’à l’échelle d’une population les tableaux dépressifs subcliniques entraînent autant, sinon plus, de conséquences sociales et économiques, y compris l’absence du travail, que les troubles dépressifs francs (Johnson, Weissman et Klerman, 1992).

71.6.1. Notion d’invalidité

Les « solutions » médicales prévues par les régimes d’assurance ou de retraite se fondent sur la notion d’incapacité totale ou partielle, permanente ou temporaire, et correspondent à des situations et à des régimes de protection publics ou privés distincts :

- invalidité donnant accès à un régime de rentes (incapacité totale permanente) ;

- déficit anatomo-physiologique pouvant exempter le travailleur de certaines tâches et commander une compensation forfaitaire selon les cas (incapacité partielle permanente) ;

- congé de maladie et assurance salaire (incapacité totale temporaire) ;

- retour progressif ou tâche allégée (incapacité partielle temporaire).

L’invalidité se définit différemment selon le contrat d’assurance ou la convention de travail : incapacité grave ou mineure, prolongée ou transitoire ; par rapport à l’emploi habituel ou par rapport à tout emploi rémunérateur ; résultant d’une maladie et nécessitant des soins continus.

En des termes plus généraux, Ludwig (1981) définit l’invalidité comme l’incapacité de satisfaire à certaines exigences d’efficacité physique ou de responsabilité sociale, professionnelle ou économique. L’invalidité est liée :

- à l’existence d’une maladie, c’est-à-dire à un processus pathologique auquel on peut attribuer l’incapacité ;

- à des limitations fonctionnelles, que la maladie n’entraîne pas à tous coups ;

- à l’attribution d’un statut de malade, en vertu duquel l’individu peut être relevé de ses obligations personnelles, sociales et professionnelles.

Sous ce dernier rapport, l’attitude des malades soumis à l’évaluation de leur incapacité est souvent révélatrice. Plusieurs ne tolèrent pas le fait d’être assistés sociaux ; le statut d’invalide est le seul moyen de protéger leur dignité, la rente qu’ils perçoivent à ce titre correspondant à une assurance dont ils ont acquitté les primes et non à une forme de charité. Certains sont manifestement accablés par leur situation, dans laquelle ils voient une déchéance ; leurs symptômes ne sont pas soulagés par l’arrêt de travail. D’autres clament d’emblée leur bonne foi et se plaignent de l’impuissance à laquelle les réduit leur maladie, alors qu’ils se portent visiblement bien. Quelqu’un nous a un jour déclaré, dans un lapsus empruntant au vocabulaire syndical, qu’il se présentait à l’évaluation pour « obtenir la permanence ».

L’incapacité est souvent, avant même les symptômes dont on réclame le traitement, la raison première de la consultation. D’où les difficultés qui surgissent si l’on n’aborde le problème que sous l’angle du soulagement des symptômes ou du traitement de la maladie.

71.6.2. Évaluation de l’incapacité

On ne peut établir de correspondance immédiate entre la symptomatologie ou le diagnostic psychiatrique et la capacité de travailler (Anthony et Jansen, 1984). Un trouble aussi grave que la schizophrénie pourra laisser à l’individu la souplesse nécessaire à une prestation adéquate, alors que le trouble obsessionnel-compulsif ou l’agoraphobie pourront s’avérer paralysants. C’est sur l’existence de limitations fonctionnelles qu’on se fondera pour évaluer le degré d’invalidité.

À cette fin, il sera utile de considérer, dans chacune de ses composantes, la nature du travail à fournir. On saura ainsi mieux apprécier l’impact de la maladie et des atteintes fonctionnelles sur la capacité de travail ou sur l’exécution de tâches spécifiques. Ainsi, l’individu doit :

- se rendre au travail (une personne souffrant d’agoraphobie pourrait en être incapable) ;

- y collaborer, se montrer autonome, capable de maintenir des relations, de communiquer, de tolérer la critique, de respecter les conventions élémentaires ;

- y œuvrer, saisir une directive dans son contexte, garder à l’esprit la séquence des gestes à accomplir, [1726] soutenir sa concentration, maintenir vitesse et rythme, distinguer l’essentiel de l’accessoire, adapter le geste professionnel à la situation concrète ;

- s’y adapter, supporter l’imprévu, les retards, les tracasseries administratives inévitables ;

- s’y maintenir, s’y montrer constant et assidu.

L’évaluation de la capacité du malade portera donc d’abord sur le tableau clinique auquel on peut attribuer l’invalidité. Elle portera ensuite sur les limitations fonctionnelles qui concrétisent cette incapacité et dont on peut prendre une mesure adéquate en considérant :

- le rendement du sujet dans les activités de la vie quotidienne (autonomie, tâches ménagères, mobilisation autonome, gestion du quotidien) ;

- son comportement social (communication, relations dans le quartier, activités de loisir) ;

- ses expériences au travail et ses décompensations passées ;

- les facteurs thérapeutiques que sont les exigences et les effets secondaires du traitement (American Medical Association, 1993).

71.6.3. Congé de maladie

Lorsqu’il recommande ou cautionne un congé, le médecin aura avantage à préciser, pour son propre compte et pour celui de son malade, les objectifs thérapeutiques du congé ou les obstacles à l’intégration au travail.

Il peut s’agir d’une perte de capacité, qu’elle soit due à la maladie ou aux exigences et effets secondaires du traitement. C’est la seule situation pouvant justifier des restrictions ou un retrait permanents, selon que les limitations sont partielles ou totales.

Dans les cas d’affections mineures, notamment les problèmes d’adaptation à une situation de travail, le congé est en règle générale de courte durée.

Le congé peut être d’ordre préventif, afin d’éviter l’aggravation d’une affection en voie d’installation ou de résolution : on vise ici à réduire les sollicitations ou à soustraire l’employé à l’obligation de fournir une prestation exigeante sur le plan du rendement, de la régularité ou de l’assiduité. Le besoin d’un répit représente une variante de ce cas, dans des situations dont les retombées invalidantes restent relatives : le sujet est souffrant, mais il peut, non sans effort, donner un rendement acceptable. Le médecin juge toutefois que le maintien des activités entraîne une souffrance, une violence faite à soi qui dépasse un certain seuil. Ici encore, on ne saurait parler que d’un congé de courte durée.

Il sera important de préciser, notamment dans les certificats requis par l’organisme qui verse les indemnités, si le problème porte sur l’exécution des tâches mêmes de l’emploi, sur leur exécution régulière et soutenue ou sur leur exécution dans un environnement donné.

71.6.4. Approche thérapeutique :  
le retour au travail

Dans une étude rétrospective conduite récemment, 115 dossiers d’invalidité temporaire cautionnée par des médecins généralistes sur la foi d’un diagnostic de trouble émotif ont été revus (Lepage, 1995). Au moment de l’évaluation indépendante requise par l’agence qui versait les indemnités, le congé durait depuis 141 jours en moyenne, sans qu’il y ait de différences significatives selon les diagnostics retenus, et depuis 133 jours dans les cas (56%) de trouble « situationnel ». Plus des deux tiers des patients se sont présentés chez leur médecin en situation de crise, et le congé a été prescrit sur-le-champ. Dans la majorité des cas de trouble situationnel, le traitement suivi a été jugé insuffisant par le psychiatre expert. Le retrait du travail et le simple repos constituaient souvent l’ingrédient thérapeutique principal. L’approche psychothérapeutique était axée sur la satisfaction des besoins et la « gestion des énergies ». Le retour au travail était reporté jusqu’au moment où le patient s’y sentirait « prêt ».

Il n’est pas inutile de rappeler que c’est sur le terrain et sous la seule contrainte de la nécessité que l’on s’adapte aux situations. Cela dit, les troubles de l’adaptation à une situation éprouvante n’en sont pas moins du registre de la pathologie et réclament une intervention active, fondée sur une mobilisation qui s’inspire le plus souvent de l’intervention de crise (American Psychiatric Association, 1989).

On a tendance à voir dans le travail la cause de l’invalidité, un obstacle à la guérison, une activité que la maladie interdit. Aussi la reprise du travail est-elle fréquemment considérée comme une retombée ou le [1727] terme de la guérison, alors qu’elle peut être, au contraire, une étape importante du traitement, qu’il s’agisse d’un essai de retour au travail ou d’un retour progressif ou à temps plein sous supervision thérapeutique. Le travail, on le sait, est une source de valorisation, un cadre de socialisation, une activité structurante et mobilisatrice. C’est souvent en reprenant le travail que le patient complétera son mouvement vers l’équilibre, même et surtout celui qui n’y voit que le point d’arrivée : toute inactivité, quelle qu’en soit la raison, entraîne un déconditionnement qui incite à reporter le retour au travail.

On entend souvent dire que rien n’est plus propice à la prolongation d’un congé que la passivité d’un malade encouragé à se percevoir comme la victime des événements et qu’à l’inverse rien n’est plus propice à la passivité qu’un congé prolongé. Il faut pourtant rappeler que l’attribution d’un statut d’invalide peut permettre aux malades les plus atteints de trouver, à leur rythme propre, les modalités d’insertion sociale qui leur conviennent. Chez ces patients, la réadaptation ou le travail à tout prix peuvent induire une surstimulation et des rechutes (Von Gunten et Grasset, 1996).

Que la maladie et l’invalidité puissent servir de refuge contre une prise de conscience douloureuse ou une situation intenable ne doit pas faire oublier que le patient exprime ainsi un malaise, une angoisse, une souffrance. Le rôle du médecin n’est pas de dénoncer ce qu’il perçoit comme un évitement ou un abus du système ni d’accepter sans discernement toutes les allégations de ses malades. Il doit plutôt favoriser chez eux lucidité et responsabilité, les amener à découvrir les problèmes qui se dissimulent derrière les symptômes, faire des choix et prendre des mesures. Il s’agira pour lui non pas d’obéir à ses convictions personnelles (Monday et coll., 1988), mais d’aider son malade à surmonter ses difficultés. À ce sujet, on trouvera utile de s’interroger sur les avantages de la poursuite du congé sur les plans de l’évolution clinique, de la capacité de travail et du risque de rechute ou de récidive. À moins que le congé soit véritablement bénéfique sous l’un ou l’autre de ces rapports, il est probablement temps d’envisager le retour au travail, progressivement si cela est nécessaire.

Cette décision est souvent difficile. Ainsi, le médecin se demandera peut-être comment retourner ce malade au travail. Il devra donc clarifier au départ, puis rappeler au besoin, les termes du contrat thérapeutique. À la limite, plutôt que de prendre sur lui la responsabilité de cette réintégration, il devra choisir le moment où, tout en reconnaissant les besoins et les appréhensions de son malade, il cessera de cautionner médicalement le congé, lui en remettra simplement la responsabilité et démédicalisera la situation.

Le médecin en général et le psychiatre en particulier doivent rester conscients de la place qu’occupe le travail dans la vie de leurs malades. L’évaluation clinique devrait toujours inclure une histoire du travail, des changements d’emplois et des licenciements, une description des tâches ainsi qu’une appréciation de l’importance de son travail pour l’individu, des problèmes et des satisfactions qu’il y éprouve, de ses perceptions et réactions, du soutien dont il y dispose.

Les bouleversements qui se sont produits ces dernières années placent le médecin devant les retombées médicales de problèmes sociaux qui ne cessent de s’aggraver. Les compressions qu’ont entraînées les difficultés financières de l’État et la course à la productivité font de nombreuses victimes : au drame des individus qui perdent leur emploi répond l’épuisement de ceux qui restent en poste (Vahtera, Kimiväki et Pentti, 1997). Dans un tel contexte, on assiste au débordement des programmes de compensation et au resserrement des contrôles, d’où les pressions qui sont exercées sur le médecin qui recommande ou prolonge un congé.

\*  
\* \*

Nous avons voulu, dans ce chapitre, souligner la pertinence et l’importance cliniques du travail et de ses vicissitudes. En ce qui concerne l’invalidité et le congé de maladie, nous avons cherché à éclairer le praticien là où sa vision médicale risque d’être embrouillée par des considérations sociales complexes, en particulier lorsqu’il perçoit mal la frontière entre son mandat social et les impératifs personnels qui le poussent à vouloir régler tous les problèmes qui lui sont soumis.

[1728]

Bibliographie

Abbey, S.E., et Garfinkel, P.E.

1991 « Neurasthenia and chronic fatigue syndrome : The rôle of culture in the making of a diagnosis », *Am. J. Psychiatry*, vol. 148, n° 12, p. 1638-1646.

American Medical Association

1993 *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, 4e éd., Chicago, American Medical Association.

American Psychiatric Association

1994 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4e éd., Washington (D.C.), American Psychiatric Association ; trad. française *DSM-IV - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* Paris, Masson, 1996,1 040 p.

1989 *Treatment of Psychiatric Disorders*, Washington (D.C.), American Psychiatric Association.

Anthony, W.A., et Jansen, M.A.

1984 « Predicting the vocational capacity of the chronically mentally ill », *Am. Psychol*., vol. 39, n° 5, p. 537-544.

Arendt, H.

1961 *Condition de l’homme moderne*, Paris, Calmann-Lévy, 1983.

Bartley, M.

1994 « Unemployment and ill health : Understanding the relationship », *J. Epidemiol. Community Health*, vol. 48, n° 4, p. 333-337.

Bibeau, G., et coll.

1988 *Certains aspects culturels, diagnostiques et juridiques du burnout*, Montréal, Confédération des syndicats nationaux.

Brenner, M.H.

1973 *Mental Illness and the Economy*, Cambridge (Mass.), Harvard University Press.

Brill, P.L.

1984 « The need for an operational definition of burnout », *Family and Community Health*, vol. 6, n° 4, p. 12-24.

Catalano, R., et Dooley, C.D.

1977 « Economic predictors of depressed mood and stressful life events in a metropolitan community », *J. Health Soc. Behav*., vol. 18, n° 3, p. 292-307.

Cooper, P.F., et Monheit, A.C.

1993 « Does employment-related health insurance inhibit job mobility ? », *Inquiry*, vol. 30, n° 4, p. 400-416.

Corin, E., et Bibeau, G.

1985 « Le burn-out : une perspective anthropologique », *Ann. Med. Psychol*., vol. 143, n° 7, p. 621-627.

DEJOURS, Ç.

1993 Travail : usure mentale. Essai de psychopathologie du travail, Paris, Bayard.

Ezzy, D.

1993 « Unemployment and mental health : A critical review », *Soc. Sci. Med*., vol. 37, n° 1, p. 41-52.

Freudenberger, H.J.

1987 *L’épuisement professionnel : « la brûlure interne »,* Chicoutimi (Québec), Gaëtan Morin Éditeur.

Gray, C.

1995 « Financial woes of the Canada Pension Plan hold implications for physicians », *CMAJ*, vol. 152, n° 10, p. 1682-1684.

Guglielmi, R.S., et Tatrow, K.

1998 « Occupational stress, burnout, and health in teachers : A methodological and theoretical analysis », *Review of Educational Research*, vol. 68, n° 1, p. 61- 99.

Hensig, G., et coll.

1996 « Sick-leave due to psychiatric disorder : Higher incidence among women and longer duration for men », *Br. J. Psychiatry*, vol. 169, n° 6, p. 740-746.

Johnson, J., Weissman, m., et Klerman, G.L.

1992 « Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community », *JAMA*, vol. 267, n° 11, p. 1478-1483.

Kilpatrick, A.O.

1986 *Burnout : An Empirical Assessment of the Status and Rigor of Research*, Ann Arbor, UMI Dissertation Information Service.

La Presse

1996 « Le chômage, la principale préoccupation des Canadiens », 29 janvier, p. A 6.

Lepage, D.

1995 « Psychiatric diagnosis and temporary disability in general practice », communication présentée au congrès annuel de l’Association des psychiatres du Canada, Victoria (C.-B.).

1991 « Invalidité temporaire et troubles émotifs », *CMAJ*, vol. 145, n° 10, p. 1241-1246.

Ludwig, A.M.

1981 « The disabled society ? », *Am. J. Psychother*., vol. 35, n° l, p. 5-15.

McKevitt, C., et coll.

1997 « Sickness absence and “working through” illness : A comparison of two professional groups », *J. Public Health Med*., vol. 19, n° 3, p. 295-300.

Magnusson, A.E., Nias, D.K.B., et White, P.D.

1996 « Is perfectionism associated with fatigue ? », *J. Psychosom. Res*., vol. 41, n° 4, p. 377-383.

Maslach, C., et Jackson, S.E.

1981 « The measurement of experienced burnout », *Journal of Occupational Behaviour*, vol. 2, n° 2, p. 99-113.

[1729]

Mertens de Wilmars, C.

1967 *La fatigue psychique*, Louvain, Librairie universitaire.

MONDAY, J., et coll.

1988 « Le médecin face aux certificats d’invalidité : attitudes et comportements préconisés », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 33, n° 7, p. 599-605.

MORRELL, S., et coll.

1994 « A cohort study of unemployment as a cause of psychological disturbance in Australian youth », *Soc. Sci. Med*., vol. 38, n° 11, p. 1553-1564.

Platt, S.

1984 « Unemployment and suicidal behaviour : A review of the literature », *Soc. Sci. Med*., vol. 19, n° 2, p. 93- 115.

Shortt, S.E.D.

1996 « Is unemployment pathogenic ? A review of current concepts with lessons for policy planners », *Int. J. Health Serv*., vol. 26, n° 3, p. 569-589.

Thomson, N.F.

1997  Coping with job loss : An attributional model », *J. Psychol*., vol. 131, n° 1, p. 73-80.

Vahtera, J., Kimiväki, M., et Pentti, J.

1997 « Effect of organizational downsizing on health of employées », *Lancet*, vol. 350, n° 9085, p. 1124-1128.

Von Gunten, C.R., et Grasset, F.

1996 « Influence de l’attribution d’une rente invalidité sur l’évolution des patients psychiatriques chroniques », *Rev. Med. Suisse Romande*, vol. 116, n° 9, p. 697-707.

Lectures complémentaires

Maslach, C., et Leiter, M.P.

1997 *The Truth About Burnout : How Organizations Cause Personal Stress and What to Do About It*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers.

VÉZINA, M., et coll.

1992 *Pour donner un sens au travail. Bilan et orientations du Québec en santé mentale au travail*, Boucherville (Québec), Gaëtan Morin Éditeur.

[1730]

**Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale**Tome 2. Spécialités, traitements, sciences fondamentales  
et sujets d’intérêt

SIXIÈME PARTIE  
*Sujets d’intérêt*

Chapitre 72

RÉSEAUX ET  
PARTENARIAT

[Retour à la table des matières](#tdm)

Luc Blanchet, M.D., F.R.C.P.C.

Psychiatre, chef du Service Enfance-Famille du Département de psychiatrie de l’Hôpital Jean-Talon (Montréal)

Médecin-conseil en santé publique et président du Comité de la santé mentale du Québec

Michel J. Messier, M.D., M.B.A.

Psychiatre, directeur médical de la résidence Durost de l’Hôpital Douglas (Verdun)

Professeur adjoint de clinique au Département de psychiatrie de l’Université McGill (Montréal)

[1731]

**PLAN**

72.1. Équipe multidisciplinaire

72.1.1 Définition

72.1.2. Composition

72.1.3. Fonctionnement

72.1.4. Problèmes particuliers

72.1.5. Critique de l’équipe soignante

72.2. Famille

72.2.1. Alliée pour le traitement

72.2.2. Objet d’intervention

72.2.3. Groupe de pression

72.3. Réseaux sociaux

72.3.1. Réseau primaire et santé mentale

72.3.2. Soutien social et santé mentale

72.3.4. Interventions faisant appel aux réseaux sociaux

72.3.5. Évaluation de l’efficacité

72.4. Collectivité

72.4.1. Concepts de collectivité et de communauté

72.4.2. Type d’intervention différente

72.4.3. Organismes communautaires

72.4.4. Complément à l’hospitalisation

72.4.5. Limites

Bibliographie

Lectures complémentaires

[1732]

La pratique contemporaine de la psychiatrie est essentiellement une pratique de partenariat. Même si l’entrevue individuelle reste le cadre traditionnel du travail en bureau privé et en clinique externe, la majeure partie des démarches psychiatriques se font aujourd’hui dans des lieux où les professionnels doivent collaborer les uns avec les autres. Outre l’équipe multidisciplinaire, les psychiatres doivent inclure, parmi leurs partenaires, les patients et leur famille, leurs réseaux sociaux ainsi que les organismes communautaires et la collectivité dans laquelle ils s’insèrent. Il apparaît important d’examiner les particularités de ces divers acteurs pour faire ressortir leurs problèmes propres de même que leurs mérites, leurs règles et leurs limites.

72.1. ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE

Depuis un demi-siècle, le nombre et la variété des intervenants ont beaucoup augmenté dans le champ psychiatrique. Chaque nouvelle profession a établi une praxis particulière qui se voulait une réponse plus appropriée à une problématique circonscrite et mieux définie. Le patient a donc été scruté à la loupe, compris, aidé et sûrement un peu bousculé par toutes les bonnes intentions de ces intervenants qui ont cherché à se démarquer plutôt qu’à se coordonner.

Toutefois, le patient a amené tous ces professionnels à reconnaître son unicité, sa complexité, la lourdeur et la chronicité de ses perturbations psychiques. La mise sur pied d’équipes thérapeutiques stables a alors prévalu. On ne relève guère d’articles à ce sujet avant les années 30, et c’est surtout après 1940 qu’ils ont fait leur apparition, en particulier après la Seconde Guerre mondiale (Crawshaw et Key, 1961).

De 1960 à 1980, le travail en équipe s’est imposé des deux côtés de l’Atlantique et a été en vogue dans tous les aspects de la prise en charge en psychiatrie : équipe de psychiatrie infantile, équipe externe de secteur, équipe de crise, équipe volante, etc. (Amyot et Messier, 1973). De nombreux articles publiés durant cette période reflètent bien l’enthousiasme et les questionnements soulevés par cette méthode de travail.

Graduellement, on a mieux évalué les situations cliniques pouvant bénéficier d’une approche individuelle ou d’une approche en équipe. Aux États-Unis, on a créé la fonction de suivi intensif dans le milieu (SIM), ou intervenant de SIM (case manager), pour coordonner les interventions de divers organismes indépendants au profit d’un patient. On se rend compte aujourd’hui qu’une seule personne ne peut faire preuve de polyvalence, de flexibilité et de continuité aussi bien qu’une équipe multidisciplinaire (Stein,

72.1.1 Définition

L’équipe multidisciplinaire est un regroupement stable de soignants de différentes disciplines œuvrant dans le domaine de la santé mentale dont le travail conjugué est requis pour évaluer certaines personnes qui présentent des problèmes psychiques majeurs et persistants et pour intervenir auprès d’elles. Ce groupe d’intervention clinique se distingue d’autres formes de travail collectif, tels les groupes ad hoc ou ponctuels, qui abordent un problème clinique particulier, les groupes de consultation-liaison et le suivi intensif dans le milieu.

La raison d’être de l’équipe multidisciplinaire est multiple. Ainsi, cette dernière constitue une réponse face à la lourdeur et à la complexité de la problématique de certains patients qui dépasse les capacités d’un seul soignant. Elle fournit des interventions professionnelles à la fois distinctes et complémentaires. Elle représente la continuité des soins qu’assure un groupe stable à long terme. Par ailleurs, certaines structures psychiques, en particulier la personnalité limite (border line), exigent un encadrement très articulé et durable pour éviter clivages et dissensions.

Le regroupement de plusieurs professionnels appartenant à différentes disciplines ne correspond pas automatiquement à une équipe multidisciplinaire. Pour former celle-ci, certaines conditions doivent être réunies par les professionnels : adopter la même philosophie et des objectifs communs au regard du processus d’intervention ; avoir un rôle et une profession bien définis pour pouvoir aborder plus sereinement le partage des responsabilités et les zones de chevauchement ; faire appel à la cooptation si possible, pour accomplir à long terme une tâche souvent contraignante, le choix mutuel étant préférable à l’ancienneté.

72.1.2. Composition

Compte tenu de la diversité des lieux d’intervention en psychiatrie, il n’existe pas d’équipe type. Chacune [1733] recrute des membres en fonction de son mandat, comme on peut le voir dans les exemples ci-dessous :

- Équipe interne ou externe. On y rencontre nécessairement des infirmiers et infirmières et un médecin psychiatre, et fréquemment des ergothérapeutes, des intervenants sociaux, des omnipraticiens et des psychologues. En pédopsychiatrie, on trouve aussi des psychoéducateurs, des spécialistes en psychomotricité ou en orthophonie. En réadaptation, des accompagnateurs de formations diverses ou encore des non-professionnels.

- Centre de jour et atelier. Ici, le regroupement d’intervenants dépend essentiellement des objectifs poursuivis : recherche de possibilités autres que l’hospitalisation, soutien et socialisation, apprentissage scolaire, développement d’habiletés de travail, etc.

- Intégration d’autres intervenants. De plus en plus, on explore la possibilité d’intégrer des non-professionnels, voire des ex-patients, surtout si l’on vise à atteindre la clientèle là où elle se trouve et d’une manière non menaçante. Selon Dixon, Krauss et Leberman (1994), les non-professionnels viennent du milieu et le connaissent mieux, ce qui leur permet d’être des modèles plus positifs et plus acceptables, d’apporter un soutien concret et de combattre la stigmatisation. Les limites qu’ils doivent respecter et leurs besoins de supervision devront cependant être mieux définis.

72.1.3. Fonctionnement

Le travail en équipe multidisciplinaire connaît des temps forts où tous les membres se regroupent afin, essentiellement, de procéder à l’évaluation et aux réévaluations périodiques ou à l’occasion de crises et de dresser le bilan à la fin d’une prise en charge. Tous les membres de l’équipe partagent alors leur expérience de la situation et précisent le rôle de chacun auprès de chaque patient et de son milieu. Même si ces rôles sont appelés à varier avec le temps, il est important, pour assurer l’unicité et la continuité des soins, que tous les membres s’entendent régulièrement sur le sens de la démarche qu’ils ont adoptée et se sentent à l’aise pour intervenir comme thérapeute principal (lien entre le patient et l’équipe) ou comme soutien de ce dernier.

Certaines responsabilités appartiennent plutôt au groupe, auquel il revient de prendre des décisions concernant les patients et l’orientation générale à donner aux approches thérapeutiques privilégiées. Cela doit cependant se faire dans le respect des responsabilités de chaque membre (psychiatre, infirmière, psychologue, ergothérapeute et travailleur social), liées souvent à son expertise particulière. Ainsi, quels que soient son rôle et son leadership dans l’équipe, le médecin y garde une responsabilité légale et ultime pour ce qui est des soins prescrits et donnés à chaque patient. En contrepartie, il est impensable de recommander à un travailleur social un placement qu’il jugerait inapproprié ou à un psychologue une psychothérapie qui ne lui paraîtrait pas pertinente. Le respect des responsabilités et des compétences de chacun est indispensable.

On constate ici l’importance d’un fonctionnement basé sur la collégialité et sur la recherche de consensus par opposition à une démocratie au vote à main levée, à l’autoritarisme directeur, à la dictature des membres ou encore à un individualisme ancré qui enlève à l’équipe sa raison d’être. La solution à ces perversions de l’organisation et la gestion du groupe reposent sur l’intériorisation par chacun de la notion d’autorité et sur un sentiment d’appartenance à l’équipe.

Enfin, la vie de groupe permet de mieux comprendre le fonctionnement des individus en groupe, les phénomènes qui se produisent dans une équipe, les raisons pour lesquelles elle se trouve dans une impasse et la manière dont elle peut sortir de cette impasse.

72.1.4. Problèmes particuliers

Évidemment, qui dit équipe dit chef d’équipe. Or, là-dessus, divers courants de pensée se sont longtemps affrontés, les uns donnant ce rôle au médecin à cause de sa responsabilité légale et les autres l’attribuant à n’importe qui sauf au médecin, qui détenait assez de pouvoir comme cela ! Aujourd’hui, le rôle de chef d’équipe constitue une responsabilité au sein du groupe, et chaque équipe trouve implicitement ou explicitement sa propre façon de désigner la personne qui devra coordonner son travail. Nous disons bien « coordonner », car chaque professionnel relève hiérarchiquement d’un chef de service qui, la plupart du temps, n’est pas un membre de l’équipe. Le choix se [1734] porte d’habitude sur la personne qui a le plus d’intérêt ou d’habileté pour cette fonction, sur celle qui a la plus longue expérience dans l’équipe, ou par alternance suivant un rythme désigné. Au fond, toutes les solutions peuvent être valables à condition que le chef d’équipe accepte les responsabilités qui lui sont dévolues et respecte celles des autres membres, qui en retour acceptent de jouer pleinement leur rôle et respectent celui de la personne qu’ils ont choisie comme chef.

Un problème particulier consiste dans ce qu’on appelle couramment la réunionite. Il s’agit d’une perversion du travail en équipe où personne n’ose rien faire sans obtenir l’accord de tous les autres membres. Voilà sans doute la meilleure façon d’éviter de s’engager personnellement, en particulier vis-à-vis du patient ; comme celui-ci s’adresse à un groupe, il ne pourra jamais établir une relation vraie avec un thérapeute si celui-ci n’est qu’un membre anonyme d’un tout. La réunionite peut aussi cacher une vie d’équipe recherchée pour elle-même en tant que source de gratification, avec tous les glissements affectifs et libidinaux que l’on peut imaginer. Le patient n’est alors qu’un prétexte à ces réunions.

Il est important de noter la difficulté que la plupart des équipes connaissent lorsqu’elles perdent un membre apprécié ou introduisent un nouveau membre en leur sein. De même, il est difficile pour chaque professionnel d’accepter l’idée qu’un effort et une responsabilité comparables pour chacun débouchent sur une reconnaissance légale, sociale et financière bien différente.

Le travail en équipe n’est donc pas de tout repos. Il suppose une capacité de régler les tensions inévitables que crée toute vie de groupe. De ce fait, il ne convient pas à tous les professionnels ; il est indiqué en particulier lorsqu’un problème clinique est caractérisé par sa complexité, sa lourdeur et sa longue durée.

72.1.5. Critique de l’équipe soignante

Il faut se méfier de la possibilité que le groupe devienne seulement un meilleur instrument de manipulation du patient, surtout s’il permet aux membres de ne pas reconnaître leurs réactions contre-transférentielles au lieu de les aider à aborder celles-ci et à les surmonter. Enfin, on a souvent décrié la tendance à une certaine confusion des rôles (Pelsser, 1980), plus ou moins cherchée consciemment, visant à annuler les différences qui pourraient être difficiles à intégrer. Cela entraîne un affadissement du travail multidisciplinaire, où les membres cessent d’être de vraies personnes, susceptibles de servir d’objet d’identification transitoire, pour devenir des clones.

72.2. FAMILLE

Le rôle de la famille comme partenaire de l’intervention en psychiatrie n’est plus tellement contesté de nos jours, en théorie du moins. Dans la pratique, toutefois, il reste encore beaucoup à faire pour harmoniser les rapports entre les professionnels de la santé mentale et les familles qui consultent pour un de leurs membres. Nous examinerons dans cette section diverses facettes de la famille dans ses rapports avec la psychiatrie : comme alliée pour le traitement, comme objet d’intervention et comme groupe de pression.

72.2.1 Alliée pour le traitement

Historiquement, les rapports entre les professionnels de la santé mentale et les familles qui consultent en psychiatrie ont souvent été des sources de frustration et d’insatisfaction pour les familles. L’évolution de la conception des maladies mentales et de leur traitement a contribué à créer cette situation. Ainsi, à l’époque des asiles, la maladie mentale était surtout perçue comme le produit d’une société déréglée. Même les tenants de l’étiologie physiologique et de la transmission génétique mettaient l’accent sur le contexte de la société qui facilitait le développement de la maladie (Terkelsen, 1990). Dans cette perspective, la responsabilité de la famille était de protéger ses membres contre les conditions malsaines de la société. Si une personne était placée dans un établissement, on limitait alors les visites de la famille de peur que celle-ci ne vienne perturber le malade en lui fournissant des nouvelles de l’extérieur.

Avec l’apparition de la thérapie familiale basée sur la théorie des communications, dans les années 50, le point de vue des professionnels a changé. Les causes de la folie ne résideraient pas tant dans la société (ou dans l’intrapsychique, comme l’avait présumé la psychanalyse) que dans la famille, et en particulier chez la mère du malade mental, dont l’attitude serait [1735] froide, intruse, rejetante. Cette tendance blâmante à l’endroit des mères a atteint son point culminant avec la théorie de la mère shizophrénogène (Fromm-Reichman, 1948). Plusieurs auteurs (Ackerman, 1958 ; Bateson et coll., 1956, 1963) ont étudié les rapports entre la famille et son membre malade ; ils en ont conclu qu’en général la famille était en partie responsable du problème du patient en raison de ses propres difficultés. La conséquence naturelle de cette « découverte » fut la naissance de la thérapie familiale sous diverses formes.

En 1952, la chlorpromazine, le premier neuroleptique, fait son apparition. Elle donne des résultats inespérés, permettant à de nombreux patients de quitter l’asile pour retourner dans la collectivité. Cela représente un phénomène nouveau pour les familles, qui ne sont pas du tout préparées, après plus d’un siècle d’habitudes d’internement, à reprendre les patients avec elles. D’autant plus que cela se fait le plus souvent sans l’information, les conseils et le soutien nécessaires. Le retour de plusieurs patients dans la collectivité survient sans que les familles soient engagées dans le processus décisionnel menant à ce retour.

Il faudra l’évolution des mentalités pendant quelques décennies et des progrès dans les connaissances sur les rapports entre la famille et la maladie mentale pour que la famille jadis coupable devienne enfin une partenaire respectée et une alliée pour le traitement. Des enquêtes menées récemment auprès de familles et de professionnels (DeChillo, Koren et Schultze, 1994) font état des composantes d’une relation de collaboration entre familles et professionnels. Parmi les nombreuses caractéristiques jugées importantes pour l’établissement de cette collaboration, voici celles qui reviennent le plus souvent :

- une attitude empathique et non blâmante envers la famille ;

- l’échange d’information, et notamment la quantité d’informations fournie par le professionnel ;

- la reconnaissance de la famille en tant que source d’aide importante sur les plans affectif, économique, résidentiel et même parfois professionnel ;

- la reconnaissance des limites de la famille dans l’intervention auprès du patient et l’existence d’autres responsabilités, professionnelles notamment ;

- une approche de partage des responsabilités et du pouvoir de décision en ce qui concerne le traitement et ses conséquences, incluant l’ouverture du professionnel face aux commentaires que peut faire la famille à ce sujet.

Dans le même ordre d’idée, Bernheim (1990) soutient qu’il est important de poursuivre le travail avec les familles des patients traités en psychiatrie en raison des facteurs suivants :

- l’augmentation de la désinstitutionnalisation ;

- l’importance des conséquences affectives, financières et interpersonnelles de la maladie mentale pour la famille ;

- l’efficacité des interventions psychoéducatives pour réduire les rechutes ;

- la réévaluation des théories portant sur le rôle de la famille dans l’étiologie de la maladie mentale, réévaluation qui indique que le modèle de l’adaptation devrait remplacer le modèle de la famille pathogène issue de l’approche clinique face aux familles.

On doit respecter certains principes, selon cet auteur, si l’on veut promouvoir la collaboration entre les familles et les intervenants en santé mentale. Il est important, par exemple, de voir dans la famille qui désire participer au processus thérapeutique un membre d’un réseau de soutien qui détient des compétences. Cela suppose un préalable, soit le respect mutuel. Il faudra d’abord que certains professionnels abandonnent la mentalité qui consiste à considérer d’emblée les familles où l’on trouve une maladie mentale comme dysfonctionnelles, déviantes, surprotectrices, rejetantes, etc. Cette vision de la famille pathogène de la part de certains professionnels représente l’antithèse de la collaboration. Il faut ensuite que les professionnels fournissent aux familles des informations pertinentes sur le problème présenté et sur les services offerts, incluant les interventions de crise. Il est aussi important de veiller à réduire le sentiment d’isolement de la famille en mettant celle-ci en contact avec d’autres familles qui sont aux prises avec une situation semblable. L’origine ethnique, le degré de scolarisation, l’importance du réseau de soutien social et l’expérience préalable de la maladie mentale sont autant de variables dont devront tenir compte les professionnels dans l’élaboration du plan de services. Enfin, il faut répondre avec flexibilité aux besoins changeants des familles tout au long du processus thérapeutique, puisque, à certains moments, les familles ont besoin d’être prises en charge et, à d’autres [1736] moments, elles ont besoin de se prendre en main (voir les chapitres 52 et 53).

72.2.2. Objet d’intervention

Il faut souligner le changement de paradigme qui est en cause à partir du moment où ce n’est plus l’individu mais la famille tout entière qui devient l’objet de l’intervention. Selon Howells (1993), au début des années 60, il y a eu l’émergence de la psychiatrie familiale, qui peut être définie comme une approche clinique dans laquelle l’enfant, l’adolescent ou l’adulte adressé par la famille à des professionnels à cause d’un trouble mental est perçu comme une indication de la pathologie de la famille. On examine donc la dynamique familiale dans son ensemble, on pose un diagnostic familial et on offre un traitement à la famille. Le but du traitement est de produire un changement bénéfique dans la psychopathologie familiale en vue d’amener la famille à vivre une harmonie optimale. On met l’accent sur la bonne communication, sur le respect des frontières personnelles et sous-systémiques ainsi que sur le processus de résolution de problèmes. De cette manière, les symptômes pourront disparaître.

Une nouvelle tendance dans ce domaine d’intervention consiste à considérer à la fois la famille et les systèmes plus larges dans lesquels elle s’insère comme objets d’intervention (voir la figure 72.1) [Imber- Black, 1991]. Certaines familles, à cause de la pauvreté, des handicaps ou de la maladie chronique qu’elles connaissent, doivent avoir des contacts plus fréquents avec les systèmes institutionnels et risquent d’établir avec eux des interactions négatives conduisant parfois à l’épuisement professionnel chez les travailleurs des établissements. C’est le cas en particulier dans les services de psychiatrie des hôpitaux, où l’on observe la rencontre d’un système informel et d’un système formel. Il n’est pas nécessaire que l’un de ces deux systèmes soit dysfonctionnel pour que naisse un problème dans les interactions. Aussi, pour dénouer de tels problèmes intersystémiques, les thérapeutes familiaux ont avantage à considérer surtout les forces de chacun des systèmes plutôt que de partir à la recherche de leurs dysfonctionnements.

Cette ouverture sur des systèmes plus larges permet au professionnel d’intervenir auprès des familles qui ont connu des échecs dans leurs rapports antérieurs avec ces systèmes, échecs qui ont généralement pour effet d’augmenter la rigidité chez ces familles que l’on qualifie habituellement de résistantes, non coopérantes ou encore de familles à problèmes multiples. Elle permet aussi au thérapeute de recueillir des informations sur la place de ces systèmes dans la vie familiale, de repérer des points d’entrée pour l’intervention qui éviteront de répéter les échecs qui se sont produits et de créer avec les familles des relations différentes des précédentes. Si, par exemple, une famille est adressée à un thérapeute par un autre système, ce thérapeute devrait aborder la situation sous un angle macrosystémique. Une portion de l’entrevue initiale devrait porter sur les relations de la famille avec cet autre système. Les informations qui émaneront de cette entrevue pourront prévenir l’échec du traitement.

Le fait d’examiner le macrosystème pour la définition du problème peut aussi permettre au thérapeute de relativiser ses propres définitions et solutions. Par exemple, des informations au sujet de la demande de consultation peuvent l’amener à découvrir que les représentants des autres systèmes sont plus inquiets que la famille ou qu’ils blâment celle-ci alors que la famille blâme un intervenant.

Autre point important, les familles vivant avec un malade mental sont souvent stigmatisées. Cette stigmatisation vient de la collectivité mais aussi d’intervenants des établissements qui contribuent à augmenter les tensions et l’hostilité dans les relations entre les familles et les établissements. Les thérapeutes familiaux doivent reconnaître cette stigmatisation, en discuter avec la famille ; de même, ils doivent sensibiliser les systèmes plus larges à cette stigmatisation. On mettra alors le doigt sur des préjugés institutionnels contre certains groupes de la population (minorités, pauvres, handicapés mentaux et physiques, femmes) avec lesquels les systèmes ont le mandat de travailler. L’intervention rejoindra ici le niveau socio-politique.

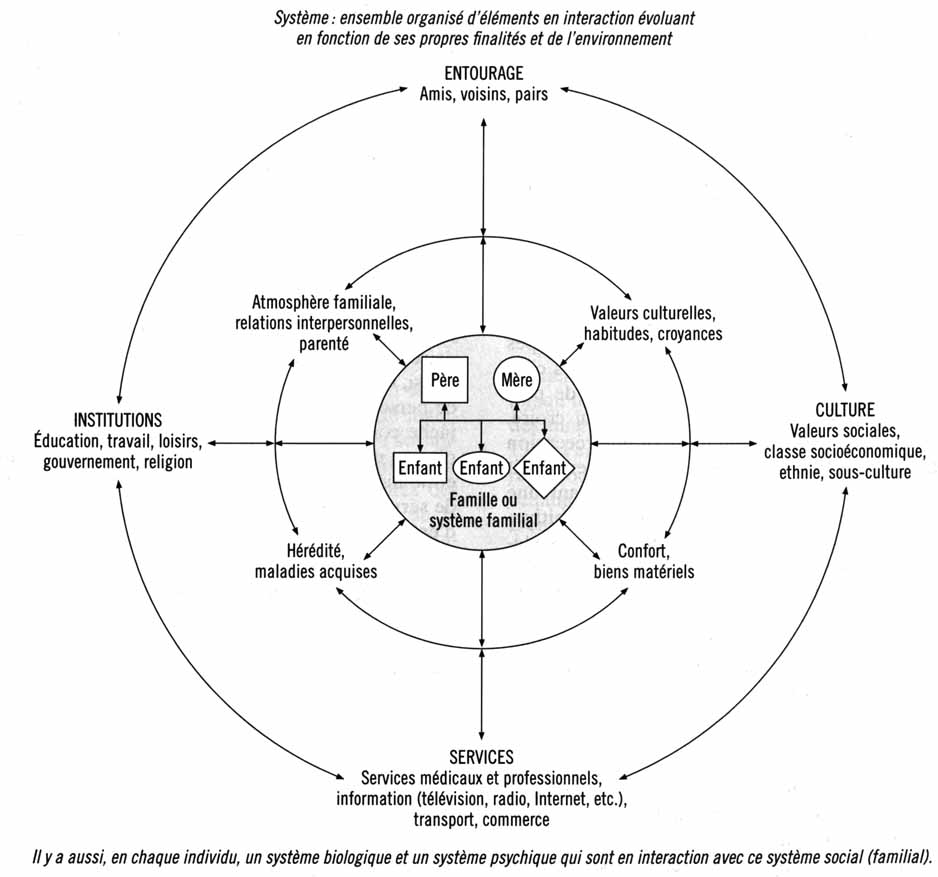
72.2.3. Groupe de pression

Une dernière dimension des rapports des familles avec la psychiatrie a trait au fait que les familles tendent de plus en plus à se considérer comme des consommatrices de soins et, par conséquent, à faire valoir leurs besoins et leurs droits. Exerçant une influence grandissante dans le milieu de la santé mentale en Amérique du Nord, cette tendance s’inscrit dans le mouvement

[1737]

FIGURE 72.1

Système familial



Source : P. Lalonde, inédit.

de la protection des consommateurs tout en s’inspirant des principes de fonctionnement des groupes d’entraide. Elle trouve ses sources dans les phénomènes suivants (Hatfield, 1990) :

- la désinstitutionnalisation ;

- la proportion importante de familles engagées directement dans les soins des personnes malades ;

- la déception à l’égard des professionnels de la santé mentale qui manquent de sympathie pour les familles soignantes et qui ne leur fournissent pas le soutien dont elles ont besoin, certains professionnels ayant encore tendance à rendre les familles responsables de l’apparition de la maladie et percevant celles-ci de manière négative ;

[1738]

- le manque de ressources communautaires engagées dans la réinsertion sociale des patients.

La littérature scientifique a suffisamment montré que le fait de prendre soin d’un patient atteint d’un trouble psychiatrique à la maison est l’une des expériences les plus difficiles qu’une famille puisse vivre. En cette époque où priment les droits et libertés individuels, les familles comprennent mal que même la personne la plus gravement atteinte ne puisse être hospitalisée sans son consentement sauf s’il est clairement établi qu’elle est dangereuse pour elle-même ou pour les autres. Cette situation suscite chez elles la crainte de rester ou de devenir les principales sinon les seules ressources soignantes pour un des leurs qui est aux prises avec un trouble mental.

Selon une opinion répandue parmi les groupes de soutien aux familles, celles-ci reçoivent des conseils contradictoires pour les mêmes types de problèmes. Le consommateur ne sait plus qui croire. D’après Hatfield (1990), si l’on faisait une recension des théories portant sur la famille, on s’apercevrait que les postulats des professionnels adoptant une orientation analytique, une orientation cognitivo-comportementaliste ou encore une orientation systémique associent la maladie mentale tantôt à un type d’organisation familiale, tantôt à un autre, tantôt à un style de communication intrafamiliale, tantôt à un autre. Ces contradictions entre professionnels diminuent leur crédibilté face au public et contribuent également à l’expansion parmi les familles du mouvement de défense de leurs droits. Car les consommateurs savent, comme l’indique McKnight (1977), que, par-delà le désir d’aider les gens, il existe des services, des systèmes, des techniques et des technologies, bref un milieu des affaires qui a besoin d’élargir son marché, une économie qui a besoin d’augmenter son potentiel et... des professionnels qui ont besoin d’un revenu.

72.3. RÉSEAUX SOCIAUX

Si la notion de réseau social est présente depuis le début du 20e siècle dans quelques écoles européennes de sociologie, c’est toutefois à l’anthropologue Barnes (1954) que l’on reconnaît le mérite d’avoir démontré, dans les années 50, l’influence des réseaux sociaux sur les comportements humains. Il existe plusieurs définitions et classifications des réseaux sociaux. Aux fins de ce chapitre, nous présenterons et commenterons brièvement les définitions les plus couramment admises.

On divise habituellement les réseaux sociaux en réseaux primaires et réseaux secondaires. Le réseau primaire désigne une entité microsociologique constituée de personnes qui communiquent entre elles sur la base d’affinités. Il s’agit d’un regroupement informel de personnes dont les liens sont plus affectifs que fonctionnels et qui évolue de façon dynamique, avec des fluctuations dans sa composition qui sont liées au passage du temps. Les réseaux primaires réunissent généralement des membres de la famille et de la parenté, des amis, des voisins et des relations de travail ou de loisirs.

À la différence des réseaux primaires qui se définissent par rapport à un individu, les réseaux secondaires se définissent, eux, par rapport à une fonction. Ainsi, le réseau secondaire consiste en un ensemble de personnes qui sont reliées entre elles grâce à une tâche commune. Bien entendu, ce réseau peut être plus ou moins formel selon le degré de structuration et de hiérarchisation qu’on y trouve et selon le type de services qui y sont offerts (un hôpital, un groupe d’entraide, etc.).

72.3.1. Réseau primaire  
et santé mentale

S’il est vrai que l’individu puise ses principales ressources psychosociales dans son réseau primaire, on ne sera pas surpris dès lors de constater qu’il existe un lien entre certaines caractéristiques du réseau primaire d’un individu et son état de santé mentale. Pattison et coll. (1975) ont indiqué que l’étendue du réseau primaire d’une personne en bonne santé mentale varie de 15 à 40 personnes. Par comparaison, le réseau du névrotique a une étendue de 10 à 12 personnes et il comprend moins d’amis intimes et moins de relations à l’extérieur de la maisonnée. Pour ce qui est du réseau du psychotique, son étendue est encore plus faible : il est de quatre ou cinq personnes, qui sont surtout des membres de la famille. Selon d’autres auteurs (Sokolovsky et coll., 1978), les sujets non psychotiques ont plus de liens réciproques et multidimensionnels (la même personne remplit plusieurs fonctions) que les sujets psychotiques. Parmi ces derniers, ceux qui ont un réseau moins étendu et de faible densité (peu de membres du réseau se connaissent entre eux) courent un plus grand risque d’hospitalisation que les sujets psychotiques dont le réseau est [1739] plus étendu et plus dense. Ces études en corroborent d’autres (Henderson et coll., 1978 ; Tolsdorf, 1976) qui montrent que les sujets névrotiques établissent plus d’interactions sociales négatives dans leur réseau que les autres sujets et que les personnes qui consultent en psychiatrie ont moins de rapports intimes avec les membres de leur réseau que les autres.

72.3.2. Soutien social  
et santé mentale

Depuis plusieurs années, l’intérêt pour les réseaux sociaux a porté plus particulièrement sur les éléments de soutien qu’ils contiennent et sur leur impact sur la santé mentale. Le soutien social peut être défini comme l’intégration d’un individu à différents réseaux pouvant lui apporter une aide aussi bien matérielle qu’affective qui lui permettra de faire face aux difficultés de la vie. On reconnaît au soutien social plusieurs fonctions, dont l’information, l’aide matérielle, l’assistance physique, la rétroaction, la socialisation et, surtout, le soutien affectif. Ces fonctions peuvent être remplies par les divers membres des réseaux primaires et secondaires constitués de la famille, des amis, des collègues de travail ou des établissements de services. On attribue aussi au soutien social deux effets. Selon l’effet général, l’individu intégré dans un réseau social soutenant éprouve un sentiment de protection qui lui sert de régulateur biologique (augmentant sa capacité immunitaire) et social (influençant ses habitudes de vie). Selon l’effet tampon, l’individu en crise (à cause d’un deuil, de la perte d’un emploi, etc.), qui est soumis aux effets pathogènes du stress, serait protégé, grâce au soutien social, contre une détérioration de son état de santé physique et mentale.

Ces effets ont été établis sur la base d’études qui prouvent que le soutien accordé par les membres d’un réseau réduit l’impact du stress, et par le fait même les risques de maladies et de complications. Certaines de ces études (Brown, Bhrolchain et Harris, 1975 ; Roy, 1978) ont illustré de façon spécifique le rôle essentiel que joue une relation de confiance, en particulier dans le cas de la dépression, et plus explicitement chez les femmes.

On a par ailleurs observé que, dans une situation de crise, l’attitude des patients traités en psychiatrie se distingue de l’attitude de la population générale. Cette dernière a tendance à demander aide et soutien aux membres de son réseau quand la mobilisation individuelle n’est pas suffisante ; par contre, les premiers utilisent leur réseau d’une manière superficielle : ils ne se livrent pas suffisamment pour que les membres de leur réseau puissent leur apporter un soutien véritable. Quand le stress est engendré par le réseau, les sujets qui ne sont pas atteints de maladies psychiatriques ont tendance à utiliser le retrait thérapeutique plus sélectivement, alors que ceux qui le sont ont tendance à couper tous les contacts intimes. Cette attitude négative entraîne les patients traités en psychiatrie dans un cercle vicieux où les échecs s’accumulent : leurs chances de combattre le stress adéquatement deviennent moins grandes ; l’anxiété augmente, tandis que le rendement et l’estime de soi diminuent. Cette escalade pourra conduire à la crise psychotique ou à l’hospitalisation.

On peut se demander si l’association positive du soutien social et du bien-être est également présente lorsqu’il s’agit d’une population d’enfants. À la fin des années 70, certaines études (Cochran et Brassard, 1979 ; Feiring et Lewis, 1978) ont montré que l’entourage social de l’enfant fournit des activités et des échanges de nature concrète, affective et cognitive. L’environnement social influencerait le développement de l’enfant directement et indirectement. Par exemple, le réseau primaire de l’enfant lui donnerait la possibilité de participer activement au maintien de son équilibre. Il pourrait l’aider à affronter des événements critiques et, selon certains auteurs (Kaplan, Robbins et Steven, 1983), exercerait une influence non négligeable sur son bien-être futur.

Ce survol des études empiriques liant le soutien social à la santé ou à la pathologie débouche sur différentes implications cliniques. Plusieurs auteurs ont ainsi défini de nouveaux objectifs et de nouvelles méthodes d’intervention. De cette réflexion ont émergé diverses pratiques cliniques et communautaires qui ont tendance à se formaliser de plus en plus sous les appellations équivalentes d’interventions faisant appel aux réseaux sociaux, d’interventions en réseau ou encore de pratiques de réseau.

72.3.3. Interventions faisant appel  
aux réseaux sociaux

Situé au carrefour de la vie privée et de la vie publique, le réseau primaire d’un individu constitue un lieu privilégié pour l’intervention dans le domaine de la santé mentale. Speck et Attneave (1973) ont tenté les [1740] premiers d’intervenir auprès de schizophrènes et de leurs familles en élargissant le cadre de l’intervention pour y inclure de grands groupes de leur environnement social. Depuis ces premières applications au domaine de la santé mentale, les pratiques de réseau se sont élaborées et diversifiées, tant en Europe qu’aux États-Unis et au Québec. Les problématiques visées se sont également multipliées : dépression, suicide, conflits conjugaux, abus de drogues, désorganisation familiale, problèmes éprouvés par les personnes âgées, adolescentes perturbées sur le plan affectif, enfants en difficulté, qui ont des handicaps physiques ou qui consultent en pédopsychiatrie. D’autres professionnels en santé mentale utilisent ces stratégies en tant qu’intervention préventive.

Rueveni (1977) définit la pratique de réseau comme une approche recourant à la mobilisation de la famille et du système social de soutien afin de favoriser une collaboration orientée vers la résolution d’une situation problématique. Selon certains auteurs (Blanchet et coll., 1984 ; Guay, 1984 ; Schoenfeld et coll., 1985), l’objectif de cette forme d’intervention est l’amélioration de l’efficacité des réseaux. L’intervention vise à faciliter la dissolution des relations pathologiques et la reconstitution du réseau désintégré en une unité fonctionnelle et soutenante. D’autres auteurs (Garrison et Werfel, 1977) proposent aussi un travail plus individuel qui consiste à développer les capacités d’action de l’individu (utilisation des ressources de son environnement) et à lui enseigner à reconnaître les structures et les fonctions de son réseau de même que sa position à l’intérieur de ce réseau.

Quoi qu’il en soit, chaque intervention faisant appel aux réseaux sociaux poursuit ses propres objectifs généraux et spécifiques. Ces objectifs sont établis selon la nature du problème devant lequel les membres du réseau sont placés et selon la configuration et la dynamique du réseau en présence duquel on se trouve. Avant d’effectuer une intervention en réseau, on doit considérer le genre de problème en cause, le stade d’évolution du problème, les besoins des personnes et la capacité de ces personnes à utiliser les ressources de leur environnement social. Certains modèles nord-américains, plus systématisés que les pratiques de réseau européennes, ont établi les principales étapes que peut suivre une intervention en réseau. Une synthèse de ces différents modèles amène à distinguer, de manière générale, les étapes suivantes :

- définitions et perceptions variées du problème ;

- mobilisation du réseau en vue d’une collaboration ;

- recherche de solutions et autonomisation du réseau par rapport à l’équipe d’intervention.

Selon les modèles, les rencontres de réseau réuniront l’ensemble des personnes influentes quant à la problématique en question ou seulement certaines de ces personnes. Blanchet, Edisbury et Petitclerc (1995) résument ainsi l’apport particulier de la pratique de réseau :

- elle favorise l’expression de définitions multiples et parfois contradictoires du problème, ce qui aide l’intervenant et la famille à comprendre plus rapidement la véritable nature du problème ;

- elle fait ressortir le soutien social accessible dans le réseau ;

- elle rend possibles des interventions thérapeutiques ponctuelles à l’intérieur du réseau ;

- elle indique les réseaux dans lesquels le soutien social est inexistant.

72.3.4 Évaluation de l’efficacité

Pour les uns, l’intervention en réseau est une méthode coûteuse eu égard au temps et aux ressources qu’elle nécessite alors que, pour les autres, elle règle certains problèmes assez rapidement et sans une dépense d’énergie trop importante. L’absence d’une évaluation systématique des effets à court et à long terme de ce mode d’intervention constitue cependant la principale limite des études recensées. Les effets positifs de l’intervention en réseau sont, il est vrai, assez bien étayés lorsqu’il s’agit d’études de cas particuliers. Il semble toutefois essentiel de mesurer avec précision l’influence de l’intervention sur le réseau de soutien des sujets. L’évaluation de l’efficacité des interventions devrait également porter sur l’adaptation psychologique des personnes, ce qui est heureusement le cas pour un certain nombre d’études en cours.

\*

En conclusion, les interventions faisant appel aux réseaux sociaux continuent de progresser et plusieurs efforts sont faits pour mieux évaluer leur efficacité. Quant à leur impact sur le champ clinique, on peut retenir que, chez les enfants, cette approche semble [1741] prometteuse, étant donné qu’elle favorise la participation active des divers systèmes (famille, école, garderie, agences sociales, etc.) qui gravitent autour de l’enfant en difficulté (Blanchet, Edisbury et Petitclerc, 1995 ; Imber-Black, 1988). Quant aux adultes qui consultent en psychiatrie, la structure habituelle de leur réseau et la qualité des liens qu’ils y établissent ne permettent pas d’espérer un soutien adéquat dans la vie quotidienne, a fortiori dans un moment de crise. D’une façon générale, les sujets traités en psychiatrie ne comptent pas sur leur réseau ; ils ont une attitude négative, sinon dépressive face à lui. Dans cette situation, l’intervention devra viser le réseau primaire autant que le patient lui-même afin d’assainir la dynamique patient-réseau. Il importera donc de diversifier la composition du réseau et, si possible, de transformer la qualité des liens qui s’y établissent. Une intervention en réseau aura un effet de rétroaction sur le patient parce que, en ce qui concerne les situations de crise, la difficulté des patients à les affronter semble reliée autant à leurs attitudes vis-à-vis des membres de leur réseau, à la structure et à la dynamique propres à leur réseau qu’à la constellation d’éléments biologiques et psychologiques personnels.

Enfin, dans les cas où le réseau est quasi inexistant, la seule voie qui s’offre, mis à part l’institutionnalisation ou l’itinérance, consiste à aider les sujets atteints de troubles psychiatriques à se construire un nouveau réseau social, soit en les invitant à chercher eux-mêmes les personnes-ressources dont ils ont besoin, soit, comme cela est plus souvent indiqué, en les introduisant dans des lieux de rencontres ou des groupes d’entraide et en assurant, bien sûr, le suivi de ces démarches.

72.4. COLLECTIVITÉ

La collectivité peut se concevoir comme l’environnement physique, social et culturel dans lequel vivent et se développent ses membres ; certains y présenteront des problèmes psychiatriques. On a noté à plusieurs reprises que le rôle de la collectivité a beaucoup évolué au cours de l’histoire dans ses rapports avec les patients souffrant de maladies psychiatriques.

Pendant longtemps, le « fou », surtout dans les sociétés animistes, était perçu comme le symptôme d’un groupe malade ; toute la communauté se réunissait autour de lui pour le soigner autant que pour se soigner elle-même. Plus tard, d’autres communautés ont cherché à expulser le fou, voire à le détruire par le feu ou à lui prêter un lien privilégié avec les dieux ou l’au- delà (voir le chapitre 83).

Jusqu’au 18e siècle, le fou était considéré comme une personne très perturbée, dangereuse et sans véritable possibilité d’évolution. Il était alors naturel de l’enfermer, et même de l’attacher. Au 19e siècle, on a enfin commencé à s’adresser à cette personne comme à un malade, mais souvent aussi comme à un enfant. L’attitude devenait plus humaine, centrée sur les soins et la protection, d’où la création de grands asiles, nouvelles communautés qui accueillaient et éloignaient tout à la fois ces personnes à qui l’on avait peu à offrir, sauf de la bienveillance et des principes. On misait sur le travail pour l’actualisation de leur faible potentiel. Ce mouvement a connu une ampleur particulière aux États-Unis (moral treatment era).

Avec les progrès de la psychologie et de la pharmacologie, des traitements de plus en plus spécifiques ont été offerts aux patients atteints de maladies psychiatriques, mais leur famille et leur milieu de vie étaient encore largement tenus à l’écart parce qu’on croyait qu’ils faisaient partie du problème plutôt que de la solution. Ce n’est qu’à compter de 1960 que la psychiatrie a pu mieux aider ces personnes en les libérant de la plupart de leurs symptômes. Une société plus libérale a alors jugé inhumaines et aliénantes ces grandes institutions qui regroupaient souvent plusieurs milliers de malades vivant selon des règles qui n’avaient rien à voir avec celles de leur milieu d’origine.

Ce fut le début de la désinstitutionnalisation, et le mouvement s’est amplifié sous la double impulsion des considérations économiques et de l’affirmation du droit des personnes au traitement le moins restrictif.

Malheureusement, la collectivité était peu préparée pour accueillir ces anciens patients traités en psychiatrie. Laissés à eux-mêmes, plusieurs errent dans les centres commerciaux et viennent grossir les rangs des sans-abri. D’autres, plus chanceux sans doute, ont encore leur famille, mais celle-ci est vite dépassée par la complexité et la lourdeur de son nouveau rôle. Si la vie au sein de la collectivité offre davantage aux individus qui y vivent, elle comporte aussi plus d’exigences. Souvent, la personne qu’on y reloge ne trouve pas le soutien requis pour compenser ses troubles et ses déficits. Elle est alors moins bien accueillie et [1742] moins bien protégée qu’à l’asile d’où elle vient. Cela explique sans doute pourquoi elle est si facilement tentée d’y retourner à la moindre alerte.

Face à cette évolution particulière qui s’inscrit dans des changements plus globaux qui touchent toutes les sociétés, quel rôle la collectivité est-elle appelée à jouer ? Et d’abord, qui est-elle ?

72.4.1. Concepts de collectivité  
et de communauté

Il n’est pas aisé de définir les concepts de collectivité et de communauté, car leur sens et leur usage varient d’une langue à l’autre. Le Petit Robert définit le mot « collectivité » comme un « ensemble d’individus groupés naturellement ou pour atteindre un but commun ». La communauté consiste dans un « groupe social dont les membres vivent ensemble, ou ont des biens, des intérêts communs ». Une communauté implique donc une intimité des relations plus grande que celle qui existe au sein d’une collectivité. Comme la langue anglaise n’utilise que le mot community pour désigner les groupes sociaux, son influence se fait sentir en français, où l’on aura tendance à employer les termes « communauté » et « communautaire » pour parler de la collectivité.

Quoi qu’il en soit, avec l’exode rural, avec la composition de plus en plus cosmopolite des grandes villes, avec l’éclatement des structures familiales traditionnelles, avec la mondialisation de l’information, la réalité des collectivités a beaucoup évolué. À tel point que, dans l’anonymat contemporain des grandes villes, on ne retrouve guère aujourd’hui que quelques communautés telles que définies par Le Petit Robert.

Pour le professionnel de la psychiatrie, le rapport avec la collectivité est le plus souvent ambivalent. Étant donné qu’il y œuvre encore assez peu, il la connaît mal et la craint. Cette situation est d’ailleurs réciproque. À distance, comme dans le contexte d’une campagne de financement, la collectivité peut supporter les initiatives de la psychiatrie ; si la psychiatrie se rapproche d’elle, comme dans l’implantation d’une ressource résidentielle, la collectivité peut la combattre et même la rejeter énergiquement (Aubry,Teft et Currie, 1995).

L’approche communautaire peut donc se présenter comme un type d’intervention différent, comme une intervention non traditionnelle ou, du moins, comme un complément à l’intervention traditionnelle.

72.4.2. Type d’intervention différent

On trouve un bon exemple d’un type d’intervention différent en Italie, où la loi a interdit les premières admissions à l’hôpital psychiatrique à partir de 1978 et toutes les réadmissions à partir de 1982.Tansella (1991) a rapporté les résultats de ces changements 10 ans après l’implantation de services psychiatriques intégrés et diversifiés, internes et externes, dans la communauté de Vérone-Sud :

- aucune réadmission à l’hôpital psychiatrique en 6 ans ;

- nécessité d’un travail en équipe multidisciplinaire présente tant dans l’hôpital général qu’à l’externe ;

- création de nombreuses ressources communautaires diversifiées (intervention de crise, hébergement, travail, etc.).

72.4.3. Organismes communautaires

La collectivité peut aussi se présenter comme une source de formules d’aide originales, créées à partir de l’expérience des patients et de leurs proches. Le mouvement des « ressources alternatives » a connu un essor remarquable au Québec malgré des moyens modestes. Rousseau (1993), qui en retrace l’histoire, souligne la participation nécessaire de la collectivité à la définition des problèmes qui s’y créent et des solutions susceptibles d’en corriger ou d’en limiter les effets.

Dans le même esprit, le mouvement de réadaptation psychosociale prône l’habilitation (empowerment) des patients face au système de soins psychiatriques, voire au pouvoir politique. Ce mouvement, qui est particulièrement vigoureux et structuré aux États-Unis, s’installe graduellement au Québec, au Canada et en Europe. Par ailleurs, les associations de parents et d’amis, appelées souvent « associations de familles » en Europe, commencent à revendiquer une meilleure information et un soutien plus adéquat dans la mesure où ce sont les proches qui accueillent la plupart du temps les personnes qui ne résident plus à long terme dans les établissements psychiatriques.

Une autre possibilité consiste dans la formule des groupes d’entraide, qui s’inspire grandement du premier mouvement de ce genre, les Alcooliques Anonymes. En psychiatrie, le modèle « club » *(club house)* [1743] a un sens particulier, car il repose sur des principes de solidarité, de mutualité et d’entraide chez d’anciens patients traités en psychiatrie, qui se désignent parfois eux-mêmes sous les termes provocateurs de psychiatrisés et de survivants. Ces regroupements visent souvent des activités de socialisation, de revendication, de formation et de travail. Ramsey (1992) a passé en revue certaines de leurs caractéristiques ainsi que leur efficacité.

Au Québec, les groupes d’entraide évoluent souvent vers une fonction de défense des droits, et la Politique de santé mentale du Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1989) demande maintenant à chaque région ou sous-région de se doter d’une structure dans laquelle les ex-patients pourront se regrouper pour proposer de nouvelles approches susceptibles de mieux les rejoindre, les aider, les soutenir et appuyer leurs revendications.

72.4.4. Complément  
à l’hospitalisation

C’est aussi au sein de la collectivité et à l’extérieur des institutions asilaires ou des hôpitaux généraux que se retrouvent insérés aujourd’hui une bonne partie des équipes externes, des centres de jour, des centres sans rendez-vous, des centres de crise, etc. Cette relocalisation des services vise à la fois à favoriser une plus grande accessibilité et à réduire la stigmatisation qui accompagne la fréquentation des établissements psychiatriques traditionnels. Compte tenu de la petite taille de ces équipes, de leur intégration à la collectivité, souvent à côté de groupes communautaires, les professionnels qui y œuvrent sont beaucoup plus sensibles aux besoins et aux normes qui prévalent dans le milieu où leur clientèle vit. Ils peuvent aussi être interpellés plus fréquemment et, de ce fait, sont appelés à remettre en question leur pratique ; en retour, leur présence quotidienne permet de combattre les préjugés que d’autres professionnels moins familiers avec le champ de la santé mentale ainsi que la population générale nourrissent souvent à l’égard des professionnels du domaine psychiatrique. Vu leur plus grande accessibilité, ces professionnels se voient demander aide, soutien et information par des groupes divers ayant en commun leur intérêt pour les patients atteints de maladies psychiatriques soit parce qu’ils les regroupent, soit parce qu’ils regroupent leurs proches.

Il faut dire que ces groupes sont fréquemment mis à contribution pour compléter le travail amorcé en établissement ou y suppléer. Avec la réduction de la durée du séjour hospitalier, dans la foulée de ce que l’on appelle maintenant « virage ambulatoire », on confie de plus en plus aux familles et aux conjoints une partie importante de l’aide requise par les patients au jour le jour. Mal préparés, ces soignants risquent d’adopter des attitudes ou des comportements peu aidants, voire malsains ; de toute façon, l’incertitude et la tension qui entourent ces situations ne peuvent que générer une angoisse assez vive qui retombe sur les patients. La disponibilité des professionnels, facilitée par leur insertion communautaire, est absolument nécessaire pour prévenir ces facteurs de stress additionnels.

72.4.5. Limites

Comme on vient de le voir, les collectivités ont réagi bien différemment au fil des siècles face à leurs membres qui présentaient des troubles mentaux majeurs et persistants. On peut dire que plus la collectivité est structurée, plus elle forme une communauté, plus la personne souffrante en fait partie, plus elle peut aussi en recevoir de l’aide sous une forme ou une autre. Il faut cependant ajouter que si cette communauté adopte un comportement d’exclusion, la possibilité réelle pour les malades traités en psychiatrie de s’y réinsérer s’en trouve nettement réduite. L’existence d’une communauté forte représente aussi bien une source de soutien qu’une source de rejet. Dans une collectivité plus anonyme, moins structurée, la possibilité de recevoir de l’aide sera plus faible, mais la déviance sera sans doute l’objet d’un rejet moins marqué.

\*  
\* \*

En ce qui concerne la prévention, c’est avant tout à l’ensemble de la collectivité qu’il faut s’adresser et aux nombreux groupes cibles qui s’y trouvent, où chacun peut profiter d’une approche spécifique. Il faut par ailleurs se tourner vers les communautés dans le but de réduire les préjugés à l’endroit des ex-patients traités en psychiatrie. Ces préjugés représentent des obstacles qu’ils n’arrivent pas toujours à franchir pour reprendre leur place au sein de leur propre communauté.

[1744]

Bibliographie

Ackerman, N.W.

1958 *The Psychodynanmics of Family Life*, New York, Basic Books.

Amyot, A., et Lavoie, J.-G.

1976 « La psychiatrie communautaire : la continuité des soins », *Union Med. Can.,* vol. 105, n° 12, p. 1831- 1837.

Amyot, A., et Messier, MJ.

1973 « Les équipes volantes, moyens d’organiser des soins psychiatriques et communautaires dans une région rurale et isolée », *La revue de l’Association des psychiatres du Canada,* vol. 18, n° 2, p. 123-131.

Aubry, T.D., Teft, B., et Currie, R.F.

1995 « Public attitudes and intentions regarding tenants of community mental health résidences who are neighbors », *Community Ment. Health J.,* vol. 31, n° l, p. 39-52.

Barnes, J. A.

1954 « Class and committees in a Norwegian island parish », *Human Relations,* vol. 7, p. 39-58.

BATESON, G., et coll.

1963 « A note on the double bind », *Fam. Process,* vol. 2, n° 1, p. 154-161.

1956 « Towards a theory of schizophrenia », *Behavioral Science,* n° 1, p. 251-264.

Bernheim, K.F.

1990 « Principles of professional and family collaboration », *Hospital and Community Psychiatry,* vol. 41, n° 12, p. 1353-1355.

Blanchet, L., Edisbury, L., et Petitclerc, L.

1995 « À la jonction du clinique et du communautaire : la pratique de réseaux », *PRISME,* vol. 5, n° 2, p. 86-98.

Blanchet, L., et coll.

1984 « L’intervention en réseau comme processus de recherche-action », *Revue canadienne de service social,* p. 97-127.

Brown, G.W., Bhrolchain, M.N., et Harris, T.O.

1975 « Social class and psychiatric disturbance among women in an urban population », *Sociology,* vol. 9, n° 2, p. 225-254.

Cochran, M.M., et Brassard, J.A.

1979 « Child development and personal social networks », *Child Dev.,* vol. 50, n° 3, p. 601-616.

Crawshaw, R., et Key, W.

1961 « Psychiatrice teams », *Arch. Gen. Psychiatry,* vol. 5, octobre, p. 397-405.

DeChillo, N., Koren, P.E., et Schultze, K.S.

1994 « From paternalism to partnership : Family and professional collaboration in children’s mental health », *American Orthopsychiatric Association,* vol. 64, n° 4, p. 564-576.

Dixon, L., Krauss, N., et Leberman, A.

1994 « Consumers as service providers : The promise and challenge », *Community Ment. Health J*., vol. 30, n° 6, p. 615-625.

Feiring, C., et Lewis, M.

1978 « The child as a member of a family System », *Behavioral Science*, vol. 23, n° 4, p. 225-233.

Fromm-Reichman, F.

1948 « Notes on the development of treatment of schizophrenies by psychoanalytic psychotherapy », *Psychiatry*, vol. 11, p. 263-273.

Garrison, J., et Werfel, S.

1977 « A network approach to clinical social work », *Clinical Social Work Journal*, vol. 5, n° 2, p. 108-117.

Guay, J.

1984 *L'intervenant professionnel face à l'aide naturelle*, Boucherville (Québec), Gaëtan Morin Éditeur.

Hatfield, A.B.

1990 « The social context of helping families », dans H.P. Lefley et D.L. Johnson (sous la dir. de), *Families as Allies in Treatment of the Mentally* *III : New Directions for Mental Health Professionals*, Washington (D.C.), American Psychiatric Press, p. 77-90.

Henderson, S., et coll.

1978 « The patient’s primary group », *Br. J. Psychiatry*, vol. 132, janvier, p. 74-86.

Howells, J.G.

1993 « An outline of family psychiatry », *Psychiatric Annals*, vol. 23, n° 9, p. 490-493.

Imber-Black, E.

1991 « A family-larger-system perspective », *Family Systems Medicine*, vol. 9, n° 4, p. 371-395.

1988 *Families and Larger Systems : A Family Therapist's Guide through the Labyrinth*, New York, Guilford Press.

Kaplan, B.H., Robbins, C., et Steven, M.S.

1983 « Antecedents of psychological distress in young adults : Self-rejection, deprivation of social support and life events », *J. Health Soc. Behav*., vol. 24, n° 3, p. 230-244.

McKnight, J.

1977 « The professional service business », *Social Policy*, vol. 8, n° 3, p. 110-116.

Ministère de la Santé et des Services sociaux

1989 *Politique de santé mentale*, Gouvernement du Québec.

PATTISON, E.M., et coll.

1975 « A psychosocial kinship model for family therapy », *Am. J. Psychiatry*, vol. 132, n° 12, p. 1246-1251.

[1745]

Pelsser, R.

1980 « La multidisciplinarité en santé mentale : fiction ou réalité ? », *Santé mentale au Québec,* vol. 5, n° 1, p. 3- 21.

RAMSEY, P.W.

1992 « Characteristics processes, and effectiveness of community support groups : A review of the litterature », *Family and Community Health,* vol. 15, n° 3, p. 38-48.

Rousseau, C.

1993 « Community empowerment : The alternative resources movement in Quebec », *Community Ment. Health J.,* vol. 29, n° 6, p. 535-545.

Roy, A.

1978 « Vulnerability factors and depression in women » *Br. J. Psychiatry,* vol. 133, août, p. 106-110.

RUEVENI, U.

1977 « Family network intervention : Mobilizing support for family in crisis », *International Journal of Family Counselling,* vol. 5, n° 2, p. 77-83.

SCHOENFELD, P., et Coll.

1985 « Network therapy : An outcome study of twelve social networks », *Journal of Community Psychology,* vol. 13, n° 3, p. 281-287.

SOKOLOVSKY, J., et Coll.

1978 « Personal networks of ex-mental patients in a Manhattan SRO hotel », *Human Organization*, vol. 37, n° 1, p. 5-15.

Speck, R., et Attneave, C.

1973 *Family Networks*, New York, Vintage Books.

STEIN, L.I.

1992 « On the abolishment of the case manager », *Health Aff*., vol. 11, n° 3, p. 172-177.

Tansella, M.

1991 « Community-based psychiatry : Long-term patterns of care in South-Verona », *Psychol. Med., supplément monographique* 19, n° 19, p. 1-54.

Terkelsen, K.G.

1990 « A historical perspective on family-provider rela-tionships », dans H.P. Lefley et D.L. Johnson (sous la dir. de), *Familles as Allies in Treatment of the Mentally III : New Directions for Mental Health Professionals*, Washington (D.C.), American Psychiatric Press, p. 3-21.

Tolsdorf, C.C.

1976 « Social networks, support and coping : An exploratory study », *Fam. Process*, vol. 15, n° 4, p. 407-417.

Lectures complémentaires

AUSLOOS, G.

1995 *Compétence des familles : temps, chaos, processus*, Ramonville-Saint-Agne, Érès.

Nestmann, F., et FIurrelmann, K. (sous la dir. de)

1994 *Social Networks and Social Support in Childhood and Adolescence*, Berlin, Walter de Gruyter.

Thomson, D.A., et coll.

(à paraître) « Les ingrédients essentiels au succès de la mise en place au Québec des équipes de suivi intensif dans la communauté s’inspirant du modèle PACT », *L'infirmière du Québec*.

[1746]

**Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale**Tome 2. Spécialités, traitements, sciences fondamentales  
et sujets d’intérêt

SIXIÈME PARTIE  
*Sujets d’intérêt*

Chapitre 73

PSYCHIATRIE  
TRANSCULTURELLE,  
MIGRATIONS

[Retour à la table des matières](#tdm)

Emmanuel Habimana, Ph.D.

Psychologue en cabinet privé

Professeur agrégé au Département de psychologie de l’Université du Québec à Trois-Rivières

Cécile Rousseau, M.D., M.Sc.

Psychiatre, directrice de l’Équipe de psychiatrie transculturelle de l’Hôpital de Montréal pour enfants

Professeure agrégée au Département de psychiatrie de l’Université McGill (Montréal)

Jean-François Saucier, M.D., Ph.D.

Psychiatre, consultant en recherche au Département de psychiatrie de l’Hôpital Sainte-Justine (Montréal)

Professeur titulaire au Département de psychiatrie de l’Université de Montréal

Ursula Streit, Ph.D. (ethnologie)

Psychanalyste à la Clinique des maladies affectives du Département de psychiatrie de l’Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

[1747]

**PLAN**

73.1. Psychopathologie et culture

73.1.1. Troubles ethniques ou syndromes culturels

73.1.2. Spécificité culturelle des troubles mentaux

73.1.3. Compréhension étiologique des troubles mentaux : le cas de la possession

73.2. Santé mentale des immigrants et des réfugiés

73.2.1. Facteurs prémigratoires

73.2.2. Facteurs postmigratoires

*• Société d’accueil et migration • Situation socioéconomique* • *Existence d’une communauté de la même origine culturelle*

73.2.3. Facteurs associés au cycle de vie

73.3. Approches thérapeutiques

73.3.1. Diversité et aspects universels, des traitements

73.3.2. Traitement dans un contexte interculturel

*• Problématique de l’évaluation et du diagnostic • Types de traitements utilisés*

Bibliographie

Lecture complémentaire

[1748]

Depuis le début du 20e siècle, deux grandes traditions ont cours dans le monde psychiatrique occidental pour rendre compte de la maladie mentale chez les peuples non occidentaux : la tradition universaliste et la tradition du relativisme culturel.

On peut associer la tradition universaliste à Kraepelin qui, en 1904, à la suite d’un voyage en Indonésie, publiait un article intitulé « Psychiatrie comparée ». Utilisant son propre système classificatoire, alors accepté en Europe, il prétendait pouvoir y faire entrer les syndromes qu’il avait observés à Java. De plus, il émettait l’hypothèse selon laquelle la maladie mentale s’expliquerait par un processus biologique sous-jacent qui s’apparenterait à une « forme » universelle (Littlewood, 1990) sur laquelle se grefferaient des « contenus » divers, de caractère superficiel, correspondant à la grande variété des syndromes observés partout dans le monde. Cette proposition opposant la biologie universelle à la culture locale, qui sembla aller de soi pendant longtemps, est actuellement remise en question par les travaux de la « psychobiologie de l’ethnicité » (Lin et coll., 1993), qui laissent entendre que la biologie serait aussi « locale » que la culture.

La seconde tradition, le relativisme culturel, perçoit comme très profondes les différences entre les cultures. Plusieurs auteurs (entre autres Kleinman, 1988 ; Murphy, 1982 ; Nathan, 1987) insistent sur le fait que la configuration « sociocentrique » (c.-à-d. une forte intégration dans une famille étendue, un lignage, un clan) dans laquelle sont situés la plupart des patients non occidentaux entraîne des normes comportementales radicalement différentes de celles des patients occidentaux, qui, eux, sont situés dans une configuration « égocentrique » (c.-à-d. une situation d’autonomie sociale). Il en résulterait des modèles psychiatriques qu’on ne peut strictement pas comparer et encore moins assujettir aux nosographies occidentales.

73.1. PSYCHOPATHOLOGIE  
ET CULTURE

Face à un stress psychosocial ou environnemental, chaque culture privilégie un certain nombre de manifestations cognitives, affectives ou comportementales pour exprimer une détresse psychologique, manifestations que chaque membre de la communauté apprend au cours de sa socialisation. Ainsi, dans certaines communautés, un sujet révélera son état dépressif en décrivant des symptômes psychiques, alors que, dans une autre culture, le malade exprimera sa souffrance par des plaintes somatiques. De même, dans une société donnée, les tentatives suicidaires peuvent être fréquentes parce qu’elles sont considérées comme des réactions prévisibles à certaines situations stressantes, alors que, dans une autre société, de tels comportements seront rares parce qu’ils sont condamnés. On peut prendre l’exemple de la Norvège et du Danemark où les taux de prévalence sont fort différents malgré des similitudes en ce qui concerne plusieurs indices comparatifs.

Au cours de la préparation de la quatrième édition du DSM, le Task Force a consulté plus de 60 spécialistes en ethnopsychiatrie, en anthropologie et en psychologie transculturelle afin de mieux faire ressortir les variations culturelles des troubles mentaux. De cette consultation, le DSM a retenu deux conclusions majeures. D’une part, il existe des troubles qui sont propres à certaines sociétés, comme le latah ou l’amok, qui sont des « troubles ethniques ». D’autre part, pour un syndrome donné (p. ex., la dépression ou la schizophrénie), l’expression psychopathologique, les représentations étiologiques et les traitements peuvent être influencés par le système de valeurs ou les croyances des individus appartenant à une même culture.

73.1.1. Troubles ethniques  
ou syndromes culturels

Le terme « troubles ethniques » désigne les manifestations psychopathologiques propres à des régions particulières et dues à des facteurs exclusivement culturels. Dans l’annexe I, le DSM-IV décrit une vingtaine de ces troubles ethniques, appelés aussi « exotiques » (folk illness) et plus couramment « syndromes culturels » (culture-bound syndromes). Le nombre de ces troubles est en réalité plus élevé si l’on se réfère à la classification de Simons et Hugues (1985). Parmi les plus connus, on peut citer le latah, l’amok et le koro. Selon Fernandez (1992), ces troubles se rencontrent dans 80% des cultures et plusieurs sont analogues aux troubles dissociatifs répertoriés par le DSM-IV. Il est cependant réducteur de considérer ces troubles ethniques comme des troubles dissociatifs, car les symptômes sont si variés que la dissociation à elle seule ne peut les expliquer. Ainsi, les symptômes observés par différents auteurs sont les préoccupations anxieuses, [1749] l’irritabilité, l’insomnie, le retrait social, les tentatives suicidaires, les peurs, la logorrhée, la perte d’appétit, la labilité émotionnelle, l’incapacité de s’acquitter de ses obligations, etc. Contrairement à une opinion fort répandue, Westermeyer (1989b) conclut que les troubles ethniques ne se limitent pas aux sociétés non occidentales. D’ailleurs, O’Nell (1975) et plusieurs autres auteurs définissent un trouble ethnique de la façon suivante :

- une culture donnée reconnaît qu’une personne est malade car celle-ci présente des symptômes que cette culture considère comme pathologiques, même si ces symptômes peuvent recevoir une interprétation différente dans une autre société ;

- la cause du trouble n’est pas biologique ;

- le sujet n’est pas conscient du trouble ou ne s’en sent pas responsable et le trouble survient dans un contexte de conflit, de frustration ou de dislocation familiale ;

- dans la culture en question, le malade est traité différemment des autres personnes à cause de son état ; cependant, on s’attend à ce qu’il se conduise différemment des autres, car c’est son état qui lui confère le statut de malade.

Chaque culture fournit ainsi un répertoire de symboles et d’images par lesquels un trouble mental peut s’exprimer : possession par les esprits, contrôle par les ondes ou la télévision, conduite alimentaire étrange (p. ex., la boulimie), etc. Par conséquent, le trouble a, pour le patient tout comme pour son groupe d’appartenance, une signification d’ordre moral, social ou psychologique. Selon Littlewood et Lipsedge (1986), l’agoraphobie, la kleptomanie, le « siège domestique » (violence qu’un homme exerce contre son ex-épouse dans un conflit lié à la garde des enfants) et plusieurs paraphilies répondent également aux caractéristiques des syndromes culturels. En effet, ces auteurs envisagent comme un trouble ethnique toute manifestation étrange, déviante ou anormale propre à une aire culturelle déterminée. Dans un article provocant, Hill et Fortenberry (1992) vont jusqu’à considérer comme des syndromes culturels certains phénomènes touchant les adolescents en Amérique du Nord tels que la grossesse précoce, les maladies transmises sexuellement, la toxicomanie, le suicide, la délinquance ou la communication et les interactions pathologiques.

L’American Psychiatric Association (1994) retient pour le moment l’anorexie et la boulimie comme syndromes culturels propres aux pays occidentaux et considère le trouble dissociatif de l’identité (personnalité multiple) comme un trouble ethnique des États-Unis. Néanmoins, il faudrait faire des études de terrain pour vérifier avec rigueur si ces troubles ne se trouvent pas dans d’autres cultures sous un mode d’expression différent. Le koro, trouble qui se traduit par la peur que le pénis ne se rétracte dans l’abdomen, offre un bon exemple de syndrome culturel qui touche des sociétés autres que celles auxquelles il a été associé. Cette peur étrange, que l’on rencontre en Chine méridionale et en Malaisie, a également été observée ailleurs en Asie du Sud-Est, aux États-Unis, au Canada et en Afrique (Murphy, 1982), et ce malgré le fait que les patients de ces dernières régions ignoraient l’existence de cette maladie en Chine méridionale ou en Malaisie.

73.1.2. Spécificité culturelle  
des troubles mentaux

Plusieurs recherches ont rappelé le fait que certains troubles mentaux sont associés à la pauvreté ou aux classes sociales démunies, montrant par là des différences culturelles au sein d’une société. De même, l’attitude face à certaines pratiques comme la consommation d’alcool ou de drogues varie selon les milieux, d’où les taux de prévalence variables de la toxicomanie et de l’alcoolisme dans le monde. Il en est de même pour beaucoup d’autres troubles, aspect que reconnaît le DSM-IV en soulignant la spécificité culturelle associée aux principaux syndromes.

Pour ce qui est de la schizophrénie, maints auteurs soulignent que le pronostic est souvent meilleur dans les pays en voie de développement (Kleinman, 1980) à cause d’un soutien familial plus important et d’une tolérance sociale plus élevée ; ils font remarquer l’absence ou, du moins, la rareté des formes franches de schizophrénie au profit des formes simples, particulièrement les bouffées délirantes (Corin et Murphy, 1979). Ces dernières manifestations se caractérisent par une apparition soudaine, une personnalité prémorbide normale, un délire polymorphe, des hallucinations visuelles, auditives et somatiques nombreuses, mais avec un cycle évolutif très court, d’une moyenne de trois mois sans rechute. Chose curieuse, cependant, la présence des symptômes psychotiques comme les hallucinations auditives, visuelles, voire les délires, [1750] peut s’observer dans des contextes autres que la maladie, notamment au cours de certains rituels thérapeutiques ou religieux. Le praticien doit par conséquent être vigilant, surtout s’il existe une très grande distance culturelle entre lui et le patient.

En ce qui concerne la dépression, le DSM-IV met en garde contre la tendance à relier la dépression à la tristesse et au sentiment de culpabilité, étant donné que dans beaucoup de cultures la dépression est vécue par le truchement de plaintes somatiques. Ainsi, peu d’études relevaient la dépression en Afrique avant 1954 ou en Chine avant 1980, parce que l’expérience dépressive se manifestait différemment dans ces pays (Kleinman, 1988 ; Prince, 1968). Actuellement, on pense que la peur d’être ensorcelé ou persécuté, la sensation d’être visité par les morts ou le fait d’avoir des difficultés sexuelles sont des manifestations déguisées de l’expérience dépressive (Kleinman, 1980).

Des caractéristiques culturelles s’observent également dans les troubles anxieux, somatoformes, dissociatifs, alimentaires ainsi que dans les troubles de la personnalité. Le trouble panique, par exemple, peut survenir dans un contexte de crainte de la sorcellerie ou de la magie, alors que la dépersonnalisation et la déréalisation peuvent être induites volontairement et accompagner certaines pratiques religieuses ou méditatives. Des croyances comme le mauvais œil, le sixième sens ou la réincarnation paraîtraient bien schizotypiques en Occident, mais elles sont couramment admises dans d’autres sociétés. Il convient aussi de s’interroger sur un certain nombre de croyances et de pratiques en vogue en Occident même : astrologie, cartomancie, voyages astraux, mouvement des adeptes de Raël, phénomène du nouvel âge, etc. Plusieurs personnes « normales » partagent ces croyances, qui sont par ailleurs marginales, sinon schizotypiques.

73.1.3. Compréhension étiologique  
des troubles mentaux :  
le cas de la possession

Que ce soit en Asie, en Afrique ou en Amérique latine, les principales causes des troubles mentaux sont la possession par les esprits, l’ensorcellement et le mauvais œil. La possession est un phénomène très courant dans 80% à 90% des cultures du monde (Fernandez, 1992). Elle est souvent associée, voire confondue, avec la transe. Mais ces manifestations, bien que complémentaires, diffèrent. La possession désigne le phénomène par lequel un individu est habité par un être surnaturel qui prend le contrôle de son esprit à son insu, alors que la transe se traduit par une altération de l’état de conscience qui n’est pas causée par le sommeil, le rêve, le coma ou les drogues ; elle est accompagnée de mouvements stéréotypés comme une course sans but, des chutes incontrôlées ou des convulsions. Le DSM-IV propose des critères diagnostiques en vue de recherches ultérieures sur les phénomènes de la transe et de la possession et conçoit la possession comme un trouble dissociatif. Or il existe deux formes de possession : la possession- maladie et la possession initiatique. Dans la première forme, le guérisseur ou le chaman, agissant comme exorciste, met tout en œuvre pour chasser les mauvais esprits responsables des comportements observés chez le sujet « possédé » par ces esprits. Pendant l’exorcisme, le malade est en transe, mais pas nécessairement le chaman. Dans l’initiation ou « adorcisme » (de Heusch, 1971), le guérisseur ou le chaman initie le néophyte aux vertus de la médecine traditionnelle en faisant « descendre » sur lui les esprits qui vont désormais l’habiter et l’aider dans sa profession de thérapeute. Au cours de cette cérémonie, la transe est absente ; si elle se produit, ce ne peut être que chez le jeune initié, qui, avec l’expérience, apprend à la maîtriser comme les vieux chamans.

La possession par les mauvais esprits est l’œuvre des sorciers, qui agissent par envie ou à cause du mauvais œil. Ainsi, dès qu’il y a maladie, accident, fausse couche, malchance, échec scolaire ou professionnel, bref tout ce qui contrecarre l’harmonie, on pense presque automatiquement à la sorcellerie. Selon Murdock et coll. (1980), le phénomène de la sorcellerie est évoqué dans plusieurs sociétés dans le monde, et les recherches de Favret-Saada (1988) montrent comment ces croyances restent enracinées même dans la France contemporaine.

73.2. SANTÉ MENTALE  
DES IMMIGRANTS ET DES RÉFUGIÉS

Depuis quelques décennies, les chercheurs et les cliniciens s’intéressent à la relation entre les phénomènes migratoires et les problèmes psychiatriques. Tous s’entendent sur le fait que le choc culturel produit par l’immigration provoque une réaction d’adaptation [1751] qui comprend plusieurs phases au cours desquelles il est normal que l’individu éprouve des sentiments de tristesse, de peur et de méfiance. Les résultats des travaux portant sur la santé mentale des immigrants sont néanmoins contradictoires : certaines études font état d’une augmentation des troubles psychiatriques et des taux d’hospitalisation (Murphy, 1977), alors que d’autres indiquent une prévalence de problèmes observés inférieure ou égale à celle qui est observée dans la population du pays hôte (Munroe-Blum et coll., 1989 ; Weyerer et Hafner, 1992).

En ce qui concerne le type de troubles dont souffrent les migrants, il n’existe pas de consensus quant à la présence de psychopathologies spécifiques. Certains auteurs soutiennent que des troubles comme le mutisme électif chez les enfants (Bradley et Sloman, 1975), la psychose réactionnelle brève (bouffée délirante) et la psychose du post-partum (Nathan, 1987) sont plus fréquents chez les migrants. D’autres insistent au contraire sur la similarité entre les problèmes observés chez les migrants et ceux qui sont observés dans la population non migrante (Stern et coll., 1990).

Ces observations épidémiologiques permettent d’affirmer que l’immigration en soi ne constitue pas un risque pour la santé mentale et conduisent à poser la question fondamentale soulevée par Murphy (1977) et reprise par le groupe canadien de travail sur la santé mentale des migrants (Beiser, 1988) : dans quelles conditions les problèmes de santé mentale sont-ils plus ou moins fréquents chez les migrants que chez les personnes originaires du pays hôte ?

L’examen des facteurs psychosociaux associés aux problèmes de santé mentale des immigrants doit tenir compte de trois dimensions : le contexte, c’est-à-dire la réalité sociale du moment, la culture et la communauté. L’intégration de ces trois dimensions permet de saisir les configurations de facteurs de vulnérabilité ou de protection qui font de la migration une expérience structurante pour le migrant (Bibeau et coll., 1992). Les migrants sont porteurs de plusieurs cultures — celle de leur pays d’origine, celle qui est associée à la condition de migrant et celle du pays hôte — qui pénètrent dans tous les domaines de la vie sociale et les structurent. L’équilibre entre ces cultures peut s’établir de façon différente dans divers champs sociaux. On peut, par exemple, adopter les comportements et les valeurs du pays hôte dans le domaine du travail et conserver les comportements et les valeurs de son pays d’origine en ce qui touche les relations familiales (Berry et coll., 1986).

Ces cultures s’enracinent dans un contexte spécifique qui est changeant. Sur ce point, le contexte socioéconomique joue un rôle de premier plan. Ainsi, une période de récession peut, en augmentant le taux de chômage, se trouver à modifier la capacité de la société d’accueil de fournir du travail aux nouveaux arrivants et à favoriser l’émergence ou le renforcement d’une perception des immigrants comme constituant une menace sur le marché du travail pour les groupes majoritaires. La culture et le contexte s’articulent dans des communautés qui ont établi leurs propres ressources et stratégies, en particulier en ce qui a trait à la santé mentale. La tendance à l’individualisme, qui caractérise le monde occidental, transforme la communauté et la famille en aidants naturels qui participent à un plan thérapeutique élaboré par les services de santé officiels. Les individus ne jouant plus qu’un rôle secondaire dans la définition, la compréhension et la résolution des problèmes, il peut en découler, chez les communautés migrantes, une perte progressive du pouvoir et du sens de la responsabilité qu’elles exercent habituellement face à la maladie.

Les facteurs de vulnérabilité et de protection forment donc, chez le migrant, un processus dynamique, et aucun facteur ne peut être considéré comme ayant une valeur prédictive universelle. On peut cependant distinguer des facteurs qui apparaissent comme significatifs dans la plupart des trajectoires d’immigration : les facteurs prémigratoires, les facteurs postmigratoires et les facteurs associés au cycle de vie.

73.2.1. Facteurs prémigratoires

Les facteurs prémigratoires sont particulièrement importants dans le cas des migrants non volontaires, qui ont souvent fui leur pays dans des conditions périlleuses après avoir vécu des situations de guerre, de conflits armés ou de discrimination. La condition de réfugié se différencie de la condition d’immigrant par l’ampleur des pertes subies avant et pendant la migration : pertes de liens affectifs, de biens matériels, d’un statut social, des références culturelles, etc. Les traumatismes et les séparations constituent les événements les plus stressants de la période prémigratoire.

L’importance des traumatismes chez les populations réfugiées a été maintes fois documentée (Gong-Guy, Cravens et Patterson, 1991 ; Hauff et Vaglum, 1993. Ces traumatismes, dont la gravité varie selon [1752] les personnes et les contextes — menaces, harcèlement, détention, torture, viol, disparitions, exécutions, etc. —, peuvent être à l’origine de troubles post-traumatiques prolongés (Carlson et Rosser-Hogan, 1993 ; Kinzie et coll., 1990 ; Mollica et coll., 1990). La prévalence du vécu traumatique chez les réfugiés est souvent un facteur sous-estimé par les institutions du pays hôte. Deux phénomènes permettent d’expliquer cet état de choses. D’un côté, les réfugiés cherchent à éviter les souvenirs pénibles parce qu’ils ne veulent pas provoquer de réminiscences douloureuses et que, dans certains cas, ce vécu tombe sous le coup d’un tabou familial ou communautaire (Bottinelli et coll., 1990). De l’autre côté, on observe un déni de la part de la société hôte par rapport à des événements qui l’obligeraient à regarder en face un aspect insupportable de l’humanité et qu’il est par conséquent préférable d’ignorer (Doerr-Zegers et coll., 1992 ; Vinar et Vinar, 1989).

La place que doivent occuper les services psychiatriques en ce qui a trait aux traumatismes consécutifs à la guerre chez les réfugiés reste indéfinie (Jensen et coll., 1989). Certains auteurs soulignent la nécessité d’un traitement adapté aux caractéristiques culturelles des communautés réfugiées (Gong-Guy, Cravens et Patterson, 1991) ; d’autres insistent sur l’importance de ne pas trop médicaliser ces situations, qui ont une origine sociale et politique, et de chercher plutôt à maximiser les ressources des communautés, leurs stratégies adaptatives, leur capacité de donner un sens aux événements et de les réparer symboliquement (Becker et coll., 1990 ; Vinar et Vinar, 1989).

La séparation familiale est un événement presque inévitable dans un processus migratoire. Les migrants célibataires, les personnes mariées ayant dû laisser leur conjoint derrière eux, les parents ayant dû se séparer de leurs enfants, et vice versa, sont davantage prédisposés aux troubles mentaux (Beiser, 1988). Chaque culture définit de façon assez précise la structure familiale et l’importance des différents liens qui sont établis, et l’on ne peut présumer que seule la séparation de la famille nucléaire soit significative. Au contraire, la famille étendue peut apporter un soutien important (Rumbaut, 1991), tout comme elle peut constituer parfois une source d’obligations économiques ou morales difficiles à assumer (Rousseau, Drapeau et Corin, 1997). Dans le cas des réfugiés, la séparation a souvent un caractère involontaire, précipité, voire traumatique (Barudy, 1989 ; Gilad, 1990).

À la détresse causée par la séparation vient s’ajouter la préoccupation au sujet du sort de la famille demeurée dans le pays d’origine ou dans un camp de réfugiés. Les lenteurs de la procédure de réunification familiale des réfugiés dans les pays occidentaux prolongent indéfiniment les séparations, ce qui complique le rétablissement de l’équilibre familial dans un contexte où les rôles se sont réorganisés et où les différents niveaux d’acculturation peuvent constituer un fossé entre les membres de la famille (Barudy, 1989).

73.2.2. Facteurs postmigratoires

Après la migration, l’univers des migrants et celui de la société d’accueil se rencontrent et se transforment mutuellement. Les déterminants de la santé mentale des migrants proviennent donc simultanément de la société hôte, des communautés culturelles et des personnes immigrées.

Société d’accueil et migration

Parmi les travaux portant sur la santé mentale des migrants, trop peu ont examiné l’influence des caractéristiques de la société hôte : politiques migratoires, vision sociétale de l’acculturation et de l’intégration, attitudes face au migrant. Naidoo (1992) insiste sur la portée du racisme dans une société multiculturelle comme le Canada. D’après elle, la discrimination et les préjugés sous-tendent plusieurs problèmes psychosociaux qui se manifesteront chez les immigrants et les réfugiés. Les discours politiques au sujet du pluralisme dans les sociétés occidentales sont loin d’avoir aplani tous les problèmes, et les années 80 ont vu la résurgence de groupes politiques extrémistes de droite, qui dirigent leurs actions contre les immigrants et les réfugiés. Les difficultés économiques qui accompagnent habituellement la naissance de tels mouvements ont aussi une incidence directe sur la forme que prennent les politiques migratoires. En ce qui concerne les réfugiés, la situation d’incertitude prolongée à laquelle donnent lieu la détermination et l’attribution du statut de réfugié s’avère particulièrement stressante, se traduisant souvent par la réactivation ou l’aggravation de l’état de stress post-traumatique (Gonsalves, 1990).

Les politiques d’intégration adoptées par les sociétés hôtes (idéologie américaine libérale du melting- pot, mosaïque canadienne du multiculturalisme, etc.) déterminent les attentes auxquelles doivent répondre [1753] les communautés immigrantes. Le lien entre ces politiques et l’état de santé mentale des immigrants n’a pas été clairement établi (Bibeau et coll., 1992). Il semble cependant qu’un mouvement trop fort vers l’acculturation puisse avoir des effets négatifs en coupant les immigrants de leur culture. L’absence de racines culturelles rendrait plus difficile le travail de deuil qui est nécessaire après un processus d’immigration ou de demande de refuge (Eisenbruch, 1988) et provoquerait une confusion « fragilisante » au point de vue des référents identitaires.

Situation socioéconomique

La situation socioéconomique est, d’après Beiser (1988), le facteur ayant le plus d’influence sur la santé mentale des immigrants. Plus encore qu’un bas revenu, la perte du statut socioéconomique antérieur constitue un événement qui mine l’estime de soi du migrant et bouleverse les rôles traditionnels au sein de la famille, en particulier les relations homme-femme. L’importance centrale de la situation socioéconomique ne fait cependant pas l’objet d’un consensus. Selon une étude menée auprès de 338 réfugiés latino-américains (Sundquist, 1993), l’emploi et le niveau socioéconomique ne seraient pas un facteur de risque pour cette population. Des rapports entre les variables socioéconomiques et d’autres facteurs de type familial, culturel et contextuel pourraient être à l’origine de ces variations.

Existence d’une communauté  
de la même origine culturelle

Murphy (1973) a émis l’hypothèse que la présence d’une communauté de taille suffisante de la même origine que le migrant constitue pour celui-ci un facteur de protection puissant. La force des réseaux de soutien présents dans la communauté permettrait au migrant de rompre l’isolement et de faire face aux bouleversements que connaissent ses liens affectifs interpersonnels (Rogler, Gurak et Cooney, 1987). Plus que le nombre de personnes appartenant à une communauté ethnique donnée, c’est probablement le sentiment de solidarité et d’appartenance ethnique qui protège le migrant (Beiser, 1988). Cependant, il arrive que cette solidarité ethnique soit perçue comme une menace par la société hôte, qui la voit comme un processus de ghettoïsation.

73.2.3. Facteurs associés  
au cycle de vie

L’expérience de la migration est une expérience de rupture et de recréation de la continuité. Elle s’inscrit donc dans le temps et se déroule parallèlement au développement de l’individu. Durant le cycle de vie, la continuité est également centrale dans la mesure où la personne maintient son identité profonde tout en passant d’un âge à l’autre. Les recherches qui ont été effectuées sur les phénomènes migratoires mettent en évidence le fait que le migrant est plus fragile lorsque la migration a lieu à l’adolescence ou durant le troisième âge. Dans le cas de l’adolescence, il semble difficile pour l’adolescent de concilier les exigences des changements internes qu’il vit et les exigences liées à l’adaptation au milieu externe totalement nouveau, alors que, pour la personne âgée, c’est plutôt l’absence de perspectives capables de compenser les pertes massives subies lors de la migration qui est en cause.

73.3. APPROCHES THÉRAPEUTIQUES

La diversité des approches thérapeutiques partout dans le monde n’est pas surprenante ; elle reflète les différences culturelles en ce qui concerne la conception des troubles mentaux et les théories étiologiques (voir la section 73.1.3) étroitement liées aux traitements. La spécificité culturelle de toute approche thérapeutique a été mise en évidence par les limites des approches occidentales qui ont été utilisées auprès d’un nombre croissant de migrants non occidentaux dans les sociétés occidentales (Kirmayer, 1989 ; Nathan, 1991,1994).

73.3.1. Diversité et aspects universels  
des traitements

L’utilisation parallèle de traitements somatiques et de traitements symboliques se retrouve dans un grand nombre de systèmes thérapeutiques dans le monde (Kleinman, 1988). En Occident, les thérapies symboliques séculaires en dyades prédominent, tandis que, dans les cultures non occidentales, ces traitements sont souvent publics (présence des membres de la famille ou d’autres patients) et impliquent une médiation entre l’univers ordinaire et un monde surnaturel [1754]

(Kleinman, 1988 ; Nathan, 1991). Ces approches « traditionnelles », souvent qualifiées de magico-religieuses, découlent d’une vision des troubles mentaux comme ayant un fondement « à la fois psychique, somatique, familial, social et religieux » (Nathan, 1987, p. 1).

Bien que les thérapies traditionnelles soient fort diverses, une approche technique (étude de leur fonctionnement) permet, selon Nathan (1987, p. 1), de distinguer trois grandes classes : la possession, le chamanisme et la voyance. La possession (en tant que thérapie)

consiste en l’organisation collective de rituels « religieux », mais aussi festifs et musicaux au cours desquels le corps du patient, ainsi que celui de certains assistants et d’auxiliaires du thérapeute, en état de transe, adoptent le comportement, la parole et la voix d’êtres mythiques tels que divinités, esprits, démons ou ancêtres.

Le chamanisme comprend le rituel thérapeutique suivant : « Le chaman, en transe, entreprend un voyage, dans le monde des esprits (en haut) ou dans le monde des démons (en bas) pour affronter les puissances à l’origine de la maladie. » (Nathan, 1987, p. 2.) Le rêve ainsi que les substances psychédéliques utilisées de façon systématique jouent aussi un rôle important. Les techniques de voyance précèdent souvent, comme démarche diagnostique, les rituels thérapeutiques proprement dits, mais elles peuvent aussi représenter une séquence thérapeutique (Nathan, 1987). Chacune de ces techniques est associée à des aires culturelles : la possession est fréquente en Afrique ainsi qu’au Brésil et en Haïti, et le chamanisme est répandu en Amérique du Nord et du Sud, en Asie centrale et en Sibérie ainsi qu’en Europe du Nord et de l’Est. Cependant, selon Nathan, il serait plus juste de dire que les différentes formes de thérapies mentionnées comprennent des éléments de possession, de voyance, de voyage de type chamanique et l’utilisation de substances psychédéliques, ces éléments étant combinés selon des dosages précis. De plus, surtout dans les grandes villes des pays en voie de développement, on trouve des thérapies syncrétiques nouvelles, c’est-à-dire des approches qui contiennent des éléments « traditionnels » et « des fragments du discours scientifique occidental » (Nathan, 1987, p. 4).

Malgré les différences entre les approches psychothérapeutiques occidentales et les approches traditionnelles, telles que l’accent mis sur le Self en Occident (Kirmayer, 1989) et l’importance du monde surnaturel dans les thérapies traditionnelles (Nathan, 1994), l’efficacité thérapeutique est généralement attribuée au fait que l’expérience idiosyncrasique du patient est rendue conforme à certaines parties du monde mythique. Le contenu de ce monde mythique varie selon les cultures : en Occident, il est formé de concepts psychologiques ; dans d’autres cultures, il peut s’agir d’un monde des esprits. Il importe que le monde mythique particulier soit commun au thérapeute et au patient (Dow, 1986 ; Kleinman, 1988).

73.3.2. Traitement  
dans un contexte interculturel

Toute relation thérapeutique est susceptible de se révéler interculturelle en raison des sous-cultures (caractérisées par le niveau socioéconomique, l’âge, le sexe, etc.) que l’on trouve à l’intérieur d’une culture donnée. Cependant, la différence entre un praticien occidental et un patient non occidental quant à leurs mondes mythiques respectifs rend une relation thérapeutique interculturelle particulièrement complexe. Cela se reflète dans l’utilisation limitée d’approches psychothérapeutiques avec ce type de patients ainsi que dans l’abandon fréquent de thérapies par ces patients.

Problématique de l’évaluation et du diagnostic

Si l’on accepte le fait que le contexte socioculturel est partie intégrante du diagnostic, il va de soi que, tout particulièrement dans le cadre d’un traitement interculturel, un diagnostic valide doit être basé sur une négociation entre le praticien et le patient au sujet de leurs modèles explicatifs respectifs, c’est-à-dire le système diagnostique utilisé par le praticien et l’interprétation du patient (American Psychiatric Association, 1994 ; Kleinman, 1988). Par ailleurs, la relation thérapeutique semble facilitée lorsque le médecin invite le patient à exposer sa vision du problème (explication des causes, description des circonstances qui engendrent ces causes, évolution espérée et attentes face au traitement) [American Psychiatric Association, 1994 ; Kleinman, 1988 ; Westermeyer, 1989a].

L’évaluation des affects et de l’état émotionnel s’avère très difficile au cours d’un traitement interculturel : le praticien a besoin d’information concernant la « normalité culturelle » des manifestations émotionnelles [1755] que présente le patient. Il en va de même pour l’évaluation du comportement, de la communication non verbale, de la façon de se vêtir, des croyances religieuses, etc. Bien que certains membres de la famille puissent servir d’informateurs, il est préférable de faire appel à d’autres compatriotes.

Le recours à un interprète culturel et linguistique est donc fréquemment requis, mais le travail avec un interprète est complexe, car une troisième personne est introduite dans la relation médecin-patient. L’interprète est souvent perçu comme une « interférence » que l’on essaie de limiter en lui demandant simplement de transporter les messages du patient au praticien, et inversement. Une telle attitude peut être justifiée s’il s’agit d’un interprète sollicité pour l’occasion qui ne possède pas de formation professionnelle. L’évaluation est grandement facilitée si l’on travaille avec un interprète professionnel, qui est un intermédiaire actif entre les systèmes théoriques occidentaux et les modèles explicatifs propres à la culture du patient (Westermeyer, 1989a). Il faut aussi mentionner que, même si un patient migrant parle plus ou moins bien la langue du pays hôte, l’expression des émotions reste toujours difficile dans une langue étrangère. Ainsi, le praticien risque de ne pas avoir une vision juste de l’état du patient, par exemple de ne pas se rendre compte du danger de suicide. Il vaut donc mieux que le patient utilise sa langue maternelle.

En ce qui concerne l’examen des fonctions mentales supérieures, il importe de tenir compte du degré d’alphabétisation, du niveau d’instruction et du degré d’acculturation du patient. L’évaluation de l’orientation dans le temps peut s’avérer ardue à cause des différences concernant les calendriers (grégorien, juif, musulman). Si des proverbes sont utilisés, ils doivent appartenir à la culture du patient (Westermeyer, 1989a).

Une compréhension adéquate du problème et de la situation globale du patient migrant exige aussi une investigation concernant son histoire prémigratoire, autrement dit son fonctionnement psychologique et social (rôles, réseau social) dans son pays d’origine, les événements de sa vie, les raisons de la migration et de sa planification, l’expérience de la migration (durée, difficultés), ainsi que les attentes à l’endroit de la nouvelle vie et les problèmes présents (American Psychiatrie Association, 1994 ; Westermeyer, 1989b). Les facteurs de risque et de protection décrits dans la section 73.2 peuvent servir de guide dans cette démarche. Pour des réfugiés, l’histoire prémigratoire ainsi que les circonstances de la fuite se rattachent souvent à des traumatismes très importants ; il est donc crucial de respecter le rythme du patient et le silence (ou le non-dit) qui peut entourer son histoire passée. Dans un tel cas, une relation thérapeutique à long terme, comprenant des périodes de traitement intensif lorsque les symptômes sont actifs et des contacts plus espacés lorsque le patient va mieux, semble particulièrement pertinente (Kinzie et Fleck, 1987). Certains auteurs suggèrent que l’espace thérapeutique s’articule autour d’autres espaces qui permettent d’attribuer un sens partagé au traumatisme : le sociopolitique, la religion, l’identité ethnique. Le groupe d’appartenance devient alors un lieu de réparation potentielle et le rôle du praticien consiste surtout à rétablir une continuité entre la personne et son histoire (Vinar et Vinar, 1989).

Types de traitements utilisés

Des recherches menées dans le domaine de la psychopharmacologie montrent des différences entre groupes ethniques par rapport à la pharmacodynamie, aux effets secondaires et à l’efficacité clinique de médicaments (Lin et coll., 1993). Les réponses aux médicaments, y compris les médicaments psychotropes, sont influencées par des facteurs biologiques, psychologiques et socioculturels (Lin et coll., 1993). Bien que des différences génétiques et des facteurs environnementaux, tels que l’alimentation, semblent intervenir, la culture paraît jouer un rôle prédominant, car les croyances et les attentes, qui déterminent la vision et l’explication de la maladie, influencent la fidélité au traitement et l’effet placebo.

Les positions par rapport à la nécessité d’adapter les interventions thérapeutiques (traitements symboliques) à la spécificité culturelle d’un patient donné varient fortement. Cependant, on préconise généralement l’acquisition, par le thérapeute, de compétences transculturelles. Celui-ci doit être conscient de son propre héritage culturel ainsi que des réactions de transfert et de contre-transfert liées au contexte interculturel et connaître les caractéristiques de la culture du patient : histoire, valeurs, conception de la personne et des relations interpersonnelles, expressions de détresse spécifiques, thérapies traditionnelles, etc.

La plupart des centres spécialisés dans le traitement psychologique de patients migrants ont recours à [1756] des approches d’inspiration analytique et systémique. L’utilisation de thérapies familiales semble particulièrement adéquate, car dans les sociétés non occidentales la maladie est souvent expliquée comme reflétant un problème du groupe en plus d’être un problème individuel. Comme l’approche systémique ne comporte pas de jugement normatif concernant le fonctionnement familial, elle paraît plus appropriée dans un contexte transculturel, où la spécificité culturelle du patient doit être respectée (DiNicola, 1985).

Bien que, de nos jours, on reconnaisse habituellement l’importance des normes et des valeurs de la culture d’origine du patient lorsqu’on applique des traitements interculturels (Moore et Boehnlein, 1991), les méthodes thérapeutiques (cadres théorique et technique) utilisées restent occidentales, car elles font essentiellement référence au monde mythique occidental (théories psychothérapeutiques occidentales).

Comme un monde mythique commun au thérapeute et au patient semble représenter, universellement, une des clés du succès des thérapies symboliques, des solutions supplémentaires paraissent souhaitables. À notre connaissance, seule l’approche ethnopsycha- nalytique élaborée par Nathan (1988, 1991, 1994) fait exception, laquelle recourt aux mondes mythiques de la culture du patient, appelés « théories étiologiques traditionnelles » (p. ex., la sorcellerie ou la perte de l’âme) ; même sur le plan des stratégies thérapeutiques, il y a intégration de techniques « traditionnelles » (p. ex., utilisation d’objets thérapeutiques). Dans cette approche, la culture du patient est considérée comme « une part de son “être-au-monde” au moins aussi importante que sa biologie ou que son histoire singulière » (Nathan, 1991, p. 298). L’importance accordée à la culture se traduit par l’utilisation de la langue maternelle du patient, de l’approche du groupe (prédominante dans les cultures non occidentales) et, surtout, des théories étiologiques ou des représentations de la maladie ayant cours dans sa culture. Cette forme de traitement permet donc de reconstruire, du moins en partie, l’univers de références culturelles du patient. De plus, on y trouve une induction implicite de la « médiation avec l’altérité » (Nathan, 1991, p. 304), car les thérapeutes du groupe sont d’origines culturelles diverses et, malgré la prédominance des représentations propres à la culture du patient, une multitude de références culturelles sont évoquées au cours d’une séance. Ainsi, cette approche indique de façon implicite qu’un problème peut être interprété différemment selon le contexte culturel. Le migrant qui souffre du clivage entre ses origines et la culture du nouveau pays est donc incité à faire des liens entre le passé et le présent (Nathan, 1991).

\*  
\* \*

La psychiatrie transculturelle vise à déterminer les aspects universels ainsi que la spécificité culturelle d’expériences humaines qu’on appelle « psychopathologies » dans la psychiatrie occidentale (Littlewood, 1990), mais aussi « mal », « malheur » ou « malchance » dans des sociétés « traditionnelles » et non occidentales (Nathan, 1987). Malgré une certaine universalité des causes, de la forme et du contenu de maladies psychiatriques, telles que la schizophrénie et les troubles bipolaires, la psychiatrie transculturelle montre que la prévalence d’une maladie psychiatrique, sa symptomatologie, sa gravité, sa durée et la réponse au traitement peuvent varier en fonction de la culture. Elle fait aussi ressortir une difficulté majeure en psychiatrie (Littlewood, 1990), soit celle des liens entre des déterminants biologiques et des déterminants socioculturels (p. ex., métaphores associées à une maladie donnée, théories explicatives, valeurs de base et systèmes de soins propres à une culture donnée).

De nos jours, on reconnaît le rôle de la culture sur le plan des connaissances et sur celui des pratiques professionnelles (Gaines, 1992), c’est-à-dire l’influence des valeurs américaines et européennes en ce qui a trait aux principaux systèmes diagnostiques : le DSM et la CIM ; on suggère donc d’avoir recours à plus d’une taxonomie afin de pouvoir mieux tenir compte de la spécificité culturelle d’un patient non occidental (American Psychiatric Association, 1994 ; Hinton et Kleinman, 1993). Si l’on admet maintenant qu’il n’existe pas seulement un système diagnostique « valable », la recherche et l’instauration d’une forme de métissage quant au traitement semblent cependant plus difficiles à accepter. Toutefois, certaines tentatives qui ont été faites récemment s’avèrent prometteuses (Hiegel, 1991 ; Moore et Boehnlein, 1991 ; Nathan, 1991, 1994).

[1757]

Bibliographie

American Psychiatric Association

1994 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* 4e éd., Washington (D.C.), American Psychiatric Association ; trad. française *DSM IV - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* Paris, Masson, 1996,1040 p.

Barudy, J.

1989 « L’utilisation de l’approche systémique lors de thérapies avec des familles de réfugiés politiques », Thérapie familiale, vol. 10, n° 1, p. 15-31.

Becker, D., et coll.

1990 « Therapy with victims of political repression in Chile : The challenge of social reparation », Journal of Social Issues, vol. 46, n° 3, p. 133-149.

Beiser, M.

1988 « Influences of time, ethnicity, and attachment on depression in Southeast Asian refugees », Am. J. Psychiatry, vol. 145, n° 1, p. 46-51.

Berry, J.W., et coll.

1986 « Assessment of acculturation », dans W.J. Lonner et J.W. Berry (sous la dir. de), Field Methods in Crosscultural Research, Beverly Hills, Sage.

Bibeau, G., et coll.

1992 *La santé mentale et ses visages. Un Québec pluriethnique au quotidien*, Boucherville (Québec), Gaëtan Morin Éditeur.

Bottinelli, M.C., et coll.

1990 Psychological Impacts of Exile : Salvadorian and Guatemalan Families in Mexico, Washington (D.C.), Center for Immigration Policy and Refugee Assistance, Georgetown University.

Bradley, S., et Sloman, L.

1975 « Elective mutism in immigrant families », J. Am. Acad. Child Psychiatry, vol. 14, p. 510-514.

Carlson, E.B., et Rosser-Hogan, R.

1993 « Mental health status of Cambodian refugees ten years after leaving their homes », *Am*. J. Orthopsychiatry, vol. 63, n° 2, p. 223-231.

COLLOMB, H.

1966 « Psychiatrie et culture : considérations générales », *Psychopathologie africaine,* vol. 2, n° 3, p. 259-273.

Comas-Diaz, L.

1988 « Cross-cultural mental health treatment », dans L. Comas-Dias et E.E. Griffith (sous la dir. de), Clinical Guidelines in Cross-Cultural Mental Health, New York, John Wiley & Sons.

Corin, E., et Murphy, H.B.M.

1979 « Psychiatric perspectives in Africa. Part I : The Western viewpoint », Transcultural Psychiatric Research Review, vol. 16, n° 2, p. 147-178.

Devereux, G.

1970 *Essai d'ethnopsychiatrie générale,* Paris, Gallimard.

DlNlCOLA, V.F.

1985 « Family therapy and transcultural psychiatry : An emerging synthesis. Part I : The conceptual basis », Transcultural Psychiatric Research Review, vol. 22, n°2, p. 81-113.

Doerr-Zegers, O., et coll.

1992 « Torture : Psychiatric sequelae and phenomenology », Psychiatry, vol. 55, p. 177-184.

Dow, J.

1985 « Universal aspects of symbolic healing : A theoretical synthesis », American Anthropologist, vol. 88, n° 1, p. 56-69.

Eisenbruch, M.

1988 « The mental health of refugee children and their cultural development », International Migration Review, vol. 22, n° 2, p. 282-300.

Evans-Pritchard, E.E.

1937 *Sorcellerie, oracles et magie chez les Azandé,* Paris, Gallimard.

Favret-Saada, J.

1988 « Le corps dans le désorcellement Bocain », Santé Culture Health, vol. 5, n° 3, p. 313-323.

Fernandez, R.L.

1992 « The proposed DSM-IV trance and possession disorder category : Potential benefits and risks », Transcultural Psychiatric Research Review, vol. 29, n° 4, p. 301-317.

Gaines, A.D.

1992 *Ethnopsychiatry : The Cultural Construction of Professional and Folk Psychiatries,* Albany, State University of New York Press.

Gilad, L.

1990 « Refugees in Newfoundland : Families after flight », Journal of Comparative Family Studies, vol. 21, p. 379-396.

Gong-Guy, E., Cravens, R.B., et Patterson, T.E.

1991 « Clinical issues in mental health service delivery to refugees », *Am.* Psychol., vol. 46, n° 6, p. 642-648.

Gonsalves, C.J.

1990 « The psychological effects of political repression on Chilean exiles in the U.S. », *Am. J.* Orthopsychiatry, vol. 60, n° 1, p. 143-153.

Hauff, E., et Vaglum, P.

1993 « Vietnamese boat refugees : The influence of war and flight traumatization on mental health on arrival in the country of resettlement : A community cohort study of Vietnamese refugees in Norway », Acta Psychiatr., Scand., vol. 88, p. 162-168.

[1758]

Heusch, L. de

1971 *Pourquoi l’épouser et autres essais,* Paris, Gallimard.

HlEGEL, J.-P.

1991 « Coopérer avec des médecins traditionnels asiatiques. Un métissage de savoir », Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie, vol. 17, n° 1, p. 23-52.

Hill, R.F., et Fortenberry, J.D.

1992 « Adolescence as a culture-bound syndrome », Soc. Sci. Med., vol. 35, n° 1, p. 73-80.

Hinton, L., et Kleinman, A.

1993 « Cultural issues and international psychiatrie diagnosis », dans E. Costa, J.A. Sylva et C.C. Nadelson (sous la dir. de), International Review of Psychiatry, vol. 1, Washington (D.C.), American Psychiatric Press, p. 111-129.

Jensen, S.B., et coll.

1989 « Psychiatric care of refugees exposed to organized violence : A comparative study of refugees and immigrants in Frederiksborg County, Denmark », Acta Psychiatr. Scand., vol. 80, p. 125-131.

Kinzie, J.D., et coll.

1990 « The prevalence of post-traumatic stress disorder and its clinical significance among Southeast Asian refugees », *Am.* J. Psychiatry, vol. 147, n° 7, p. 913- 917.

Kinzie, J.D., et Fleck, J.

1987 « Psychotherapy with severely traumatized refugees », *Am.* J. Psychother., vol. 41, n° 1, p. 82-94.

Kirmayer, L.J.

1991 « The place of culture in psychiatric nosology : Taijin Kyofusho and DSM-III-R », J. Nerv. Ment. Dis., vol. 179, n° 3, p. 19-28.

1989 « Psychotherapy and the cultural concept of the person », Santé Culture Health, vol. 6, n° 3, p. 241- 270.

Kleinman, A.

1988 *Rethinking Psychiatry : From Cultural Category to Personal Experience*, New York, Free Press.

1980 Patients and Healers in the Context of Culture, Berkeley, University of California Press.

Kraepelin, E.

1904 « Veirgleichende Psychiatrie », Centralblatt Nervenheilkunde und Psychiatrie, vol. 27, p. 29-33 ; trad. française « Psychiatrie comparée », Psychopathologie africaine, vol 23, nos 2-3, 1995-1996, p. 259-263.

Laplantine, F.

1988 *L'ethnopsychiatrie,* Paris, PUF.

Lin, K.M., et coll.

1993 Psychopharmacology and Psychobiology of Ethnicity, Washington (D.C.), American Psychiatric Press.

Littlewood, R.

1990 « From categories to contexts : A decade of the “New Cross-Cultural Psychiatry” », Br. J. Psychiatry, vol. 156, n° 3, p. 308-327.

Littlewood, R., et Lipsedge, M.

1986 « The culture-bound syndromes of the dominant culture : Culture, psychopathology and biomedicine », dans J. Cox (sous la dir. de), Transcultural Psychiatry, Londres, Croom Helm, p. 253-273.

Mollica, R.F., et coll.

1990 « Assessing symptom change in Southeast Asian refugee survivors of mass violence and torture », *Am.* J. Psychiatry, vol. 147, n° 1, p. 83-88.

Moore, L.J., et Boehnlein, J.K.

1991 « Treating psychiatric disorders among Mien refugees from highland Laos », Soc. Sci. Med., vol. 32, n°9, p. 1027-1036.

Munroe-Blum, H., et coll.

1989 « Immigrant children : Psychiatric disorder, school performance, and service utilization », *Am.* J. Orthop sychiatry, vol. 59, n° 4, p. 510-519.

MURDOCK, G., et coll.

1980 « World distribution of illness », Transcultural Psychiatric Research Review, vol. 17, n° 1, p. 37-64.

Murphy, H.B.M.

1982 Comparative Psychiatry : The International and Intercultural Distribution of Mental Illness, Berlin, Springer Verlag.

1977 « Migration, culture and mental health », Psychol. Med., vol. 7, n°4, p. 677-684.

1973 « Migration and the major mental disorders : A reappraisal », dans C. Zwingmann et M. PfisterAmmende (sous la dir. de), Uprooting and After, New York, Springer Verlag.

Naidoo, J.C.

1992 « The mental health of visible ethnic minorities in Canada », Psychology and Developing Societies, vol. 4, n° 2, p. 165-186.

Nathan, T.

1994 L'influence qui guérit, Paris, Odile Jacob.

1991 « Fier de n’avoir ni pays ni amis, quelle sottise c’était... Modifications techniques et conceptuelles récemment apportées à la psychopathologie par la clinique ethnopsychanalytique », Psychologie française, vol. 36, n° 3, p. 295-306.

1988 *Le sperme du diable. Éléments d'ethnopsychothérapie*, Paris, PUF.

1987 « Thérapie et culture », Encyclopédie médico-chirurgicale, Paris, Psychiatrie, 37725-D-10, 5 p.

O’NELL, C.

1975 « An investigation of reported “fright” as a factor in the etiology of Susto, “Magical fright” », Ethos, vol. 3, n° l, p. 1-63.

[1759]

Prince, R.

1968 « The changing picture of depressive syndrome in Africa. Is it a fact or diagnostic fashion ? », Canadian Journal of African Studies, vol. 2, n° 1, p. 177-192.

RACK, P.

1982 Race, Culture and Mental Disorder, Londres, Tavistock Publications.

Rogler, L.H., Gurak, D.T., et Cooney, R.S.

1987 « The migration experience and mental health : For mulations relevant to Hispanics and other immigrants », dans M. Gaviria et J.D. Arana (sous la dir. de), Health and Behavior : Research Agenda for Hispanics, Chicago, Simon Bolivar Hispanic, American Psychiatric Research and Training Program, University of Chicago, p. 72-84.

Rousseau, C., Drapeau, A., et Corin, E.

1997 « The influence of culture and context on the pre-and post-migration experience of school-aged refugees from Central America and Southeast Asia in Canada », Soc. Sci. Med., vol. 44, n° 8, p. 1115-1127.

RUMBAUT, R.G.

1991 « The agony of exile : A study of the migration and adaptation of Indochinese refugee adults and children », dans F.L. Ahearn et J.L. Athey (sous la dir. de), Refugee Children. Theory, Research, and Services, Baltimore, The Johns Hopkins University Press.

Simons, R.C., et Hugues, C.C.

1985 The Culture-Bound Syndromes, Boston, Reidel Publishing Company.

Stern, G., et coll.

1990 « Patterns of attendance of child psychiatry out-patients with special reference to Asian families », Br. J. Psychiatry, vol. 156, n° 3, p. 384-387.

SUNDQUIST, J.

1993 « Ethnicity as a risk factor for mental illness. A population-based study of 338 Latin American refugees and 996 age-, sex- and education-matched Swedish Controls », Acta Psychiatr. Scand., vol. 87, p. 208-212.

VlNAR, M., et VlNAR, M.

1989 Exil et torture, Paris, Denoël

Westermeyer, J.

1989a Psychiatric Care of Migrants : A Clinical Guide, Washington (D.C.), American Psychiatric Press.

1989b « Psychiatric epidemiology across cultures : Current issues and trends », Transcultural Psychiatric Research Review, vol. 26, n° 1, p. 5-25.

Weyerer, S., et Hafner, H.

1992 « The high incidence of psychiatrically treated disorders in the inner city of Mannheim. Susceptibility of German and foreign residents », Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol., vol. 27, n° 2, p. 142-146.

White, G.M.

1982 « Introduction : Cultural conceptions in mental health research and practice », dans A.J. Marsella, Cultural Conceptions of Mental Health and Therapy, Dordrecht (Pays-Bas), D. Reidel Publishing Company, p. 3-38.

Lecture complémentaire

Karen, J., et Littlewood, R.

1992 *Intercultural Therapy : Themes, Interpretations and Practice*, Oxford, Blackwell Scientific Publications.

[1760]

**Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale**Tome 2. Spécialités, traitements, sciences fondamentales  
et sujets d’intérêt

SIXIÈME PARTIE  
*Sujets d’intérêt*

Chapitre 74

PSYCHIATRIE  
DES AUTOCHTONES

[Retour à la table des matières](#tdm)

Gérard Montagne, M.D., F.R.C.P.C.

Psychiatre au Département de psychiatrie du Centre hospitalier de l’Université de Montréal (Hôtel-Dieu)

Chargé d’enseignement de clinique au Département de psychiatrie de l’Université de Montréal

Clare C. BRANT†, M.D., R.C.P.S.C. (1941-1995)

Psychiatre, professeur adjoint de psychiatrie à la University of Western Ontario (London)

[1761]

**PLAN**

74.1. Données sociologiques

74.2. Épidémiologie psychiatrique chez les autochtones

74.3. Suicide

74.4. Alcoolisme et toxicomanie

74.5. Violence familiale et abus sexuels

74.6. Analyse des problèmes de santé mentale

74.7. Aspects anthropologiques

74.8. Obstacles et solutions

Bibliographie

Lectures complémentaires

[1762]

La psychiatrie des autochtones est un sujet vaste et complexe en raison des aspects historique, anthropologique, économique et politique qui lui sont associés. En conséquence, la revue de la littérature est forcément incomplète. Néanmoins, ce chapitre tente de brosser un tableau de la situation qui reflète cette complexité.

74.1. DONNÉES SOCIOLOGIQUES

Le terme « autochtone » fait référence aux sociétés amérindiennes et inuites (autrefois appelées « esquimaudes »), de même qu’aux individus qui en font partie, qui sont disséminées un peu partout sur le territoire canadien et dont la présence remonte à plusieurs milliers d’années. Ces sociétés, qui ont longtemps vécu de la chasse et de la cueillette, ont été soumises à des changements draconiens au cours des dernières décennies à cause, notamment, de leur sédentarisation. On évaluait le nombre d’autochtones à environ 450 000, au Canada, en 1988 (Santé et Bien-être social Canada, 1991). Au Québec, on estimait leur nombre à 63 000 en 1992 (Petawabano et coll., 1994). La population autochtone y est constituée :

- par la nation inuite, qui compte environ 7 000 personnes vivant presque uniquement dans le Grand Nord ;

- par 10 nations amérindiennes, qui regroupent environ 55 000 personnes appartenant à 41 bandes indiennes réparties dans le reste du territoire québécois.

En général, chaque bande amérindienne réside dans une réserve établie à son intention par le gouvernement fédéral, soit sur des terres de propriété fédérale, soit sur des terres de propriété provinciale dont le contrôle et l’administration ont été transférés au gouvernement fédéral par le Québec au bénéfice exclusif des Amérindiens. Néanmoins, on estime qu’environ 27% de la population amérindienne québécoise vit à l’extérieur de la communauté d’appartenance.

74.2. ÉPIDÉMIOLOGIE  
PSYCHIATRIQUE CHEZ  
LES AUTOCHTONES

Il n’existe pas de données qui permettraient de tracer le profil épidémiologique de la santé mentale des autochtones du Canada. On dispose tout au plus de données fragmentaires. Young et coll. (1993) présentent les résultats des activités cliniques du service de consultation en terre de Baffin de l’institut psychiatrique Clark de Toronto. L’échantillon regroupait les 581 premiers patients qui ont été envoyés au service pour une consultation psychiatrique entre 1986 et 1989. Le groupe comprenait 60% de femmes, l’âge moyen était de 27 ans, la majorité des patients étaient célibataires et sans emploi. Les raisons les plus courantes de la consultation étaient la dépression, l’idée et la tentative de suicide et les difficultés familiales. Les troubles de l’adaptation (19,4%) et la dépression (15,7%) constituaient les principaux diagnostics posés. Si l’alcoolisme et la toxicomanie ne comptaient que pour 10% des diagnostics, ils compliquaient la situation dans 25% des cas.

Abbey et coll. (1993) ont analysé les données ayant trait à 296 femmes du même échantillon. Les principaux motifs de consultation concernaient la dépression, les idées suicidaires, les problèmes familiaux, la violence physique et les abus sexuels. Les troubles de l’adaptation (28,7%) et les maladies affectives (18,6%) étaient les principaux diagnostics. Les auteurs insistent sur l’acuité des problèmes de violence conjugale et d’abus sexuels des enfants.

Minde et Minde (1995) ont procédé à l’examen du type de troubles psychiatriques notés chez 100 enfants cris vivant dans une communauté du nord du Québec. Seuls 49% des enfants ont reçu le diagnostic correspondant à la nosologie du DSM-III-R. Dans 51% des cas, les enfants présentaient un ensemble de symptômes qui, bien que très handicapants, ne correspondaient pas aux critères du DSM-III-R, mais traduisaient sans doute la spécificité des problèmes des autochtones et les perturbations socioculturelles auxquelles font face ces sociétés. Simard et Proulx (1995) montrent d’ailleurs qu’il existe un décalage important entre une certaine amélioration de la santé physique de cette population, par exemple l’allongement de la durée de vie, et la détérioration de la santé mentale, par exemple la consommation abusive d’alcool ou de drogues, qui résulterait des perturbations socioculturelles.

En résumé, les grandes maladies psychiatriques existent chez les autochtones (Kirmayer et coll., 1993), mais on n’en connaît pas l’épidémiologie exacte. Par contre, il semble y avoir un consensus (Petawabano et coll., 1994) quant à la gravité de cinq problèmes [1763] sociaux majeurs : le suicide, l’alcoolisme, la toxicomanie, la violence familiale et les abus sexuels.

74.3. SUICIDE

Le suicide est depuis quelques années une des préoccupations majeures des sociétés autochtones. Il a d’ailleurs fait l’objet d’un rapport préparé par la Commission royale sur les peuples autochtones (1995), dont voici les principaux résultats :

- Le nombre de cas de suicide chez les autochtones du Canada a été 3 fois plus élevé que pour l’ensemble de la population canadienne au cours des 10 à 15 dernières années.

- De 1987 à 1991, les adolescents amérindiens ont été 5,1 fois plus nombreux que les non-autochtones du même âge à songer au suicide : les filles autochtones sont 8 fois plus vulnérables que les filles non autochtones et les garçons, 4,7 fois plus.

- C’est le groupe des 20-29 ans qui compte le plus de victimes et, comme 38% des autochtones sont maintenant âgés de moins de 15 ans, on peut s’attendre, si la tendance se maintient, à ce que les victimes se multiplient au cours des années à venir.

- Ces chiffres indiquent des tendances qui dissimulent en fait des variations locales et régionales importantes.

Petawabano et coll. (1994) rapportent, à la suite d’une étude ayant porté sur l’incidence des maladies mentales dans 20 collectivités autochtones du Québec, que, depuis 1980, le suicide était rare dans 13 des collectivités étudiées. Dans les sept autres, l’incidence du suicide dépassait de beaucoup la moyenne canadienne. Plus de la moitié de tous les suicides enregistrés se sont produits dans quatre collectivités. Un autre aspect important de la situation a trait au fait que les taux réels de suicide chez les autochtones sont vraisemblablement plus élevés que les statistiques ne l’indiquent. En effet, on estime à près de 25% le nombre des accidents mortels qui sont en fait des suicides non déclarés. De plus, les données recueillies de façon systématique sont limitées. Enfin, le personnel médical peut hésiter à déclarer formellement un suicide, sachant que cela stigmatisera la famille.

En résumé, le suicide constitue un problème d’une ampleur considérable, d’autant plus tragique que la plupart des victimes sont des jeunes et que, selon la tradition orale des autochtones, les suicides étaient rares avant l’arrivée des Européens.

74.4. ALCOOLISME ET TOXICOMANIE

Il n’existe pas de statistiques précises en ce qui concerne l’alcoolisme et la toxicomanie, mais il s’agit d’un problème crucial (Santé et Bien-être social Canada, 1991). Une étude faite au Manitoba en 1985 a montré que l’alcoolisme est une préoccupation sérieuse dans 86% des communautés ; il s’est en effet révélé le dénominateur commun de la violence à l’égard des enfants et du conjoint, de la violence en général et de l’absentéisme scolaire.

La toxicomanie fait aussi des ravages et, dans certaines communautés, jusqu’à 25% des enfants souffriraient d’anomalies congénitales qui y seraient reliées. La Commission royale sur les peuples autochtones (1995) estime qu’il existe partout des liens étroits entre, d’une part, les problèmes d’alcool et de drogues et, d’autre part, le suicide. Ainsi, une étude réalisée en Colombie-Britannique révèle que 74% des autochtones qui se sont suicidés avaient consommé de l’alcool ou de la drogue, comparativement à 36% dans un échantillon semblable de victimes non autochtones. La Commission royale rappelle également que l’inhalation chronique de solvants, qui est très répandue, peut provoquer des lésions cérébrales ou des psychoses paranoïdes et conduire au suicide.

Selon Petawabano et coll. (1994), l’alcool est présent dans au moins 90% des cas de violence en tout genre dans les milieux autochtones. Abbey et coll. (1993) mentionnent que 24% des femmes faisant partie de leur étude reconnaissent qu’elles sont dépendantes de l’alcool ; en outre, 36% d’entre elles mentionnent que l’alcool constitue un problème dans leur entourage. Malgré le caractère alarmant de ces chiffres, il faut éviter de perpétuer le stéréotype trop courant de l’Indien ivre qui ne supporte pas l’alcool (Gotowiec et Beiser, 1994). En effet, une enquête menée par le gouvernement de l’Ontario signale que les Amérindiens vivant en dehors des réserves ne consomment pas plus d’alcool que les non-autochtones. Par ailleurs, contrairement à ce que certaines études ont pu laisser penser, des recherches récentes ont montré que les autochtones ne métabolisent pas l’alcool différemment des non-autochtones.

[1764]

74.5. VIOLENCE FAMILIALE  
ET ABUS SEXUELS

Chez les autochtones, le nombre de décès par mort violente est de quatre à cinq fois plus élevé que chez les Canadiens. En Ontario, une étude menée en 1987- 1988 par l’Association des femmes autochtones indique une prévalence de la violence familiale de l’ordre de 80% (Santé et Bien-être social Canada, 1991). Au Québec (Petawabano et coll., 1994), le nombre annuel total de cas de violence physique rapportés a augmenté de 67% de 1987 à 1992, et la violence physique conjugale représenterait environ 70% de l’ensemble. Selon Abbey et coll. (1993), la violence conjugale est un problème courant. Ces auteurs considèrent que les statistiques sont trompeuses (seulement 5,1% des motifs de consultation de leur échantillon) et qu’on en sous-estime la gravité. Les autochtones sont réticents à parler de ce problème, et il faut souvent plusieurs rencontres avant que le sujet puisse être abordé.

Bien qu’on ne dispose d’aucune donnée précise sur la prévalence des abus sexuels, ce sujet préoccupe nombre de communautés. Au Québec (Petawabano et coll., 1994), les communautés les plus touchées sont celles qui connaissent les plus forts taux de suicide. L’inceste et le viol figurent bien sûr au premier plan parmi les abus sexuels. Un des cinq types de troubles socioculturels précisés par Minde et Minde (1995) a justement trait à un comportement opposi- tionnel relié aux abus sexuels. Certains rapports (Santé et Bien-être social Canada, 1991) tendent à associer le problème des abus sexuels à l’époque, du milieu du 19e siècle jusque dans les années 50, où les enfants autochtones étaient envoyés comme pensionnaires dans les écoles du Sud, loin des réserves, ce qui a entraîné la rupture des liens familiaux traditionnels. De façon générale, ces phénomènes de violence familiale et sexuelle traduisent surtout un immense désarroi et pourraient être le reflet de l’état de désorganisation de certaines sociétés autochtones.

74.6. ANALYSE DES PROBLÈMES  
DE SANTÉ MENTALE

Les problèmes de santé mentale qui viennent d’être évoqués s’inscrivent dans un contexte de misère psychosociale qui plonge ses racines dans un lent processus de dégradation de la culture d’origine. Savard et Proulx (1982) expliquent notamment comment la signature de traités a permis de déposséder les autochtones de leurs terres ; ils ont dû s’installer dans des réserves et se sédentariser, eux qui étaient des peuples chasseurs-cueilleurs. La Commission royale sur les peuples autochtones (1995) rappelle que le respect et la réciprocité qui s’étaient d’abord établis entre les peuples autochtones et les nouveaux arrivants ont rapidement cédé la place aux assauts répétés des autorités coloniales et des Églises chrétiennes en vue de remodeler les cultures et les sociétés autochtones à l’image des cultures et des sociétés européennes. C’est ainsi que les croyances, les traditions et les institutions des autochtones ont fini par être méprisées, et que leurs gouvernements et leurs processus décisionnels ont été supprimés au moyen de la Loi fédérale sur les Indiens, en 1876. La société canadienne a tenté maladroitement d’assimiler les autochtones, avec des résultats, à certains égards, désolants.

Le taux d’analphabétisme est beaucoup plus élevé chez les autochtones que dans le reste du Canada. On compte environ deux fois plus de familles monoparentales que parmi l’ensemble des Canadiens. Le taux de chômage varie de 60% à 90% selon les communautés. Petawabano et coll. (1994) expliquent ce dernier fait, en ce qui concerne le Québec, par l’inaccessibilité des ressources et la non-intégration des communautés autochtones dans le contexte économique québécois. Les autochtones sont surreprésentés dans les prisons canadiennes, particulièrement dans les provinces de l’Ouest (Santé et Bien- être social Canada, 1991).

En d’autres mots, les sociétés autochtones souffrent d’anomie et d’acculturation (Deflem, 1989), c’est-à-dire qu’elles ont perdu les points de repère culturels qui devraient leur permettre d’assurer un équilibre individuel et collectif. D’ailleurs, au cours d’un colloque tenu en 1986, l’Association de santé mentale des autochtones (Canadian Psychiatric Association, 1986) a émis l’opinion selon laquelle la triade constituée par la pauvreté, l’impuissance et l’anomie donne naissance à celle de l’alcoolisme, du suicide et de la dépression. Petawabano et coll. (1994) et Savard (1979) vont dans le même sens, estimant qu’on aurait spolié les autochtones de leurs valeurs fondamentales, notamment celles qui touchent la spiritualité, le rôle des aînés, la terre, la langue et la solidarité familiale [1765] et communautaire. Selon Tassé (1995), cela entraînerait des problèmes de santé mentale autant chez les jeunes que chez les personnes âgées, qui ont complètement perdu leurs repères identificatoires.

74.7. ASPECTS  
ANTHROPOLOGIQUES

Good (1993) et Manson (1995) soulèvent diverses questions ayant trait au fait que la démarche psychiatrique courante, celle qui s’appuie sur le DSM-IV, a tendance à mettre de côté le relativisme culturel et que cela peut donner lieu à des erreurs de diagnostic et de traitement. Ils recommandent, par exemple, de prêter attention au « contexte narratif » (un Amérindien ne privilégie pas les mêmes modes de communication qu’un Blanc de la classe moyenne) et à la dimension culturelle des symptômes (notamment en ce qui concerne les délires et les hallucinations). Il faut également considérer le fait que les autochtones ne parlent pas toujours le français ou l’anglais et qu’il faut donc faire appel régulièrement à des interprètes avec tous les inconvénients que cela comporte.

Brant (1990) suggère de faire preuve de vigilance et de ne pas mal interpréter le comportement de prime abord passif et peu communicatif des enfants et des adolescents autochtones. En effet, traditionnellement, les Amérindiens, afin de pouvoir survivre dans un environnement hostile, avaient tendance à réprimer les conflits. Ils y parvenaient en adoptant certaines conduites, telles que la non-ingérence, le refus de la compétition, la maîtrise des émotions et le partage, et en recourant au consensus social et à la coopération volontaire. Kirmayer et coll. (1993) indiquent que la culture influence de manière importante la symptomatologie et l’évolution des troubles mentaux, qu’il existait et qu’il existe encore de nos jours une nosologie autochtone des troubles mentaux. Par exemple, le terme isumaaluktuq fait référence à une gamme de problèmes qui vont de l’anxiété légère à la psychose paranoïde. Cette nosologie autochtone est encore mal connue, mais il ressort des recherches ethnographiques actuelles que les anciens comptes rendus qui parlaient de certains syndromes culturels, comme le pibloktoq (hystérie arctique ou angoisse du kayak), ne sont plus du tout pertinents. En effet, ces syndromes présentent peu de similitudes avec les problèmes psychiatriques actuels des Inuits.

Dans un autre ordre d’idée, Maser et Dinges (1993) discutent de l’importance de prêter attention aux problèmes de comorbidité, notamment en ce qui a trait à la coexistence fréquente chez les Amérindiens des troubles anxieux, de la dépression et de la toxicomanie. Walker et coll. (1993) abordent la même question sous l’angle du traitement. Ils discutent de certaines tentatives qui ont été faites aux États-Unis en vue de relier les approches de la médecine occidentale à celles de la médecine traditionnelle amérindienne, comme la « tente à suer » (sweat lodge) et les « cercles de partage » (talking circles). Selon eux, ces approches sont pertinentes étant donné qu’elles font appel aux fondements mêmes de l’identité amérindienne.

En résumé, il apparaît qu’on devrait se préoccuper davantage de ce qui fait la spécificité des sociétés amérindiennes tant dans la démarche sous-jacente au diagnostic que dans l’élaboration des plans de traitement. De même, on devrait mieux comprendre leurs modèles explicatifs et leurs attitudes si l’on veut planifier des programmes cliniques et communautaires de prévention des maladies mentales (Kirmayer et coll., 1993).

74.8. OBSTACLES ET SOLUTIONS

Depuis quelques années, on tente, tant au niveau fédéral qu’au niveau provincial et dans les diverses communautés autochtones, de trouver des solutions aux problèmes multiples de santé mentale chez les autochtones. C’est dans cette optique que le gouvernement du Canada a mis en œuvre, en 1982, le Programme national de lutte contre l’abus de drogues et d’alcool chez les autochtones (PNLADAA). Néanmoins, les résultats semblent en deçà de l’espoir qui a été mis dans ce programme dans la mesure où la situation actuelle demeure extrêmement préoccupante. On peut sans doute voir la création de la Commission royale sur les peuples autochtones et du Comité de la santé mentale du Québec comme une réponse à un constat d’échec. Les rapports qui ont été publiés à la suite d’une vaste consultation menée auprès des communautés autochtones permettent de préciser les principaux obstacles qui sont en partie responsables de la situation actuelle ou qui risquent de contrecarrer les nouveaux efforts qui sont déployés.

[1766]

Les deux premiers obstacles concernent, d’une part, l’inertie inhérente à l’état d’acculturation et d’anomie, et, d’autre part, le manque d’autonomie politique et économique réelle de ces sociétés. Le troisième obstacle a trait à la façon dont les gouvernements réagissent face aux problèmes de santé mentale chez les autochtones. À cet égard, la Commission royale sur les peuples autochtones (1995) a dégagé cinq thèmes :

1) l’hésitation des gouvernements à s’occuper du problème du suicide. Ainsi, au cours des 20 dernières années, de multiples études ont attiré l’attention sur ce problème, mais pratiquement sans résultats ;

2) le caractère ponctuel des interventions des gouvernements qui se limitent essentiellement aux périodes de crise ;

3) l’absence de politique globale et nationale applicable à tous les peuples autochtones en matière de santé mentale. À ce sujet, Petawabano et coll. (1994) mentionnent le problème du cloisonnement des programmes fédéral et provincial, qui ne sont pas coordonnés ;

4) l’inégalité des chances d’accès aux programmes, due à la définition juridique du terme « Indien ». Celle-ci inclut les Inuits, mais pas les Métis. Des milliers d’« Indiens inscrits » qui ont quitté leur réserve pour aller s’établir en ville n’ont plus accès aux services fédéraux ;

5) la multiplicité des sources de financement, tant au niveau fédéral qu’au niveau provincial, qui engendre de la confusion et qui donne aux collectivités autochtones l’impression d’être flouées par les interminables discussions avec des ministères qui ne se consultent même pas entre eux.

Le quatrième obstacle a trait aux intervenants en santé mentale. D’une part, les sociétés autochtones semblent manquer de main-d’œuvre autochtone qualifiée. D’autre part, selon Petawabano et coll. (1994), les professionnels non autochtones connaissent souvent mal les réalités autochtones ; les auteurs réclament donc la mise en place de programmes de formation spécifiques.

Les solutions envisagées ou appliquées sont multiples. On peut distinguer celles qui viennent du milieu autochtone des autres, qu’il s’agisse de politiques déjà en vigueur ou de recommandations faites par les deux commissions fédérale et provinciale.

Petawabano et coll. (1994) répertorient neuf initiatives venant des milieux autochtones. À titre d’exemple, la communauté d’Alkali Lake, en Colombie-Britannique, a décidé de couper à sa source l’approvisionnement en alcool, tout en organisant des débats entre les membres de la communauté, pour finalement amener celle-ci à se libérer à 95% de la dépendance à l’alcool. Au Québec, les Montagnais ont créé le centre Nutshimiu Atusseum pour relancer la chasse et la trappe chez les jeunes de la région. Enfin, les femmes autochtones du Québec se sont regroupées en association en 1974 ; elles se consacrent actuellement aux problèmes qu’engendrent dans les communautés la violence conjugale et les abus sexuels. Elles ont accompli un important travail de sensibilisation qui semble porter ses fruits, puisque cette question a fait l’objet d’une résolution de l’Assemblée des chefs des Premières Nations en 1993.

Au regard des politiques déjà en vigueur, Petawabano et coll. (1994) décrivent le programme fédéral « Grandir ensemble », établi en 1992, qui vise à favoriser le bien-être des enfants et des familles. Ce programme touche divers aspects, soit la santé communautaire, le développement de l’enfant, l’inhalation de solvants, la prévention des accidents, la santé des bébés et les habiletés parentales. De la même façon, au Québec, on assiste à la création de centres locaux de services communautaires (CLSC) à l’intérieur des réserves.

Un dernier volet concerne les recommandations faites par la Commission royale sur les peuples autochtones et le Comité de santé mentale du Québec. Ces recommandations portent sur le développement communautaire et sur l’autodétermination politique. Selon la Commission, le développement communautaire devrait être axé sur la nécessité de renforcer les liens d’affection et d’entraide entre individus et familles dans chaque collectivité et de rebâtir les fondations sociales, culturelles et économiques des collectivités. Il faut aussi promouvoir la revitalisation culturelle et spirituelle, prêter attention de façon prioritaire aux enfants, favoriser une approche holistique, une participation collective, le partenariat et le contrôle par la collectivité elle-même. La Commission présente comme un modèle du genre ce qu’ont fait à Big Cove, au Nouveau-Brunswick, les autochtones eux-mêmes pour combattre le problème du suicide. Enfin, tant la Commission royale sur les peuples autochtones (1995) que Petawabano et coll. (1994) [1767] préconisent de faciliter l’autodétermination politique des sociétés autochtones. Mais d’abord, il faudra surmonter de nombreux obstacles, notamment politiques, afin d’éviter un affrontement qui ne saurait être avantageux pour aucune des parties, qu’il s’agisse du Canada, du Québec ou des sociétés autochtones (Crépeau, 1995).

\*  
\* \*

Il ressort de ce chapitre que la psychiatrie des autochtones dépasse largement le cadre des pathologies habituelles. Les sociétés autochtones sont aux prises avec de graves problèmes de santé mentale, le suicide, l’alcoolisme et la toxicomanie, la violence familiale et les abus sexuels, qui sont le reflet d’une grande misère psychosociale. Ces sociétés sont sous le choc d’une acculturation dont les causes ont été présentées dans ce chapitre. Elles méritent qu’on les aborde dans leur spécificité, à défaut de quoi on risque de commettre de graves erreurs. Il apparaît comme prioritaire de bien former le personnel médical et paramédical et d’accepter un certain métissage, c’est-à-dire de trouver des moyens de lier les approches médicales occidentales classiques aux approches amérindiennes traditionnelles. Enfin, il semble qu’on ne réussira à résoudre ces graves problèmes de santé mentale qu’en privilégiant une approche communautaire et en permettant aux sociétés autochtones de se réapproprier leur autonomie politique. D’ailleurs, paradoxalement, les réalités autochtones pourront peut-être faciliter la compréhension d’autres réalités, que ce soit celles des immigrants, des autres minorités, ou même notre propre réalité, grâce au recul qu’elles nous obligent à prendre.

Bibliographie

ABBEY, S.E., coll.

1993 « Psychiatric consultation in the Eastern Canadian Arctic. III : Mental health issues in Inuit women in the Eastern Arctic », *Can. J. Psychiatry,* vol. 38, n° 1, p. 32-35.

Brant, C.C.

1990 « Native ethics and rules of behaviour », *Can. J. Psychiatry,* vol. 35, n° 6, p. 534-539.

Canadian Psychiatric Association

1986 *Depression in the North American Indian, Causes and Treatment,* Native Mental Health Association of Canada, Shannonville (Ont.).

Commission royale sur les peuples autochtones

1995 *Choisir la vie. Un rapport spécial sur le suicide chez les autochtones,* Ottawa, ministre des Approvisionnements et Services du Canada, Groupe Communication Canada Édition.

Crépeau, R.

1995 « De la nation à l’autonomie gouvernementale : en trevue avec l’anthropologue québécois Rémi Savard », *Recherches amérindiennes au Québec,* vol. 25, n° 4, p. 45-53.

Deflem, M.

1989 « From anomie to anomia and anomie depression : A sociological critique of the use of anomie in psychiatric research », *Soc. Sci. Med.,* vol. 29, n° 5, p. 627-634.

Good, B.J.

1993 « Culture, diagnosis and comorbidity », *Cult. Med. Psychiatry,* vol. 16, n° 4, p. 427-446.

Gotowiec, A., et Beiser, M.

1994 « La santé mentale des enfants autochtones : des enjeux particuliers », *Santé mentale au Canada,* vol. 41, n° 4, p. 8-12.

Kirmayer, L.J., et coll.

1993 « Culture et maladie mentale chez les Inuits du Nunavik », *Santé mentale au Québec,* vol. 18, n° 1, p. 53- 70.

Manson, S.M.

1995 « Culture and major depression », *Psychiatr. Clin. North Am.,* vol. 18, n° 3, p. 487-501.

Maser, J.D., et Dinges, N.

1993 « Comorbidity : Meaning and uses in cross-cultural clinical research », *Cult. Med. Psychiatry,* vol. 16, n° 4, p. 409-425.

Minde, R., et Minde, K.

1995 « Sociocultural determinants of psychiatric symptomatology in James Bay Cree children and adolescents », *Can. J. Psychiatry,* vol. 40, n° 6, p. 304-312.

Petawabano, B.H., et coll.

1994 *La santé mentale et les autochtones du Québec,* Boucherville (Québec), Gaëtan Morin Éditeur.

Santé et Bien-être social Canada

1991 *Statistiques sur la santé mentale des autochtones,* Ottawa, Direction générale des services médicaux, Comité directeur sur la santé mentale des autochtones, rapport du groupe de travail n° 1 sur les aspects techniques et statistiques.

[1768]

Savard, R.

1979 *Destins d’Amérique*, *les autochtones et nous,* Montréal, Éditions de l’Hexagone.

Savard, R., et Proulx, J.-R.

1982 Canada, derrière l’épopée, les autochtones, Montréal, Éditions de l’Hexagone.

Simard, J.-J., et Proulx, S.

1995 « L’état de santé des Cris et des Inuit du Québec nordique. Quelques indicateurs statistiques de l’évolution récente », *Recherches amérindiennes au Québec,* vol. 25, n° 1, p. 3-19.

Tassé, L.

1995 « Représentations de la santé mentale et de la filiation chez les Algonkins âgés de Kitigàn Zibi », *Recherches amérindiennes au Québec,* vol. 25, n° 1, p. 41-50.

Walker, R.D., et coll.

1993 « Treatment implications of comorbid psychopathology in American Indians and Alaska natives », *Cult. Med. Psychiatry,* vol. 16, n° 4, p. 555-572.

YOUNG, L.T., et coll.

1993 « Psychiatric consultation in the Eastern Canadian Arctic. II : Referral patterns, diagnoses and treatment », *Can. J. Psychiatry,* vol. 38, n° 1, p. 28-31.

Lectures complémentaires

Commission royale sur les peuples autochtones

1996 *Rapport.* Vol. 1 : *Un passé, un avenir* ; vol. 2 : *Une relation à redéfinir* ; vol. 3 : *Vers un ressourcernent;* vol. 4 : *Perspectives et réalités;* vol. 5 : *Vingt ans d’action soutenue pour le renouveau,* catalogue n° Z1-1991-1F, Ottawa, ministre des Approvisionnements et Services du Canada, Groupe Communication Canada Édition.

Lewis-Fernandez, R., et Kleinman, A.

1995 « Cultural psychiatry : Theoretical, clinical and research issues », *Psychiatr. Clin. North Am.,* vol. 18, n° 3, p. 433-449.

Moro, M.R.

1993 « Principes théoriques et cliniques de l’ethnopsychiatrie. Quelques données actuelles », *L’Évolution psychiatrique,* vol. 58, n° 2, p. 263-279.

Nathan, T.

1986 *La folie des autres. Traité d’ethnopsychiatrie clinique*, Paris, Dunod.

[1769]

[1770]

**Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale**Tome 2. Spécialités, traitements, sciences fondamentales  
et sujets d’intérêt

SIXIÈME PARTIE  
*Sujets d’intérêt*

Chapitre 75

SUICIDE

[Retour à la table des matières](#tdm)

Carole Ménard-Buteau, M.D., F.R.C.P.C.

Consultante en psychiatrie à l’Hôpital d’Ottawa

Professeure adjointe au Département de psychiatrie de l’Université d’Ottawa

Jacques Buteau, M.D., F.R.C.P.C.

Psychiatre en cabinet privé

[1771]

**PLAN**

75.1. Définitions

75.2. Types de suicide et moyens

75.3. Aspects démographiques

75.4. Maladies associées au suicide

75.4.1. Maladies mentales

75.1.2. Maladies physiques

75.5. Aspects biologiques

75.5.1. Neurotransmetteurs

75.5.2. Aspects génétiques

75.6. Aspects psychologiques

75.7. Aspects socioéconomiques

75.8. Suicide chez l’enfant

75.9. Suicide chez l’adolescent et le jeune adulte

75.10. Suicide chez la personne âgée

75.11. Effet d’un suicide chez les proches

75.12. Approches thérapeutiques

75.12.1. Aspects préventifs

75.12.2. Patient suicidaire à l’urgence

75.12.3. Patient en suivi thérapeutique

75.12.4. Patient suicidaire hospitalisé

75.13. Cas particuliers

75.13.1. Suicide collectif

75.13.2. Homicide-suicide

75.13.3. Suicide en prison

75.13.4. Euthanasie

75.14. Évaluation du risque suicidaire

Bibliographie

Lectures complémentaires

[1772]

Dans les pays développés, le suicide compte parmi les 3 premières causes de décès chez les jeunes et parmi les 10 premières dans l’ensemble de la population (Diekstra, 1993). Le suicide constitue la troisième cause en ce qui concerne la perte d’années potentielles de vie, après le cancer et la coronaropathie, et représente la deuxième cause de mortalité chez les jeunes adultes, après les accidents de la route, en France aussi bien qu’en Amérique du Nord (Debout et Conseil économique et social, 1993 ; Santé Canada, 1994), d’où l’importance de mieux comprendre ce phénomène afin de le prévenir.

75.1. DÉFINITIONS

L'idée suicidaire englobe aussi bien la pensée de se voir mourir, le fait de s’imaginer mort, sans un contexte précis, que le plan suicidaire bien élaboré, qui prévoit des moyens spécifiques et la façon de se les procurer.

Le comportement suicidaire va de l’idée suicidaire passagère au suicide réussi. Le terme suicide implique le décès d’un individu découlant directement ou indirectement d’un comportement de cet individu qui s’attend à ce que la mort en résulte. Un comportement autodestructeur passif pouvant mener à la mort est qualifié d'érosion suicidaire (tel qu’une grève de la faim ou le refus de prendre des médicaments essentiels au maintien de la vie). Les autres gestes autodestructeurs délibérés dont la conséquence ultime aurait pu être la mort, mais dont la motivation première est de provoquer la réaction de l’entourage sont qualifiés de parasuicides lorsque l’individu qui les accomplit survit. Un terme équivalent et vulgarisé est celui de tentative de suicide, mais on reproche à cette expression un jugement quant au but directement visé, alors que dans certains cas de parasuicide la mort est une conséquence que l’auteur du geste compte éviter en demandant de l’aide avant qu’il soit trop tard (Diekstra et Garnefski, 1995). Un autre phénomène apparenté au suicide est l'euthanasie, dont l’application et même la définition créent de la dissension. L’euthanasie fait référence à toute situation où la vie d’une personne atteinte d’une maladie en phase terminale cesse prématurément, à sa propre requête, l’intention étant de soulager des souffrances extrêmes (Association canadienne pour la prévention du suicide, 1994). Un phénomène très proche parent est le suicide assisté, mais, selon les circonstances et le point de vue, on peut parler de l’euthanasie ou du suicide assisté comme d’un homicide justifié par « force majeure », tel que cela est accepté aux Pays-Bas, où, par exemple, un médecin administre une dose létale de médicament à un patient dans un coma irréversible (Van Den Akker, Janssens et Ten Have, 1997).

75.2. TYPES DE SUICIDE ET MOYENS

Il s’avère parfois difficile de distinguer un geste suicidaire, où la mort était le but visé et fut évitée de justesse, d’un autre, où la tentative était au préalable vouée à l’échec. En général, les parasuicides voués à l’échec se produisent à répétition, chez une population féminine et jeune, qui utilise des moyens peu létaux (comme la surdose de benzodiazépines ou les lacérations superficielles des poignets). Cet « appel à l’aide » est habituellement un geste impulsif, communiqué rapidement à l’entourage par l’individu, qui s’assure d’être secouru sans délai. Il arrive que le parasuicide soit fatal, le sujet ayant mal évalué la portée de son geste, souvent en raison de son ignorance du potentiel létal du moyen utilisé (p. ex., la surdose d’antidépresseurs tricycliques ou une combinaison d’alcool et de barbituriques) ou à cause d’un imprévu qui rend le sauvetage impossible (p. ex., une panne de téléphone, un accident touchant les personnes alertées, le retour tardif d’une personne de l’entourage). Lorsque la mort s’ensuit, la distinction entre parasuicide et suicide devient une hypothèse qui prête à la spéculation.

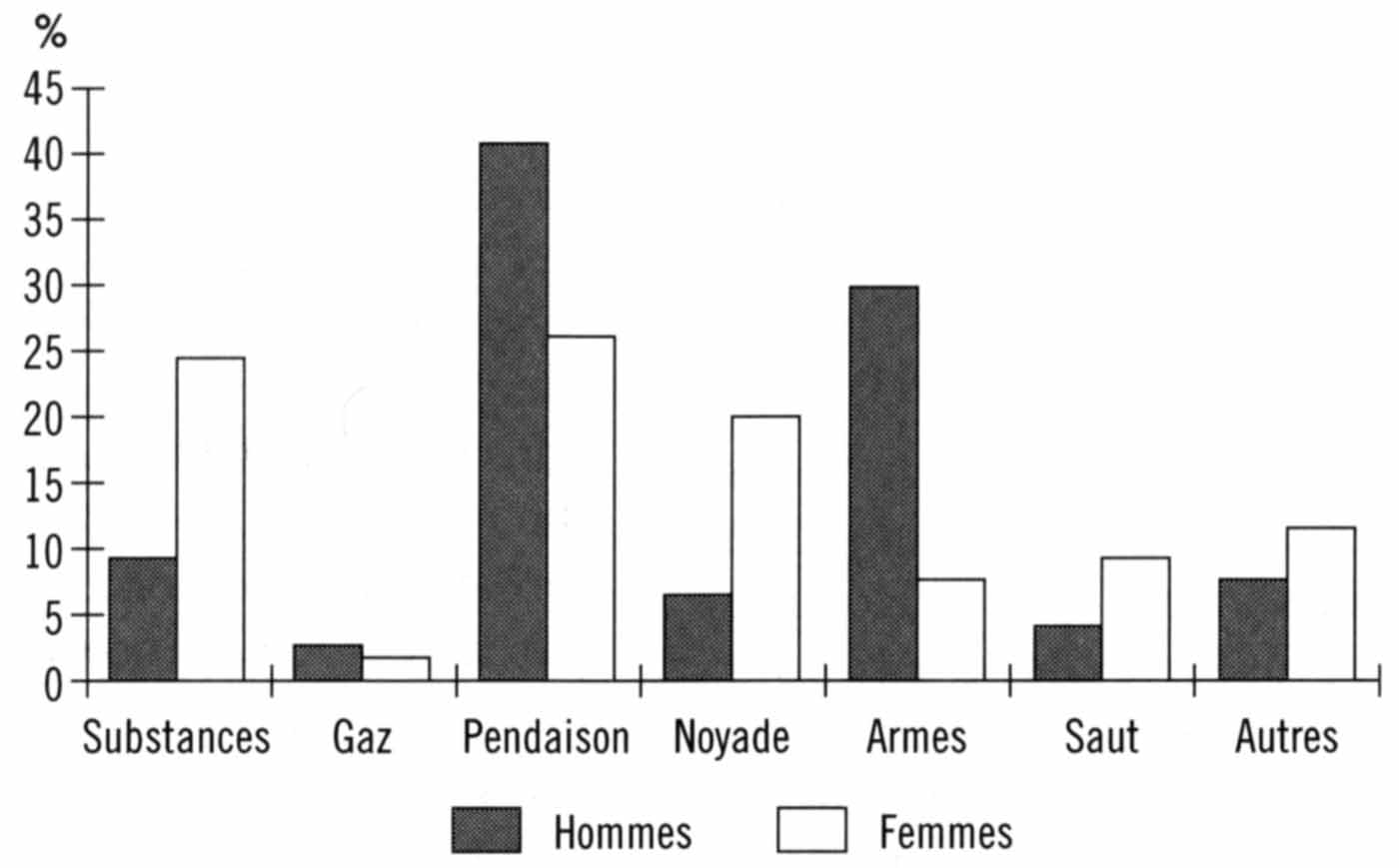
Quant au suicide réussi, il implique ordinairement une planification ainsi que l’utilisation de moyens reconnus pour être létaux, comme ceux dont fait mention la figure 75.1 (Debout et Conseil économique et social, 1993). La planification du suicide indique l’intention de mourir ; le sujet se défait de ses biens matériels et règle ses comptes avec son entourage. Il peut laisser un témoignage quant au pourquoi du geste qu’il va accomplir. Les individus qui font partie de ce groupe de suicidés sont plus souvent des hommes et ils sont plus âgés (Blumenthal, 1990).

75.3. ASPECTS DÉMOGRAPHIQUES

On estime que la prévalence réelle du suicide est de 30% à 200% supérieure à celle qui est rapportée [1773] officiellement. Seulement 39 pays membres des Nations unies rapportent les suicides. Le tableau 75.1 donne les taux de suicide enregistrés dans divers pays entre 1987 et 1991. Quant au parasuicide, il n’existe aucun relevé national officiel. Pourtant, il s’agit de l’une des causes de visite à l’urgence les plus fréquentes chez les jeunes gens de moins de 35 ans. Il semble que le taux de parasuicide soit un multiple des statistiques des suicides chez les jeunes, plus élevé chez les femmes que chez les hommes, selon les études de dossiers hospitaliers, mais il est peu élevé chez les personnes âgées (Diekstra, 1993).

FIGURE 75.1

Répartition des décès par suicide suivant le mode, France, 1987



**Source** : M. Debout et Conseil économique et social, *Le suicide*, Paris, Direction des journaux officiels, 1993, p. 17.

Au Danemark et au Japon, le suicide est la principale cause de mortalité chez les jeunes de 25 à 34 ans, représentant 25% des décès chez les femmes et 30% chez les hommes (Diekstra, 1993). Récemment, les pays d’Amérique du Nord enregistraient le plus haut taux de suicide chez les jeunes hommes, dépassant la Scandinavie et le Japon (Blumenthal, 1990), bien que, pour tous les âges, les taux de suicide au Québec, par exemple, soient inférieurs à ceux de plusieurs pays industrialisés, notamment la Hongrie, la Finlande, la Suisse, la France, le Danemark et la Belgique (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1995).

Au Canada, le taux de suicide est d’environ 24 pour 100 000 habitants, et 1,7% de tous les décès sont attribuables au suicide, soit plus de 3 600 Canadiens en 1997, avec 4 fois plus d’hommes que de femmes (taux relativement stables depuis 1990) ; en France,

Tableau 75.1.

Taux de suicide dans divers pays par ordre décroissant, 1987-1991\*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1987 | 1988 | 1989 | 1990 | 1991 |
| Hongrie | 45,1 | 41,3 | 41,6 | 39,9 | 38,6 |
| Finlande | 27,6 | 28,3 | 28,5 | 30,8 | 29,8 |
| Danemark | 27,9 | 26,0 | 26,9 | 24,1 | 22,4 |
| Autriche | 27,3 | 24,4 | 24,9 | 23,6 | 22,6 |
| Suisse | 24,1 | 22,4 | 22,8 | 21,9 | 22,7 |
| C.E.I. | 19,1 | 19,5 | 21,0 | 21,1 | n.d. |
| France | 21,9 | 20,8 | 20,9 | 20,1 | n.d. |
| Suède | 18,4 | 18,8 | 18,6 | n.d. | n.d. |
| Tchécoslovaquie | 17,8 | 17,7 | 17,7 | 17,9 | n.d. |
| Luxembourg | 20,0 | 18,5 | 19,6 | 17,8 | 19,9 |
| Japon | 19,6 | 18,7 | 17,3 | 16,4 | 16,1 |
| Allemagne (R.F.A.) | 19,0 | 17,6 | 16,5 | 15,8 | n.d. |
| Norvège | 15,5 | 16,8 | 15,6 | 15,5 | n.d. |
| Ex-Yougoslavie | 17,2 | 16,2 | 16,5 | 15,3 | n.d. |
| Pologne | 13,3 | 12,2 | 11,3 | 13,0 | 13,9 |
| Canada | 14,0 | 13,5 | 13,3 | 12,7 | n.d. |
| États-Unis | 12,7 | 12,4 | 12,2 | n.d. | n.d. |
| Pays-Bas | 11,0 | 10,3 | 10,2 | 9,7 | n.d. |
| Irlande | 6,9 | 7,5 | 7,9 | 9,5 | n.d. |
| Portugal | 9,4 | 8,0 | 7,2 | 8,8 | 9,6 |
| Royaume-Uni | 8,1 | 8,7 | 7,6 | 8,1 | 7,9 |
| Espagne | 7,2 | 7,6 | 7,7 | n.d. | n.d. |
| Italie | 7,9 | 7,6 | 7,5 | n.d. | n.d. |
| Grèce | 4,1 | 4,0 | 3,8 | 3,5 | n.d. |

\* Taux pour 100 000 habitants, n.d. : donnée non disponible.

**Source**: M. Debout et Conseil économique et social, *Le suicide,* Paris, Direction des journaux officiels, 1993, p. 26.

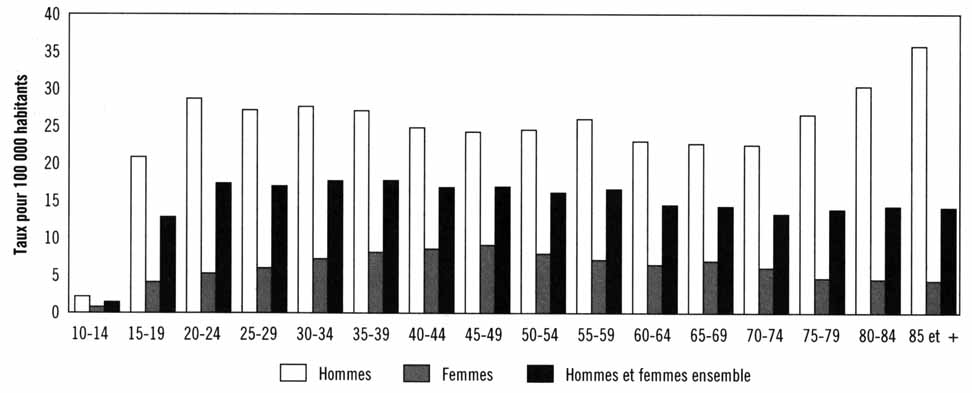
[1774]

11 403 individus se sont suicidés en 1990, soit 2,1% de tous les décès (Debout et Conseil économique et social, 1993 ; Statistique Canada, 1999). On estime la prévalence des parasuicides à 3% à 4% parmi les adultes canadiens, et de 10% à 12% des citoyens auraient des pensées suicidaires (Santé Canada, 1994). En France, le nombre de parasuicides serait de 8 à 10 fois plus élevé que le nombre de suicides, soit 120  000 par an (Debout et Conseil économique et social, 1993).

En Europe, dans la dernière décennie, les pays du Sud présentaient le taux de suicide le plus bas (de 4 à 8 pour 100 000 habitants), alors que la Hongrie rapportait la prévalence la plus forte (de 40 à 45 pour 100 000 habitants) [Debout et Conseil économique et social, 1993]. La Scandinavie et l’Europe centrale se situaient à mi-chemin. L’étude de la courbe des taux de suicide en Europe au 20e siècle démontre une hausse graduelle générale de même qu’une tendance à l’uniformité des taux dans les divers pays. Malgré tout, certains pays se démarquent. Ainsi, la hausse du taux de suicide la plus forte entre 1973 et 1987 était le fait de l’Irlande, avec 108% ; l’Allemagne enregistrait une baisse de 10% pour la même période (Santé Canada, 1994).

FIGURE 75.2

Taux de suicide pour 100 000 habitants par groupe d’âge,  
Canada, 1989-1992



**Source** :Santé Canada, *Le suicide au Canada : mise à jour du rapport du Groupe d’étude sur le suicide au Canada*, Ottawa, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, 1994, p. 55.

Dans plusieurs pays où des études de cohortes ont été effectuées (Canada, États-Unis, Australie, Allemagne, Angleterre, Italie, etc.), on signale une prévalence élevée du suicide parmi une population de plus en plus jeune, alors que le taux est à la baisse chez les personnes âgées, bien qu’il demeure très important (voir la figure 75.2). Dans les pays industrialisés, pour tous les groupes d’âge, le taux de suicide a augmenté récemment chez les hommes, particulièrement chez les jeunes, mais la tendance n’est pas aussi uniforme chez les femmes (Diekstra, 1993) [voir les figures 75.3 et 75.4]. Quel que soit le pays, le suicide recrute ses victimes dans une population féminine plus âgée que dans le cas du parasuicide (ou tentative de suicide). Chez les femmes, le taux moindre « d’années potentielles de vie perdues » (APVP) comparativement aux hommes (voir les figures 75.5, p. 1776, et 75.6, p. 1777) s’explique à la fois par un taux de suicide plus élevé chez les hommes et une augmentation récente du taux de suicide chez les femmes âgées (par rapport aux plus jeunes) [Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1995].

75.4. MALADIES ASSOCIÉES  
AU SUICIDE

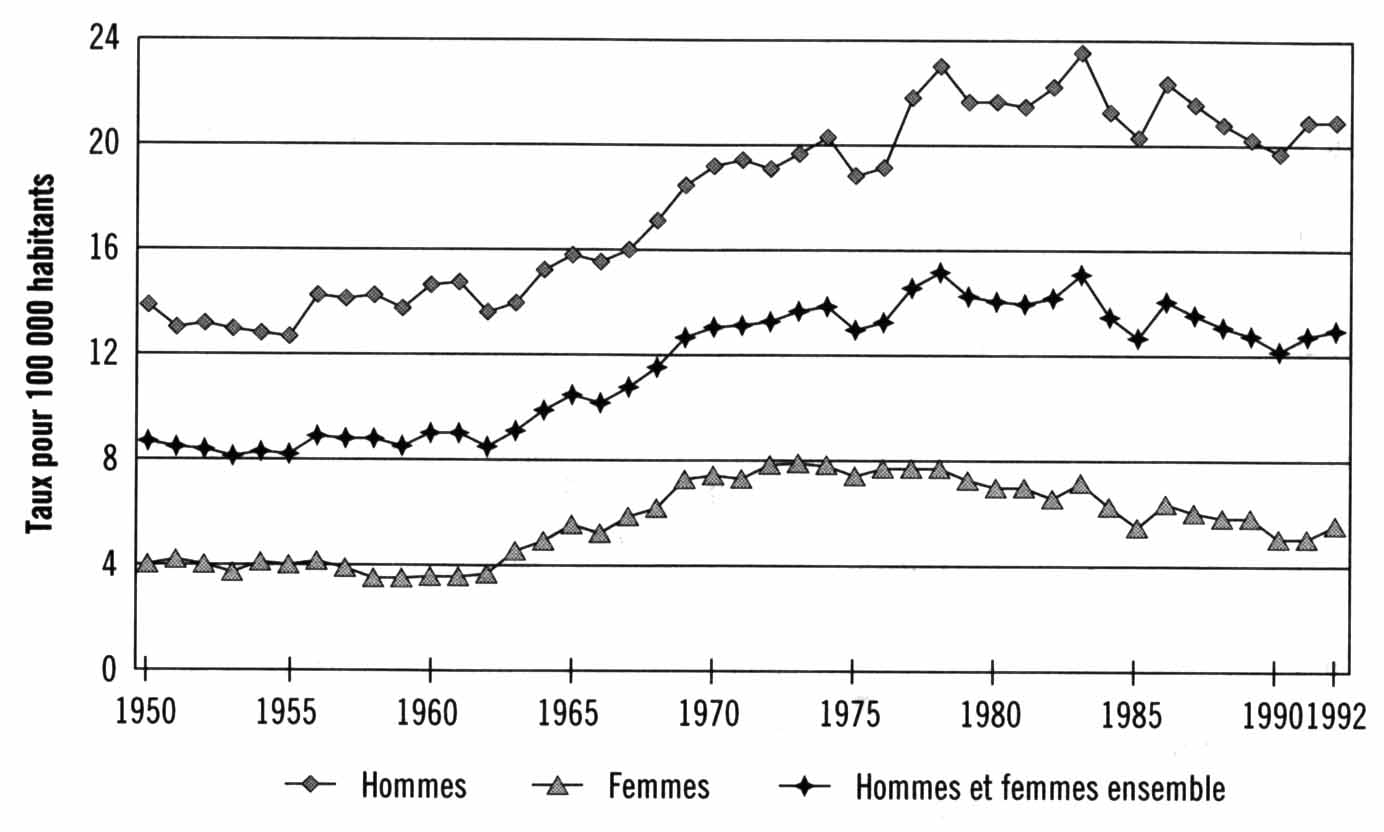
75.4.1. Maladies mentales

Des études panculturelles ont démontré que la psychopathologie était un facteur important prédisposant

[1775]

FIGURE 75.3

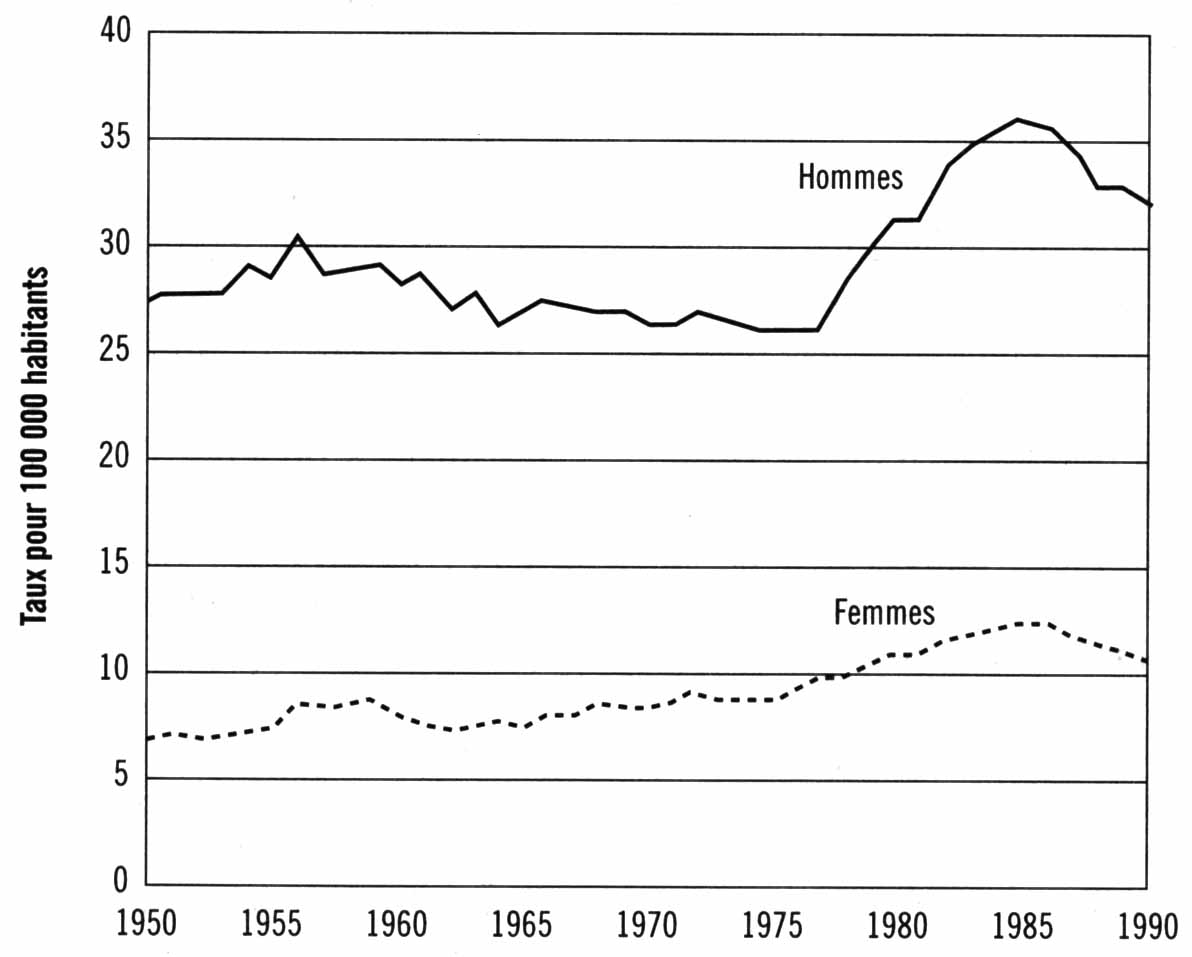
Taux de suicide normalisés selon l’âge pour 100 000 habitants,  
Canada, 1950-1992 (population type : Canada, 1991)



**Source :** Santé Canada, *Le suicide au Canada : mise à jour du rapport du Groupe d’étude sur le suicide au Canada*, Ottawa, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, 1994, p. 55.

FIGURE 75.4

Évolution du taux comparatif de mortalité par suicide selon le sexe  
(échelles arithmétiques), France, 1950-1990

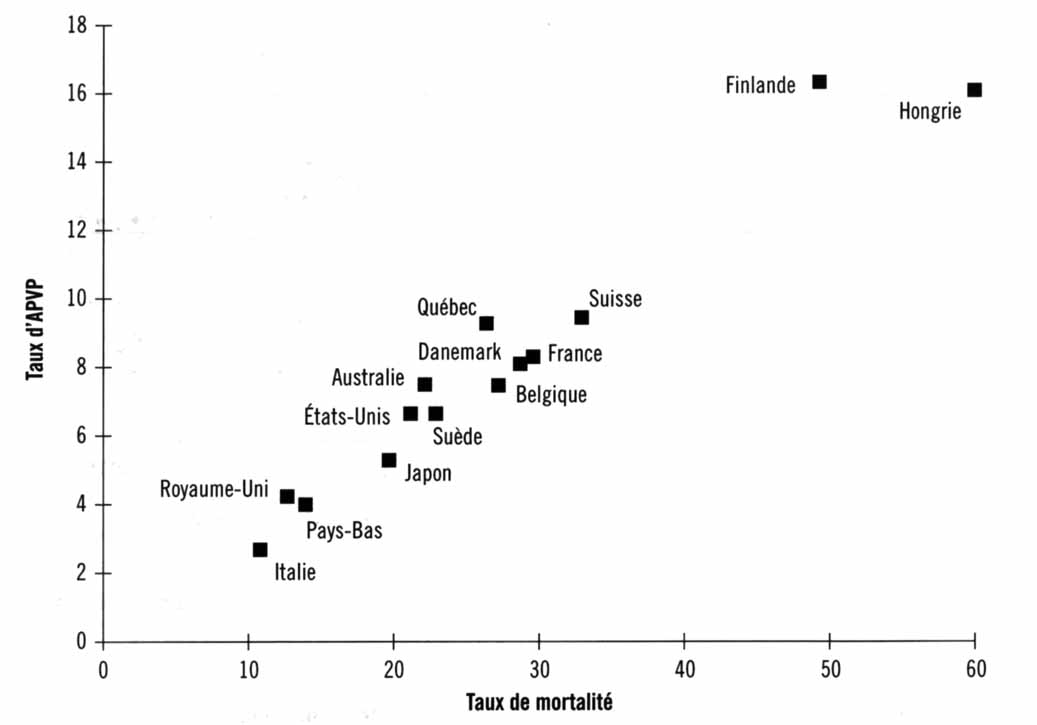


**Source :** P. Surault, « Variations sur les variations du suicide en France », *Population,* revue bimensuelle de l'Institut d'études démographiques, nos 4-5, 1995, p. 1010

[1776]

FIGURE 75.5

Taux comparatifs de mortalité par suicide et taux d'années potentielles de vie perdues (APVP) à 75 ans par suicide, Québec et certains pays, hommes, 1991 \*



\* Taux pour 100 000 habitants.

**Source :** Ministère de la Santé et des Services sociaux, Le Québec comparé : indicateurs sanitaires, démographiques et socio-économiques ; évolution de la situation québécoise, canadienne et internationale, Québec, Gouvernement du Québec, 1995, p. 202.

au suicide et au parasuicide. Un diagnostic de maladie mentale multiplie par 10 le risque de suicide établi pour la population en général ; 90% des adultes qui se sont suicidés souffraient d’une maladie psychiatrique au moment du décès (Moscicki, 1997).

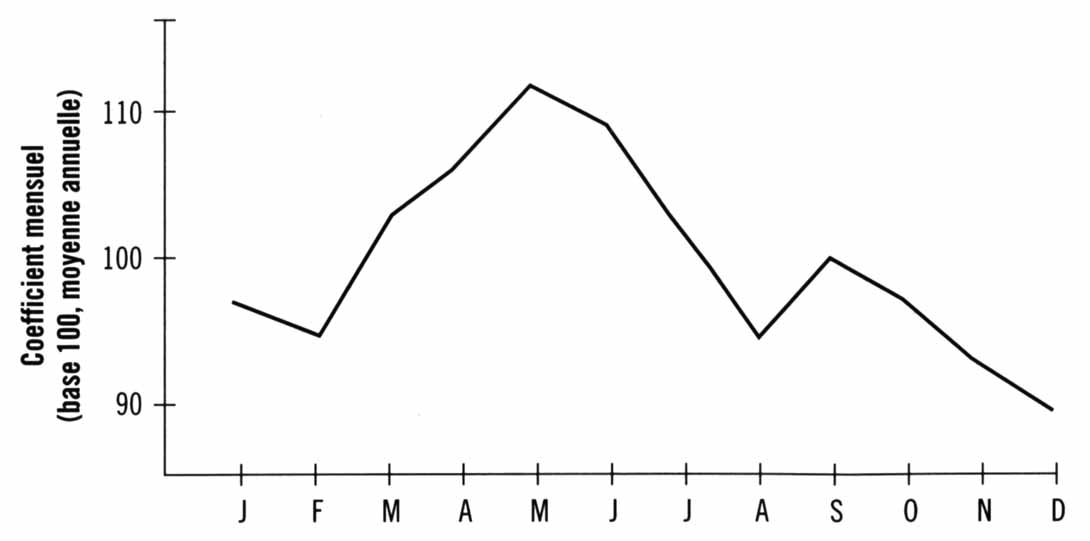
Des études indiquent que les facteurs de risque de suicide et de parasuicide diffèrent tout en se recoupant. Le parasuicide serait plus fréquent chez les sujets ayant un diagnostic de trouble de la personnalité avec impulsivité (du type limite ou antisocial), de toxicomanie et de trouble de l’adaptation. Les personnes qui se suicident font plutôt partie d’une population atteinte de troubles affectifs majeurs, d’alcoolisme, de schizophrénie et, chez les plus jeunes, de troubles des conduites avec dépression. Si un trouble de la personnalité du type limite ou antisocial s’ajoute à l’une de ces pathologies, le risque suicidaire serait significativement augmenté (Blumenthal, 1990).

Les troubles affectifs sont sans contredit les troubles les plus fréquemment associés au suicide : environ 15% des individus souffrant d’une maladie affective vont se donner la mort et plus de 70% des personnes qui se sont suicidées en auraient été atteintes. Parmi les suicidés, on a relevé une prévalence plus forte du trouble unipolaire comparativement au trouble bipolaire (Lester, 1993). Le suicide serait plus fréquent au cours des premiers épisodes de dépression et de l’année suivant une hospitalisation (Muller-Oerlinghausen et coll., 1999). La période de manie ou d’hypomanie chez les personnes atteintes d’un trouble bipolaire serait associée à un risque accru de suicide, de même que le moment de transition entre dépression et manie. Ce lien entre le suicide et la maladie bipolaire pourrait expliquer en partie les variations saisonnières des taux de suicide (supérieurs au printemps et en automne), parallèlement aux passages à une phase dépressive.

[1777]

FIGURE 75.6

Taux comparatifs de mortalité par suicide et taux d’années potentielles de vie perdues (APVP) à 75 ans par suicide, Québec et certains pays, femmes, 1991\*



\* Taux pour 100 000 habitants.

**Source :** Ministère de la Santé et des Services sociaux*, Le Québec comparé : indicateurs sanitaires, démographiques et socio-économique ; évolution de la situation québécoise, canadienne et internationale*, Québec, Gouvernement du Québec, 1995, p. 203.

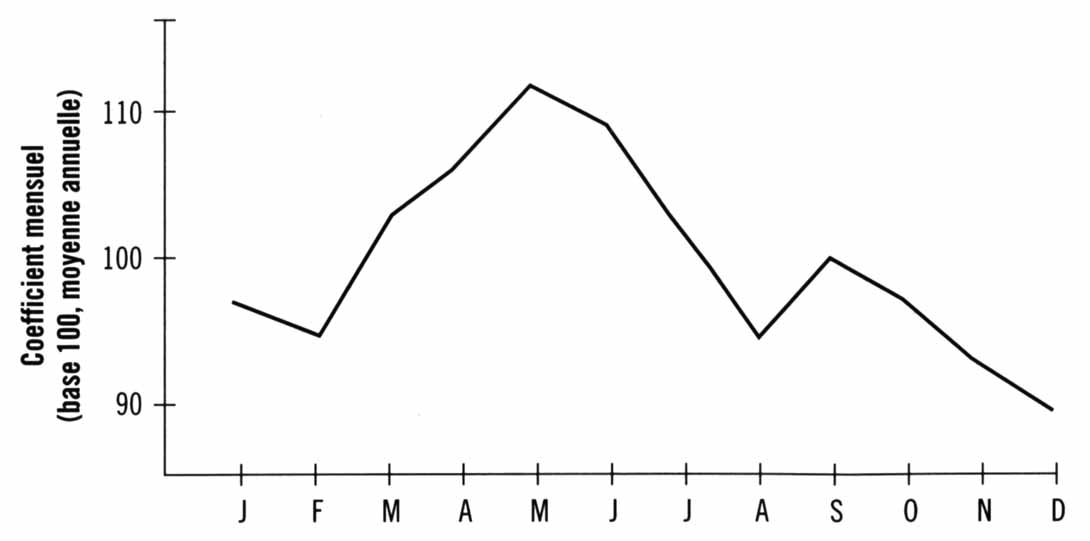
Les figures 75.7 et 75.8 (p. 1778) permettent de comparer la saisonnalité des suicides et des décès dus à d’autres causes. Le trouble affectif saisonnier est une autre maladie cyclique pouvant faire varier les taux de suicide. La période prémenstruelle augmenterait le risque suicidaire en exacerbant les symptômes affectifs. Si le patient déprimé présente des symptômes psychotiques par surcroît, le risque de suicide est multiplié par cinq, une composante délirante étant susceptible d’engendrer des comportements suicidaires qui s’ajoutent au trouble affectif (Blumenthal, 1990).

Les toxicomanes risquent 20 fois plus de se suicider que la population générale. Ce risque élevé est attribué à l’effet déprimant de plusieurs substances, aux conditions de vie misérables des toxicomanes, à certains traits de personnalité ou troubles de la personnalité associés, à des facteurs biologiques qui les rendent vulnérables et à l’absence de soutien social. Des études ont évalué le taux d’alcoolisme chez les suicidés à plus de 20%, et environ le même pourcentage d’alcooliques finissent par se suicider. De 60% à 70% des personnes aux prises avec un problème d’alcool ont un autre trouble psychiatrique dont les symptômes sont exacerbés par la consommation d’alcool, qui peut précipiter un geste suicidaire. De plus, il est reconnu que la consommation chronique d’alcool a un effet déprimant et contribue à diminuer la quantité de sérotonine au cerveau, deux facteurs qui augmentent le risque de suicide (Blumenthal, 1990).

La schizophrénie, qui affecte 1% de la population, est associée à un fort taux de suicide : 40% des patients schizophrènes font une tentative suicidaire et 10% se suicident. Le risque de suicide est élevé lorsque le patient est désespéré, perçoit la dégradation [1778] progressive de ses fonctions, n’observe pas le traitement médicamenteux, a eu plusieurs rechutes de psychose aiguë et a déjà fait une tentative de suicide. Plusieurs individus qui se sont suicidés avaient souffert d’akathisie consécutivement à la prise de neuroleptiques. Ce geste, qui est rarement impulsif, survient surtout en période de rémission. Souvent des problèmes d’abus d’alcool et de drogues ajoutent au risque suicidaire. Au moment du suicide, il y a une forte incidence de dépression majeure qui aurait pu être traitée spécifiquement par des antidépresseurs (Blumenthal, 1990).

FIGURE 75.7

Saisonnalité des suicides, 1968-1978 \*

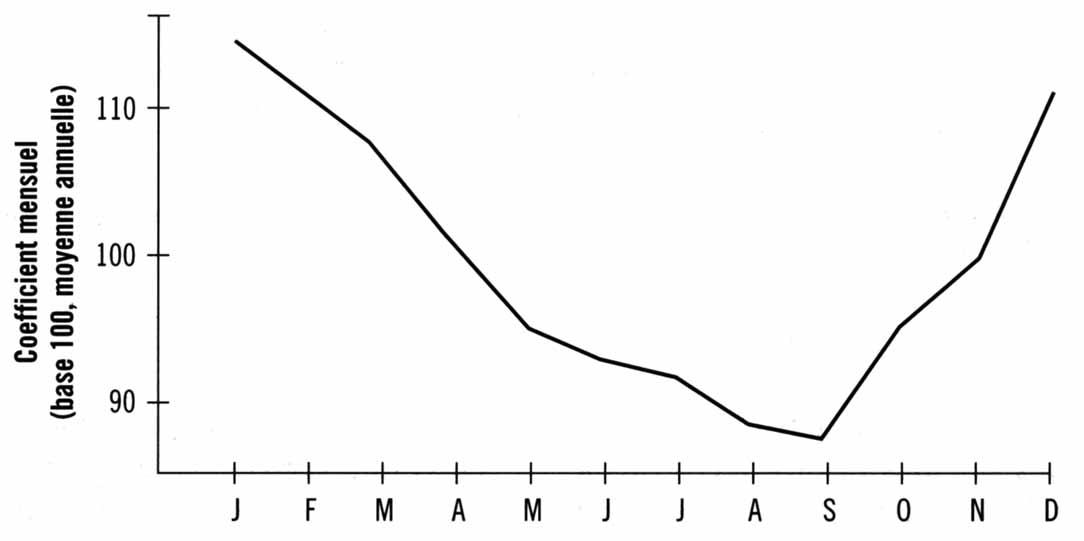


\* Les coefficients mensuels ont été calculés après réduction des mois à une durée uniforme de 30 jours.

**Source :** M. Debout et Conseil économique et social, *Le suicide****,*** Paris, Direction des journaux officiels, 1993, p. 24.

FIGURE 75.8

Saisonnalité des décès excluant les suicides, 1968-1978 \*



\* Les coefficients mensuels ont été calculés après réduction des mois à une durée uniforme de 30 jours.

**Source :** M. Debout et Conseil économique et social, *Le suicide,* Paris, Direction des journaux officiels, 1993, p. 24.

Un risque de suicide est aussi associé à certains troubles de la personnalité, dont la personnalité limite et la personnalité antisociale ; parmi les sujets souffrant de ces troubles, environ 10% se suicident et [1779] près de 50% ont à leur actif de multiples parasuicides, souvent peu létaux. L’impulsivité et l’agressivité caractérisent leur geste (Blumenthal, 1990).

Si l’on prend l’ensemble des troubles anxieux, de 15% à 22% des individus ayant un diagnostic de trouble anxieux se suicideront, soit une prévalence comparable à celle des suicides associés aux troubles affectifs. Il faut cependant noter qu’un trouble anxieux va souvent de pair avec la dépression majeure ou un problème d’alcool, ce qui pourrait expliquer le taux de suicide qui est le double de celui de la population générale. Quelque 77% des individus souffrant de trouble panique ont également un autre diagnostic de maladie psychiatrique, et la moitié souffre aussi d’un trouble de la personnalité. Une histoire familiale de trouble anxieux constitue un risque supplémentaire. Par ailleurs, le trouble panique simple, sans complications ni comorbidité, est associé à sept fois plus de suicides que dans la population générale (Noyes, 1991).

Une étude des causes de mortalité dans une population souffrant de troubles de l’alimentation a établi à près de 5% le taux de suicide chez les hommes et à environ 2% chez les femmes, ce qui fait du suicide la cause principale de décès dans cette population (Nielsen et coll., 1998).

75.4.2. Maladies physiques

Toute maladie physique est un facteur de risque de suicide, quel que soit l’âge, surtout si la maladie est chronique et débilitante : la prévalence de maladies physiques chez les adultes qui se suicident varie de 25% à 70%. La maladie physique est considérée comme un facteur majeur dans 11% à 51% des cas (Blumenthal, 1990). Les maladies physiques les plus souvent associées au suicide sont les suivantes :

- *maladies du système nerveux central*: épilepsie (surtout du type temporal), sclérose en plaques, trauma crânien, maladie cardiovasculaire, chorée de Huntington, démence, sida ;

- *maladies endocriniennes* : maladie de Cushing, syndrome de Klinefelter, porphyrie ;

- *maladies gastro-intestinales* : ulcère gastroduodénal et cirrhose (associés à l’abus d’alcool) ;

- *maladies du système génito-urinaire* : hypertrophie prostatique, insuffisances rénales nécessitant l’hémodialyse, dysfonctions utérines ;

- autres : cancers, troubles musculosquelettiques, affections respiratoires chroniques.

Des études montrent que des symptômes affectifs, neurologiques et cognitifs prédisposant à des erreurs de jugement et à une impulsivité accrue interviennent dans la relation entre la maladie physique et le suicide. La douleur chronique concomitante de certaines maladies est souvent invoquée par les patients comme raison principale pour s’enlever la vie. Bien qu’il puisse sembler rationnel de vouloir s’enlever la vie lorsqu’on est condamné à des souffrances interminables et à une perte de dignité, des recherches effectuées par l’American Association of Suicidology (Maris et coll., 1992) ainsi qu’au Centre de recherche Fernand-Seguin (Lesage et coll., 1994) ont mis en évidence le fait qu’il y a rarement un geste suicidaire sans un trouble psychiatrique sous-jacent. Certaines maladies organiques échappent toutefois à cette tendance générale et peuvent être associées directement à un comportement suicidaire. Ainsi, l’épilepsie est l’une des rares maladies pouvant entraîner directement un comportement suicidaire, sans que le patient passe par un épisode de dépression grave. De plus, l’utilisation de certains anticonvulsivants, tel le phénobarbital, augmenterait le risque de dépression et de suicide (Blumenthal et Kupfer, 1990).

Le sida, ou syndrome immunodéficitaire acquis, est associé à un risque suicidaire 36 fois plus élevé que celui d’une population équivalente séronégative. La prévalence du suicide associé au sida est biphasique (à l’annonce du diagnostic de séropositivité, puis en fin d’évolution du sida), mais elle tend à décliner à mesure que les ressources et le soutien augmentent. Dans les pays industrialisés, l’approche bio-psycho-sociale mise au point dans les années 80 en réponse à la crise provoquée par l’annonce de ce diagnostic a réussi à ramener le taux de suicide dans cette population au niveau de celui de la même population à risque mais non atteinte. Il faut tenir compte du fait que l’on trouve, dans la population à risque pour ce qui est du sida, une prévalence élevée de toxicomanie, d’alcoolisme, de trouble de la personnalité de type limite et de maladies affectives, qui sont également des facteurs de risque de suicide. À cela s’ajoutent les complications organiques apparaissant en fin d’évolution du sida et les effets secondaires des médicaments utilisés pour les traiter qui, engendrant des symptômes dépressifs, augmentent la prévalence du suicide à cette phase. Mais c’est la douleur physique qui semble associée le [1780] plus directement aux idées suicidaires : 39% des patients séropositifs se plaignant de douleurs avaient conçu des idées suicidaires, contrairement à 19% des sujets qui ne souffraient pas (Brouillette, Des Rosiers et Montagne, 1994).

Les enfants seraient moins susceptibles de faire un geste suicidaire au cours d’une maladie physique à cause du soutien social qui est plus important à cet âge et de l’incidence moins grande d’autres facteurs de risque tels que la maladie affective ou la toxicomanie (Blumenthal, 1990).

75.5. ASPECTS BIOLOGIQUES

75.1.1. Neurotransmetteurs

C’est vers la fin des années 50 qu’a débuté l’étude de substances trouvées dans les cerveaux de sujets qui s’étaient suicidés. Ces études de pathologie ont démontré une diminution légère mais significative du taux de sérotonine et de son métabolite, l’acide 5-hydroxy-indol-acétique (5-HIAA), au niveau du tronc cérébral des sujets qui se sont suicidés, quel que soit leur diagnostic, par rapport à un groupe témoin de sujets qui n’avaient pas de maladie psychiatrique et qui ne s’étaient pas suicidés. D’où l’hypothèse d’un métabolisme accéléré de la sérotonine chez les sujets suicidaires, dans certaines régions du cerveau.

On s’est ensuite intéressé à l’étude des récepteurs de la sérotonine en utilisant comme marqueur l’imipramine tritiée. Des études ont confirmé une augmentation des récepteurs de la 5-hydroxytryptamine (5-HT2) dans le cortex préfrontal de patients suicidés où intervient probablement une hypersensibilité ou une rétroaction positive des récepteurs à la suite d’une production insuffisante de sérotonine.

Durant les années 70, des recherches sur des sujets vivants ont montré que les patients ayant fait une tentative de suicide avaient un taux plus bas de 5-HIAA dans le liquide céphalorachidien que la population témoin, et ce indépendamment de leur diagnostic psychiatrique. Les patients souffrant d’un trouble bipolaire font exception, le taux cérébral de 5-HIAA chez eux ne présentant pas de variation selon qu’il y a eu un geste suicidaire ou non. Le taux cérébral de 5-HIAA semblerait avoir un potentiel pronostique quant au risque de suicide chez les patients déprimés, puisque 17% des patients admis après un parasuicide chez qui le taux de 5-HIAA était bas se sont suicidés dans l’année suivante par rapport à seulement 7% du même groupe chez qui le taux de 5-HIAA était élevé.

Le lien entre le système sérotoninergique et le comportement suicidaire a aussi été mis à l’épreuve par l’étude du taux de libération de prolactine et de cortisol à travers les voies sérotoninergiques de l’hypothalamus. On a trouvé une inhibition de la réponse de la prolactine chez des personnes ayant fait une tentative de suicide après l’administration de fenfluramine (un produit qui provoque la libération de sérotonine et bloque son recaptage). La réponse du cortisol à l’administration de 5-hydroxytryptophane a augmenté chez les patients qui avaient eu des comportements suicidaires.

Quelques études des récepteurs sérotoninergiques plaquettaires ont démontré une réduction de l’activité de la monoamine-oxydase (MAO) des plaquettes chez les patients atteints d’un trouble bipolaire et une augmentation de cette activité chez les patients atteints d’un trouble unipolaire. Une réduction de la MAO a également été relevée chez les membres de la famille de patients ayant déjà fait un geste suicidaire. Des études récentes indiquent une augmentation du taux des récepteurs 5-HT2 plaquettaires chez les patients suicidaires, ce qui confirmerait les résultats des études de cerveaux de personnes qui se sont suicidées.

En conclusion, un niveau de sérotonine inférieur à la moyenne serait un indice pronostique de risque suicidaire chez des individus qui auraient déjà fait un geste suicidaire ou tout crime violent tel qu’un homicide ou un incendie criminel. Bien que cette piste semble prometteuse, des études spécialisées sont encore nécessaires avant que l’on puisse concevoir une application en clinique (Asberg, 1997). Pour ce qui est des MAO des récepteurs plaquettaires et des taux de MAO mesurés dans le liquide céphalorachidien, une série de conditions doivent être remplies pour que la mesure soit valide. Entre autres, une période préalable de plusieurs semaines d’élimination des antidépresseurs qui bloquent le recaptage de la sérotonine est nécessaire. Une telle restriction rend ce marqueur difficilement applicable en clinique, mais cette voie pourrait être empruntée en recherche dans le cadre d’études de patients présentant un risque élevé de suicide qui pourraient être ciblés plus facilement pour des études prospectives.

[1781]

75.5.2 Aspects génétiques

Il semble qu’une composante génétique contribue au risque suicidaire, comme le laisse supposer la prévalence élevée du suicide (6%) dans la famille d’une personne qui s’est suicidée, soit 88 fois le taux prévu.

Une vaste étude portant sur l’adoption au Danemark révèle une incidence six fois plus importante du suicide chez les parents biologiques de personnes adoptées qui se sont suicidées que chez leurs parents adoptifs. Il semble qu’une prédisposition génétique au suicide trouve son expression phénotypique dans une altération biologique du cerveau ou des neurotransmetteurs telle qu’elle a été décrite précédemment et se traduise par un comportement impulsif particulièrement difficile à contrôler. Le tiers des adolescents qui se sont suicidés avaient une histoire familiale de suicide. Les comportements suicidaires de ces jeunes ont été associés à des troubles émotifs chez les parents, comme la dépression et l’abus de substances. Il est aussi possible que ces adolescents ont imité les comportements suicidaires de leurs parents.

Une étude danoise qui a porté sur des jumeaux monozygotes a révélé que le suicide d’un jumeau était reproduit chez l’autre dans 13% des cas. Cette concordance est supérieure à celle qui a été observée pour les jumeaux dizygotes. D’autre part, l’étude de la population amish de Pennsylvanie, aux États-Unis, qui est reconnue pour sa cohésion sociale et où la toxicomanie et les problèmes de violence sont inexistants, a fait ressortir l’aspect génétique du suicide, puisque les victimes souffraient toutes d’un trouble affectif majeur et se regroupaient toutes dans quatre génogrammes (Roy, Rylander et Sarchiapone, 1997).

75.6. ASPECTS PSYCHOLOGIQUES

Le comportement suicidaire peut être considéré selon trois perspectives, en fonction du but poursuivi :

- la cessation de l’expérience consciente à jamais (la mort) ;

- l’interruption de l’expérience consciente de façon temporaire afin de ne plus rien sentir momentanément ;

- la mobilisation des autres, le désir d’attirer l’attention de l’entourage ou d’une personne en particulier.

Les deux derniers objectifs sont souvent combinés. Le parasuicide peut donc être perçu comme un effort d’adaptation, efficace ou non, dans une situation de crise. En fait, quel que soit le type de comportement suicidaire, le motif invoqué est toujours la recherche d’une solution à un problème créant une souffrance psychologique intense (Diekstra, 1993).

Les théories psychologiques concernant le suicide ont d’abord été élaborées par Freud dans son livre Deuil et mélancolie, publié en 1917, qui interprétait ce phénomène comme l’expression d’une hostilité inconsciente dirigée vers l’objet d’amour introjecté et empreint d’ambivalence. Selon cette conception, le suicide est un meurtre à 180 degrés. D’autres théories psychanalytiques invoquent une identification inconsciente à une personne décédée avec laquelle il y a un désir de réunion. Dans son analyse de la pulsion hostile menant au suicide, Menninger discerne trois composantes : 1) le désir de tuer ; 2) le désir d’être tué ; 3) le désir de mourir. La théorie psychanalytique interpersonnelle rejette l’explication freudienne selon laquelle le suicide dérive d’une pulsion, soulignant plutôt le rôle important des conditions socioculturelles dans lesquelles vit l’individu suicidaire.

Pour les théoriciens de la relation d’objet, le suicide traduit un échec lors de la transition, dans le processus de développement, de la phase de l’attachement symbiotique à la mère à la phase de la séparation-individuation. Pour sa part, Kohut considère la honte découlant d’un échec comme le point de départ d’un geste autodestructeur, qui serait une tentative du Moi pour effacer la dure réalité de l’échec. Kernberg met quant à lui l’accent sur une blessure narcissique qui engendre fragmentation et rage narcissique dégénérant en un comportement autodestructeur qui appartient à l’un de ces trois types :

- l’automutilation par l’individu souffrant d’une personnalité limite comme moyen de contrôler le chaos intérieur ;

- le suicide à haut risque létal du sujet narcissique, vulnérable à cause de la fragilité de son sentiment de grandiosité et de son agressivité ;

- le fantasme de transformation somatique ou psychologique auquel répond le suicide pour les patients psychotiques.

Beck est bien connu pour sa triade cognitive dépressive. Ainsi, on a pu repérer chez l’individu présentant un risque de suicide des distorsions cognitives [1782] qui l’amènent à une perception négative de lui-même (worthlessness), de son environnement (*helplessness)* et de l’avenir *(hopelessness).*

Un autre aspect du suicide est le transfert de la souffrance de la victime à un survivant. Dans ce cas, on considère comme facteur de risque des soins parentaux déficitaires durant l’enfance d’un individu, qui établit des liens d’attachement pathologique et pour qui une menace d’abandon peut précipiter le suicide. On observe cette dynamique chez les personnes souffrant d’anxiété, en relation avec l’angoisse de séparation (Blumenthal, 1990).

75.7. ASPECTS SOCIOÉCONOMIQUES

Historiquement, c’est sur l’aspect social qu’a reposé l’une des premières grandes théories explicatives du suicide. En 1897, Durkheim explique ce phénomène par l’influence de la société sur l’individu. Il discerne quatre types de suicide :

- le suicide *altruiste*, qui est celui par lequel l’individu se sacrifie au profit de la société (p. ex., le kamikaze) ;

- le suicide *égotiste*, justifié par l’absence de soutien social (p. ex., non-intégration dans une nouvelle communauté, perte de contact avec sa famille éclatée, rareté des amis). Ce serait la forme de suicide la plus commune en Amérique du Nord ;

- le suicide qui découle de l’état d'*anomie* dans lequel l’individu se retrouve à la suite d’un bouleversement qui se produit dans son rôle social (p. ex., perte d’emploi, arrestation) ;

- le suicide *fataliste*, qui a lieu lorsque l’individu perd la maîtrise de sa propre destinée et se rapproche de la philosophie existentialiste (Blumenthal, 1990).

Parmi les variables sociodémographiques prédisposant au suicide, on relève certains agents de stress qui consistent souvent en une perte personnelle : un deuil, le divorce, une famille éclatée, la perte d’un emploi et le chômage, un problème scolaire ou avec la police. En fait, quel que soit l’élément précipitant, il est vécu comme étant à l’origine d’une blessure profonde de l’estime de soi, et ce de façon aiguë (Hoberman et Garfinkel, 1989).

En Amérique, on compte deux fois plus de suicides chez les personnes blanches que chez les personnes noires. De même, chez les autochtones, la prévalence du suicide correspond au double de celle que l’on enregistre dans le reste de la population. Les homosexuels et les lesbiennes présenteraient respectivement six et deux fois plus de risques de se suicider qu’une population célibataire hétérosexuelle (Santé Canada, 1994). Si l’on considère la religion, le risque va en décroissant pour les protestants, les juifs et les catholiques. Pour ce qui est de l’état civil, le risque de suicide est le plus faible chez les personnes mariées ; il augmente chez les célibataires, les divorcés, les séparés et les veufs. Géographiquement, il semble qu’en Amérique du Nord les habitants de la campagne risquent moins de se suicider par comparaison avec ceux des villes, conformément aux observations initiales de Durkheim, bien que l’on doive se pencher sur la qualité du tissu social et sur la stabilité du soutien, de leur rôle social et professionnel ; les autochtones en voie d’assimilation culturelle rapide et les immigrants formeraient alors une population plus à risque, même en région rurale (Blumenthal, 1990). En France, l’exode rural a fait croître la proportion des individus qui sont les plus exposés aux facteurs de risque associés au suicide (âge avancé, célibat, isolement) et qui, parallèlement, reçoivent le moins de services médicaux et préventifs (Debout et Conseil économique et social, 1993). De façon globale, les taux de suicide en Europe et en Amérique du Nord sont plus élevés dans les régions urbaines, en particulier dans les quartiers où sévissent la pauvreté et l’insalubrité.

Parmi les professions où la prévalence du suicide est plus élevée, on trouve certaines professions libérales et le travail agricole. Les personnes les plus à risque demeurent sans contredit les sans-emploi, étant donné que le travail est un facteur de protection. Durant une période de récession, où le chômage est à la hausse, le taux de suicide augmente, alors qu’il diminue en période de guerre (Debout et Conseil économique et social, 1993). Le chômage semble prédisposer au suicide, mais la corrélation entre le taux de suicide chez les hommes de 20 à 24 ans et le taux de chômage ne s’applique pas aux femmes (Morrell, Taylor et Kerr, 1998).

75.8. SUICIDE CHEZ L’ENFANT

Bien que sa prévalence soit infime, il semble que le suicide chez l’enfant de 12 ans et moins ne soit pas un [1783] phénomène nouveau : des cas ont été recensés au 19e siècle. Dès cette époque, certaines publications concluaient que le taux de suicide augmente avec l’âge et qu’il est plus fréquent dans les communautés urbaines que dans les communautés rurales. On émettait alors l’hypothèse que le suicide chez l’enfant est précipité par des facteurs spécifiques tels qu’un décès dans la famille, un conflit familial, un échec scolaire, un manque d’amour, l’identification à une victime du suicide connue ou l’influence de l’information. Ces mêmes facteurs, qui ont été relevés en 1910, sont toujours actuels.

Il y a eu peu de progrès dans l’élucidation du phénomène du suicide chez les enfants avant les années 70, lesquelles ont marqué le début de recherches systématiques (Blumenthal, 1990). En fait, au Canada, aucun cas de suicide n’a été recensé chez les moins de 10 ans avant 1970, et bien que le taux de suicide demeure infime, il ne cesse d’augmenter. Les garçons seraient quatre fois plus nombreux que les filles à mettre fin à leurs jours. Le taux de décès par suicide dans le groupe des 10-14 ans est passé de 0,1 à 1,8 pour 100 000 habitants entre 1951 et 1992 (Santé Canada, 1994). Pour le même groupe d’âge, on a recensé en France 1,2 suicide masculin et 0,2 suicide féminin pour 100 000 habitants en 1975 ; ce taux est demeuré stable jusqu’en 1989, malgré une hausse significative dans les groupes plus âgés (Debout et Conseil économique et social, 1993). De même, le parasuicide, qui est fréquemment précurseur du suicide, est de plus en plus fréquent chez les enfants.

Des études en milieu scolaire chez des enfants de 10 ans montrent qu’ils ont une bonne compréhension du suicide, certains admettant même qu’ils ont eu des idées suicidaires ou qu’ils ont fait de « timides » tentatives (Santé Canada, 1994). Les préadolescents dont l’intelligence serait la plus développée présenteraient le plus de risques de suicide, car ils auraient une certaine maturité intellectuelle pour planifier et mettre à exécution leur suicide (Blumenthal, 1990).

Comme dans le cas de l’adulte, la maladie affective constitue un facteur de risque de suicide important chez l’enfant. L’enfant déprimé peut présenter les mêmes symptômes que l’adulte déprimé, mais aussi des symptômes s’exprimant par de vagues plaintes somatiques, des problèmes à l’école, une faible estime de soi et des comportements agressifs. L’observation du style de jeu de ces enfants peut donner de précieux indices ; ainsi, des jeux violents ou dangereux, où l’enfant se sert de son corps comme d’un objet, où il brise des jouets, frappe des objets, risque sa vie, peuvent être des façons pour lui d’exprimer ses idées suicidaires. Ces observations pourront servir de piste pour évaluer le contexte sociofamilial de l’enfant, où l’on relèvera peut-être des facteurs de risque de maladie affective et de suicide (Santé Canada, 1994).

75.9. SUICIDE CHEZ L’ADOLESCENT  
ET LE JEUNE ADULTE

La prévalence du suicide chez les jeunes augmente de façon vertigineuse : au Canada, elle est passée, entre 1950 et 1991, de 3,3 à 13,8 pour 100 000 chez les 15-19 ans (Santé Canada, 1994). Des statistiques du même ordre ont été compilées en France (Debout et Conseil économique et social, 1993). La modification du tissu social (augmentation du chômage, baisse de la mobilité, redistribution de la richesse, etc.), avec son cortège de déceptions et de frustrations, qui a suivi l’entrée dans l’âge adulte de la cohorte des baby-boomersy aurait été l’un des facteurs des maladies mentales et du suicide parmi ces derniers. À cette situation s’ajoute l’érosion des repères traditionnels (taux de divorce accru, changements de la structure familiale, urbanisation et désaffection religieuse) dont témoignent les événements de mai 1968 en France (Blumenthal, 1990 ; Surault, 1995).

Au début de l’adolescence, deux fois plus de garçons que de filles se suicideraient. Cette proportion augmentera pour se situer à quatre garçons pour une fille vers la fin de l’adolescence et rejoindre la proportion enregistrée chez les adultes. La pendaison est le moyen le plus utilisé par les plus jeunes, alors que l’arme à feu et le monoxyde de carbone sont plus fréquents chez les plus âgés. Les garçons emploient des moyens plus violents que les filles. De 30% à 50% des adolescents qui se suicident laissent une note et environ 50% se suicident sous l’effet de l’alcool. La plupart se suicident à la maison à la suite d’un stress récent, comme un conflit avec les parents (Hoberman et Garfinkel, 1989).

Les maladies psychiatriques sont très fréquentes, touchant de 63% à 95% des suicidés, dont 20 % souffraient d’un trouble bipolaire et 76%, d’une dépression majeure ou de dysthymie. Le trouble des conduites (chez un tiers) et la dépendance à une substance [1784] (70% de cas de toxicomanie) sont le plus souvent associés au suicide, et les doubles diagnostics sont plus fréquents chez les adolescents (81%) que dans la population générale (24%). Le perfectionnisme compulsif et l’impulsivité sont rapportés chez un suicidé sur trois. Finalement, l’association d’une triade de facteurs, tels le comportement antisocial, la toxicomanie et des symptômes dépressifs, augmente de façon significative le risque de suicide dans ce groupe d’âge (Blumenthal, 1990). Une étude française confirme cette constellation d’observations dans plus de 50% des cas de parasuicide (Debout et Conseil économique et social, 1993).

Les événements de vie négatifs, un soutien social plus fragile, une plus grande incidence d’abus physiques, de fugues et de grossesses non désirées sont souvent présents chez les adolescents suicidaires. De plus, le fait de connaître une personne qui s’est suicidée ou d’entendre parler de suicide dans les médias rendrait certains jeunes plus vulnérables au passage à l’acte (Blumenthal, 1990).

75.10 SUICIDE  
CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Dans la plupart des pays, la personne âgée fait partie du groupe qui risque le plus de se suicider, particulièrement s’il s’agit d’un homme de plus de 75 ans. Aux États-Unis, la prévalence du suicide pour ce groupe est le triple de celle qu’on observe chez les jeunes de 18 à 24 ans, et bien que les personnes âgées ne représentent que 10% de la population, elles comptent pour 25% des suicides. Les moyens qu’elles utilisent sont létaux ; il y a peu de parasuicides. Le tableau 75.2 montre l’importance de ce phénomène en France chez les hommes de plus de 75 ans comparativement aux femmes (Debout et Conseil économique et social, 1993).

TABLEAU 75.2

Taux de suicide selon le sexe et l’âge, France, 1987\*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **55-64 ans** | | **65-74 ans** | | **75-84 ans** | | **85 ans ou +** | | |
| H | F | H | F | H | F | H | F |
| 43,9 | 19,3 | 54,9 | 23,5 | 106,9 | 29,5 | 144,2 | 27,2 |

\* Taux pour 100 000 habitants.

**Source** : M. Debout et Conseil économique et social, *Le suicide*, Paris, Direction des journaux officiels, 1993, p. 18.

On relève plusieurs facteurs de risque de suicide chez la personne âgée, comme le fait qu’elle soit seule, veuve ou en deuil, qu’elle n’ait ni emploi ni activité, qu’elle soit atteinte d’une maladie physique, parfois débilitante, qu’elle subisse des abus physiques ou de la négligence, qu’elle vive dans la pauvreté. Ces facteurs sont souvent à l’origine d’une situation intolérable, qui s’accompagne d’une douleur morale ou physique et de symptômes dépressifs ; le suicide semble alors être la seule option possible. Les moyens utilisés sont sans merci : en première place vient la pendaison, utilisée dans la moitié des cas, et en deuxième place, l’arme à feu pour les hommes et la noyade pour les femmes (Debout et Conseil économique et social, 1993).

La personne âgée n’ira généralement pas consulter un psychiatre ou quelque autre professionnel de la santé mentale, malgré une grande détresse psychologique. Elle va plus facilement se confier à son médecin de famille sous le couvert de plaintes somatiques. Un traitement adéquat de la dépression sous-jacente au moyen d’antidépresseurs ne constitue qu’une facette du traitement bio-psycho-social, la reconstitution d’un réseau social restant l’élément le plus important (Chiles et Strosahl, 1995).

75.11. EFFET D’UN SUICIDE  
CHEZ LES PROCHES

Chaque suicide affecterait en moyenne six personnes. Comparativement aux proches de personnes décédées de manière naturelle ou accidentelle, les membres de la famille et les amis d’un suicidé ressentent plus de culpabilité, reçoivent moins de soutien social et éprouvent un plus grand besoin de comprendre la signification de cette mort tragique. Les suicidés [1785] forment le seul groupe à propos duquel 44% des proches mentent quant à la cause du décès pour masquer leur honte (Mclntosh, 1993). Dans l’opinion publique, la famille est tenue pour responsable du suicide de l’un des siens. Le deuil d’une personne suicidée est lourd à porter : le sentiment de culpabilité et l’isolement sont les plaintes les plus fréquentes de la famille. Les survivants ont tendance à jeter le blâme sur les autres membres de la famille, sur les amis, sur le médecin, sur l’école ou sur le travail, afin d’éviter de blâmer le disparu et d’alléger leur propre fardeau.

Les gens affectés par le suicide d’un proche risquent de vivre un deuil pathologique ou une dépression majeure. Une autoévaluation de leur santé mentale démontre qu’ils demeurent symptomatiques jusqu’à deux ans et demi après l’événement et présentent un risque accru de toxicomanie, d’une maladie physique ou mentale, d’un accident mortel, d’infections et de suicide, particulièrement les hommes, qui reçoivent moins de soutien que les femmes. Quant aux personnes qui font la découverte du corps inanimé, elles sont susceptibles de souffrir d’un état de stress post-traumatique (Dunne, Mclntosh et Dunne- Maxim, 1987). Aux Pays-Bas, au Canada et aux États-Unis, il existe des groupes de parents et de proches de suicidés qui viennent, en présence d’animateurs spécialisés, partager leur drame et les aider à le surmonter. En France, une telle ressource est encore en devenir (Debout et Conseil économique et social, 1993).

75.12. APPROCHES  
THÉRAPEUTIQUES

75.12.1. Aspects préventifs

Le meilleur facteur de prédiction du suicide est une histoire de tentative de suicide : de 30% à 60% des suicides sont l’aboutissement de tentatives dont le nombre varie de 1 à plus de 20. Des études montrent que de 10% à 14% des sujets qui ont déjà tenté de se suicider finiront par se suicider, soit un risque de suicide 100 fois plus grand que celui qui est évalué dans la population générale. Pourtant, seulement le quart de ces individus avaient consulté un professionnel de la santé à la suite de leur geste suicidaire. Comme on sait que la majorité de ces gestes est imputable à une maladie mentale, la cause demeure alors sans traitement, et un traitement aurait peut-être pu prévenir un geste fatal (Diekstra, 1993). Des études européennes rapportent des statistiques du même ordre : que ce soit en Grande-Bretagne, aux Pays-Bas ou en France, de 20% à 30% seulement des individus qui ont tenté de se suicider seront traités en clinique ambulatoire (Debout et Conseil économique et social, 1993). Toute évaluation bio-psycho-sociale devrait s’intéresser aux tentatives antérieures et aux idées suicidaires des patients.

Le sujet qui fait part à un tiers de son intention suicidaire ou d’un geste suicidaire transmet un message paradoxal : il cherche la mort tout en appelant à l’aide. L’approche d’un intervenant face à un individu suicidaire consiste à reconnaître la souffrance et le besoin frustré de celui-ci, à miser sur son ambivalence (la mort ou l’aide) et, finalement, à explorer un éventail de solutions au problème précipitant, ce qui aura comme effet de réduire l’état de tension et de souffrance du patient. La participation de personnes de l’entourage, comme la famille et les amis, dans une optique de réconfort pourra apporter un complément à la prise en charge du patient par des professionnels, dans un deuxième temps, une fois que les causes sous-jacentes au comportement suicidaire auront été précisées (Jacobs et Brown, 1989).

La prévention primaire s’adresse à la population générale à travers l’éducation du public, par les médias et l’école, et met à contribution les gouvernements et les institutions qui sont en mesure d’agir sur certains facteurs socioéconomiques jouant un rôle dans l’étiologie du suicide. Diverses actions préventives sont possibles, par exemple faire connaître les facteurs de risque du suicide, encourager les gens à être à l’écoute de l’affect de leurs proches et à mieux communiquer, discuter ouvertement de gestes autodestructeurs et promouvoir une solide estime de soi dès le jeune âge. Des programmes ciblés s’adressant à la population à risque doivent aussi être envisagés, car aucune réduction du taux de suicide n’a été constatée lorsque les programmes sont destinés à la population générale, les cas à risque élevé étant probablement trop dilués dans l’ensemble pour que l’effet soit significatif (Rosewater et Burr, 1998). En revanche, des mesures comme la restriction de moyens létaux, tels les armes à feu et les médicaments dangereux en vente libre, et la limitation de la quantité de médicaments délivrés sur ordonnance au patient par le pharmacien et dont la surdose présente un potentiel létal, se sont révélées être des moyens de prévention primaire efficaces. Des programmes de prévention plus spécifiques, [1786] qui prennent en considération les facteurs de risque du suicide, pourraient être élaborés à l’intention des personnes qui sont en instance de divorce, qui viennent de perdre leur emploi, qui ont fait faillite, etc. La sensibilisation du personnel affecté à l’assurance emploi, des avocats en droit de la famille et des paraprofessionnels de la santé devrait être envisagée, bien qu’il soit difficile de s’assurer que de telles mesures auront un effet significatif sur le taux de suicide.

La prévention secondaire s’adresse aux personnes qui ont survécu à une tentative de suicide, donc à un groupe ciblé présentant un haut risque de récidive. Des organismes créés à l’intention de cette population, ainsi que des centres de prévention du suicide, existent, depuis les années 60, en Europe et en Amérique du Nord : l’International Association for Suicide Prevention and Crisis Intervention aux États-Unis, l’Association québécoise de suicidologie, qui chapeaute de nombreux organismes, notamment Suicide-Action Montréal, S.O.S. Phénix, en France, qui coordonne des centres de prévention dans le pays. Des centres d’écoute téléphonique sont également des ressources auxquelles font appel des personnes suicidaires ; nommons Tel-Aide, au Québec, et S.O.S. Amitié, en France (Lesage, 1995 ; Séguin, 1991). Le suivi des patients suicidaires est essentiel pour prévenir un second geste. On recommande de porter une attention particulière au diagnostic et au traitement de la maladie mentale sous-jacente et d’assurer un soutien social adéquat. On note que, malgré ces efforts d’intervention, bien peu de « parasuicidaires » bénéficient d’un suivi adéquat. En effet, le manque de ressources et d’intervenants, le faible taux d’observance des traitements prescrits et la non-participation de la famille à la thérapie entraînent un taux d’échec du suivi chez les deux tiers des patients hospitalisés après une tentative de suicide (Rosewater et Burr, 1998).

Pour ce qui est de la prévention tertiaire, ou postvention, elle s’adresse aux proches parents et aux amis qui ont subi la perte de l’un des leurs qui s’est suicidé. Des groupes de soutien, une aide pour se relever d’un deuil difficile ou encore la démystification du suicide à une grande échelle afin d’éviter la stigmatisation des survivants pourraient améliorer la qualité de la vie de ces derniers et prévenir chez eux le développement de maladies psychiatriques (Diekstra, 1993).

Adoptant une perspective plus théorique, des équipes scientifiques se sont penchées sur le phénomène du suicide afin de mieux le comprendre par des analyses rétrospectives, parfois prospectives. C’est le cas de l’International Association of Suicidology, de l’Association canadienne pour la prévention du suicide, du Laboratoire de recherche sur le suicide et le deuil du Centre de recherche Fernand-Seguin (Montréal), du Centre de recherches et d’interventions sur le suicide et l’euthanasie (Montréal) et, en France, du Centre de réflexion et d’intervention sur le suicide et de l’Union des centres Recherche et rencontres.

On se plaît à croire que la prévention telle qu’elle est pratiquée actuellement a des retombées encourageantes, qu’elle a aidé plus d’une personne à s’en sortir. Pourtant, le bilan des mesures préventives est négatif, leur effet demeurant non significatif statistiquement quant au taux de suicide, qui continue de grimper. On peut invoquer, notamment, le maigre budget alloué aux organismes de prévention par les gouvernements ou encore le manque de coopération et de communication entre agences, intervenants et familles. Il reste beaucoup de travail à faire afin de déterminer la population à risque, de choisir les interventions appropriées et, enfin, de définir les modalités d’application des mesures préventives efficaces dans les limites d’un budget donné.

75.12.2. Patient suicidaire  
à l’urgence [[11]](#footnote-11)

Chez le patient qui consulte de son plein gré, le médecin évaluera le risque suicidaire à court et à moyen terme et répondra à la demande d’aide sous-jacente, ce qui aura pour effet de désamorcer la crise suicidaire. Le médecin s’assurera ensuite de la protection du patient à court terme et d’un suivi à moyen terme. Le patient peut avoir besoin de séjourner à l’hôpital. Une intervention médicale est souvent indiquée lorsqu’on constate une intoxication ou qu’on veut entreprendre le traitement de la maladie associée au comportement suicidaire (dépression majeure, schizophrénie, toxicomanie). Parfois, ce sont les autorités judiciaires qui obligent un individu qui met sa vie ou celle des autres en danger à subir un examen psychiatrique, et ce afin de déterminer si une hospitalisation est nécessaire pour sa protection.

Dans le cas de patients qui présentent un trouble de la personnalité se manifestant, entre autres, par [1787] des parasuicides à répétition, il est préférable d’éviter l’hospitalisation, qui engendre un comportement régressif et confirme le patient dans son sentiment d’être incapable d’affronter ses problèmes de manière autonome. Comme le risque suicidaire chez ce type de patient est aigu et bien réel, un très court séjour (quelques heures peuvent suffire) dans le milieu hospitalier est la solution de choix.

75.12.3. Patient  
en suivi thérapeutique

En cabinet, une fois établie l’alliance thérapeutique entre le patient et le praticien, celui-ci pourra découvrir chez son patient, de façon directe, toute idée suicidaire et ainsi désamorcer une crise suicidaire. Le thérapeute évaluera le risque suicidaire que présente le patient pour ensuite explorer le facteur précipitant. Il devra indiquer clairement les limites de ses responsabilités comme thérapeute, ainsi que le moment où il devra recourir à d’autres ressources, telles que les services hospitaliers (urgence, clinique externe, programme de jour, ergothérapie, groupe de soutien, etc.), les spécialistes appropriés selon les problèmes qui ont déclenché la crise suicidaire ou les travailleurs sociaux et les organismes communautaires ou de soins spécialisés qui répondront au besoin spécifique du patient.

La démarche précédente pourra, sur le plan thérapeutique, diminuer le niveau d’impulsivité du patient et sa détresse, grâce à l’empathie dont fait preuve le thérapeute à l’écoute et à l’examen d’options qui permettront au patient de résoudre son problème.

Quelquefois, il semble que toutes les options ont été explorées en vain, car le patient persiste dans son attitude suicidaire : le recours au service des urgences d’un hôpital peut alors être nécessaire. Une ligne de conduite tracée nettement dès le début du traitement quant à la démarche à suivre dans le cas d’un comportement suicidaire évitera au thérapeute d’éprouver le sentiment d’être démuni, manipulé ou de trahir son patient, ou encore au patient de percevoir le thérapeute comme un agresseur.

Contrairement à la croyance populaire, le fait de discuter ouvertement avec une personne de ses idées suicidaires ne poussera pas celle-ci au passage à l’acte. Bien au contraire, elle sera soulagée de voir cette question abordée sans détour et son malaise reconnu, de constater qu’on est prêt à accueillir sa souffrance, sans la nier (Séguin, 1991).

75.12.4. Patient suicidaire hospitalisé

Le patient suicidaire hospitalisé doit être protégé contre lui-même. Ainsi, il faut rendre inaccessibles les objets qui peuvent s’avérer létaux, veiller à lui procurer une chambre où la défenestration et la pendaison sont impossibles, préférablement située près du poste des infirmières pour une surveillance accrue. On prendra soin d’accompagner le patient s’il doit se rendre à des endroits moins sécuritaires.

Le personnel hospitalier devra être vigilant face au patient et entretenir avec lui une bonne communication, faire participer la famille et les consultants au plan de traitement. L’évaluation du risque suicidaire devra être faite régulièrement ; elle influencera le choix du traitement.

Les premiers jours de l’hospitalisation constituent la période où le suicide risque le plus de se produire ; toutefois, la majorité des patients suicidaires hospitalisés ne se donnent pas la mort à l’hôpital, mais durant un congé ou une fugue (Safer, 1996). En effet, le suicide en milieu hospitalier est un événement rare, représentant 5% de tous les suicides, ou 9,8 suicides pour 100 000 admissions dans un hôpital général américain. Selon les études européennes, le taux de suicide dans les hôpitaux psychiatriques varie de 25 à 295 pour 100 000 admissions. La prévalence est plus élevée chez les hommes souffrant de schizophrénie paranoïde qui ont connu au moins trois hospitalisations et chez les femmes affligées d’un trouble dépressif. Le moyen le plus utilisé est la pendaison et le saut d’un endroit élevé. De 30% à 50% des suicides de patients hospitalisés en psychiatrie ont lieu à l’extérieur de l’hôpital, alors que le patient est en congé, autorisé ou non. Les moments critiques sont le début et la fin de l’hospitalisation (Proulx et Grunberg, 1994).

75.13. CAS PARTICULIERS

75.13.1. Suicide collectif

Lorsque plusieurs suicides sont commis simultanément, on parle de suicide collectif, comme ceux qui ont lieu dans des sectes religieuses ou après une catastrophe tel le krach des années 30. Le suicide par imitation, c’est-à-dire un suicide succédant à un autre [1788] et pour lequel le même moyen est utilisé, est surtout le fait d’adolescents, plus influençables, qui peuvent percevoir le suicide comme étant désirable si la première victime est glorifiée à la manière d’un héros ou d’un martyr. Souvent, un suicide collectif par imitation aura été précédé d’une publicité tapageuse à propos d’un suicide récent ou d’un film portant sur ce thème. C’est l’effet Werther, ainsi désigné d’après un roman de Goethe où le héros se suicide et dont la publication fut suivie de multiples suicides d’adolescents. Le suicide par contagion implique, telle une maladie infectieuse, des suicides rapprochés dans le temps d’individus entretenant des relations étroites, comme si le désir de se tuer se transmettait, à la manière d’un virus, de l’un à l’autre. Les populations autochtones, qui présentent déjà un risque élevé de suicide, sont témoins de « vagues de suicides » chez leurs adolescents (Hoberman et Garfinkel, 1989).

Les facteurs suivants de risque de suicide collectif ont été relevés :

- une tentative de suicide antérieure ;

- des comportements autodestructeurs ;

- la connaissance d’une personne qui est morte de façon violente ;

- un comportement violent ou antisocial ;

- une histoire de toxicomanie ;

- la fin récente d’une relation intime (Hoberman et Garfinkel, 1989).

75.13.2. Homicide-suicide

L’homicide qui est suivi du suicide du meurtrier, qui constitue certes une situation tragique, est un événement rare, malgré la médiatisation qui entoure chaque cas. Contrairement aux taux d’homicide, les taux d’homicide-suicide sont habituellement assez stables dans une zone donnée. Une étude québécoise rapporte qu’environ 10% des homicides commis au Canada sont des homicides-suicides (Buteau, Lesage et Kiely, 1993). On trouve une incidence de ce type d’événement de 0,18 pour 100 000 habitants si l’on exclut l’année 1989 où il y a eu des homicides-suicides en groupe.

Le scénario classique est celui où un homme (de 60% à 92% des cas) de 40 ans ou moins tue une femme (de 70% à 80% des cas) plus jeune que lui à la suite d’une dispute. Les deux personnes sont de la même famille (de 69% à 81% des cas). L’arme à feu est le moyen le plus souvent utilisé (88%). Parmi les autres scénarios d’homicides-suicides, il y a le couple âgé qui signe un pacte suicidaire et le meurtrier qui tue plusieurs inconnus avant de se suicider.

L’homicide-suicide est lié à la psychopathologie. Des autopsies psychologiques révèlent que 75% des cas d’homicides-suicides étaient associés à une dépression majeure. Les autres diagnostics étaient l’abus de substances et la personnalité antisociale (Buteau, Lesage et Kiely, 1993).

75.13.3. Suicide en prison

La prison est un milieu où le taux de suicide est important (six fois plus élevé que dans la population générale), taux qui augmente avec le degré de sécurité de l’établissement carcéral. Le suicide est plus fréquent en cellule d’isolement et le risque est le plus grand dans les six premiers mois après l’annonce de la sentence. Les individus condamnés pour un crime contre la personne sont plus susceptibles de se suicider que ceux qui ont été condamnés pour un crime contre les biens. Les individus placés en détention préventive forment une population à risque élevé : 47% des suicides qui ont lieu en prison leur sont imputables, alors qu’ils ne représentent que 11% de la population carcérale. La pendaison est le moyen le plus utilisé. Les maladies mentales et la toxicomanie sont des facteurs additionnels : 33% des suicidés avaient des antécédents de maladie mentale et 25% avaient reçu des soins (Santé Canada, 1994).

75.13.4. Euthanasie

Comme nous l’avons mentionné au début du chapitre, l’euthanasie est un concept qui soulève la controverse et son application n’est pas acceptée de la même façon dans tous les pays. Il semble que les Pays-Bas soient le pays le plus permissif quant à l’assistance apportée à une personne en phase terminale en vue d’abréger ses souffrances. Ce pays a en effet réglementé l’euthanasie en 1994, obligeant le médecin à suivre une procédure très stricte et à la déclarer aux autorités judiciaires, qui conservent néanmoins le pouvoir d’imposer des sanctions. Depuis le 1er juillet 1996, la Loi sur les droits des malades en phase terminale adoptée dans le Territoire-du-Nord australien [1789] est la première loi dans le monde qui autorise la pratique de l’euthanasie active (Stewart, 1996).

En ce qui concerne les autres pays européens et les pays d’Amérique, l’euthanasie y est considérée comme illégale, bien que certains professionnels de la santé mènent une croisade en faveur de sa légalisation afin de soulager les souffrances associées à des maladies incurables et de permettre la mort dans la dignité. Ce sont en effet les arguments les plus importants invoqués à l’appui d’une demande pour que soit légalisée l’euthanasie, cette requête étant la plupart du temps formulée par un patient en phase terminale, aux prises avec des douleurs intolérables, qui désire conserver sa liberté et le contrôle sur sa vie, tout en évitant de devenir un poids pour son entourage (La- very et coll., 1997). Les opposants à l’euthanasie active, en plus de mettre en avant des raisons religieuses, sociales et philosophiques, soulignent que si une personne désire mourir, quel que soit le motif, le suicide est toujours possible. Très rares sont les cas où un individu malade ou handicapé est dans l’impossibilité physique de se donner la mort. En outre, il existe un processus psychologique entre la pensée de mourir et l’action de se donner la mort. L’intervention d’un tiers, que ce soit au moyen de l’euthanasie active ou au moyen du suicide assisté, court-circuiterait alors ce processus, puisque les méthodes utilisées dans le suicide assisté sont rapides, efficaces et sans douleur, ne laissant aucune possibilité de faire demi-tour une fois ce moyen mis en œuvre. Cela justifie le fait qu’aux Pays-Bas l’euthanasie n’est accordée qu’après une demande constante de la part d’un patient ; on s’assure de cette manière qu’il ne s’agit pas d’une réaction de crise ou d’une décision précipitée.

Malgré des justifications rationnelles pour demander l’euthanasie (le fait pour le patient d’éprouver des douleurs extrêmes, d’être un fardeau pour l’entourage, de souffrir d’une maladie incurable, etc.), la décision de mourir d’une façon prématurée est rarement fondée sur ces seuls critères objectifs, la douleur en soi biaisant le jugement et la maladie physique étant souvent accompagnée d’une maladie mentale (voir la section 75.4.2), telle la dépression, qui engendre des idées suicidaires. Les médecins opposés à l’euthanasie misent plutôt sur les bénéfices des soins palliatifs (voir le chapitre 79) où un traitement visant à calmer la douleur et à traiter la maladie mentale de même qu’un meilleur environnement psychosocial contribuent à une diminution de l’incidence des pensées suicidaires chez cette population. Ces options répondent peut-être mieux aux besoins réels de ces patients que le recours à l’euthanasie ; d’ailleurs, on reproche aux Pays-Bas d’avoir légalisé l’euthanasie au détriment des soins palliatifs, qui sont très peu développés dans ce pays (Van Den Akker, Janssens et Ten Hâve, 1997).

L’euthanasie et le suicide assisté, en plus de s’insérer dans la problématique concernant l’acte de se donner la mort, ouvrent un débat d’ordre éthique et légal quant au rôle du tiers qui aide à provoquer la mort. Comme ce rôle est souvent tenu par un médecin, ce dernier sera accusé par certains d’aller à l’encontre de son devoir premier qui est de soigner les patients et de repousser la mort, alors que d’autres verront cet acte comme une façon de respecter l’autonomie du patient et de le soulager dans la dignité.

75.14. ÉVALUATION  
DU RISQUE SUICIDAIRE

Le tableau 75.3 (p. 1790) récapitule les principales observations concernant les facteurs de risque majeurs de suicide et de parasuicide, souvent communs aux deux, puisque les individus qui se suicident ont souvent plusieurs parasuicides à leur actif (voir aussi le tableau 29.3, p. 845).

Il faut préciser qu’un facteur de risque n’est pas l’équivalent d’un facteur causal ; il ne renseigne donc pas sur l’étiologie du phénomène, mais il décrit une circonstance dont la présence est souvent associée au phénomène. Comme nous l’avons dit tout au long du chapitre, le parasuicide est un phénomène distinct du suicide, et le tableau 75.3 met en relief aussi bien les facteurs propres au suicide et au parasuicide que les facteurs communs aux deux. D’autre part, chaque situation peut être évaluée sur une échelle de dangerosité selon le nombre de facteurs de risque qui s’appliquent au sujet.

[1790]

TABLEAU 75.3

Facteurs de risque de suicide et de parasuicide

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Facteurs de risque | Suicide | Parasuicide |
| Sexe | Masculin | Féminin |
| Âge | Très âgé (plus de 75 ans; le risque croît avec l’âge) | Jeune adulte (18-24 ans) |
| Histoire psychiatrique | Parasuicide antérieur, maladie mentale |  |
| État civil  (par ordre de fréquence) | Divorcé, séparé, veuf, célibataire | Célibataire ou changeant |
| Méthode | Létale, accessible | Peu létale, secours probable |
| Situation socioéconomique | Chômeur | Désœuvré |
| Facteurs précipitants | Perte ou conflit interpersonnel, isolement | Rejet, blessure narcissique |
| Circonstances | Geste planifié | Geste impulsif ou appel à l’aide |
| Signes | Se défait de ses biens et règle ses comptes | Attire l’attention |
| Ressources | Réseau social pauvre | Réseau social dysfonctionnel |
| Maladie mentale  (par ordre de fréquence) | Trouble affectif, alcoolisme, toxicomanie, schizophrénie, trouble de la personnalité, trouble des conduites | Personnalité limite, personnalité antisociale, abus d’alcool et de drogues, trouble de l’adaptation, trouble affectif |
| État d’esprit | Morbide, ralenti, taciturne, ronchon | Vif, expressif |
| Maladie physique | Chronique, avec douleur, débilitante; épilepsie | Aiguë, diagnostic récent |
| Religion  (par ordre de fréquence) | Athée, non pratiquant, protestant, juif, catholique |  |
| Histoire familiale | Suicide ou parasuicide d’un proche |  |
| Facteurs biologiques | 5-HIAA diminué |  |
| Facteurs sociaux | Autochtones, immigrés récents, pauvreté, homosexualité |  |
| Facteurs géographiques | Région urbaine, région avec histoire de suicides récents |  |

\*  
\* \*

Le phénomène du suicide continue de susciter beaucoup d’intérêt en raison de son universalité et des statistiques qui le placent au premier rang des causes de mortalité. Deux groupes risquent particulièrement de s’enlever la vie : les jeunes dans la vingtaine et les personnes de plus de 70 ans. Cela crée une courbe bimodale des taux de suicide en fonction de l’âge.

Malgré la multiplication des études sur le sujet, plusieurs aspects du suicide demeurent énigmatiques, d’où la difficulté de prévenir ce geste fatal qui prend au dépourvu l’entourage de la victime. Maints facteurs ont été invoqués comme éléments déclencheurs, mais il semble qu’un amalgame complexe de ceux-ci serait un reflet plus juste de la réalité. L’accent a été mis récemment sur les maladies mentales comme facteur précipitant important. Les recherches dans les domaines de la génétique, de la neurophysiologie et de la psychiatrie appuient cette hypothèse. Par ailleurs, des facteurs environnementaux, contextuels (p. ex., la pauvreté, l’absence d’amour de ses parents, le deuil) ont aussi été considérés comme non négligeables. L’éternel débat au sujet de l’inné et de l’acquis entoure ainsi la question du suicide. L’approche qui semble la plus efficace cliniquement tient compte de l’ensemble des aspects bio-psycho-sociaux lors de l’évaluation du risque suicidaire chez un individu.

[1791]

Bibliographie

Asberg, M.

1997 « Neurotransmitters and suicidal behavior », *Ann. N. Y. Acad. Sci.,* n° 836, p. 158-181.

Association canadienne pour la prévention

du SUICIDE

1994 *Suicide. A Media Resource Book,* Calgary, Canadian Association for Suicide Prévention.

Blumenthal, SJ.

1990 « Youth suicide : Risk factors, assessment and treatment of adolescent and young adult suicidal patients », *Psychiatr. Clin. North Am.,* vol. 13, n° 3, p. 511-556.

Blumenthal, S.J., et Kupfer, D.J.

1990 *Suicide Over Life Cycle,* Washington (D.C.), American Psychiatric Press.

Brouillette, M.-J., Des Rosiers, P., et Montagne, G.

1994 « Understanding suicidal ideation in HIV infection », *The Canadian Journal of Diagnosis,* vol. 11, n° 2, p. 93-108.

Buteau, J., Lesage, A.D., et Kiely, M.C.

1993 « Homicide followed by suicide : A Québec case series, 1988-1990 », *Can. J. Psychiatry,* vol. 38, n° 8, p. 552-556.

Chiles, J.A., et Strosahl, K.D.

1995 The Suicidal Patient : Principles of Assessment, Treatment, and Case Management,Washington (D.C.), American Psychiatric Press*.*

Debout, M., et Conseil économique et social

1993 *Le suicide,* Paris, Direction des journaux officiels.

Diekstra, R.F.W.

1993 « The epidemiology of suicide and parasuicide », *Acta Psychiatr. Scand.,* suppl. 371, p. 9-20.

Diekstra, R.F.W., et Garnefski, N.

1995 « On the nature, magnitude and causality of suicidal behaviors : An international perspective », *Suicide Life Threat. Behav.,* vol. 25, n° 1, p. 36-57.

Dunne, E.J., McIntosh, J.L., et Dunne-Maxim, K.

1987 *Suicide and Its Aftermath,* New York, W. W. Norton.

Hoberman, H.M., et Garfinkel, B.D.

1989 « Completed suicide in youth », dans C.R. Pfeffer (sous la dir. de), *Suicide Among Youth : Perspective on Risk and Prevention,* Washington (D.C.), American Psychiatric Press, p. 21-40.

Jacobs, D., et Brown, H.N.

1989 *Suicide, Understanding and Responding,* Connecticut, International University Press Incorporated.

Lavery, J.V., et coll.

1997 « Bioethics for clinicians. II : Euthanasia and assisted suicide », *CMAJ,* vol. 156, n° 10, p. 1405-1408.

Lesage, A.D., et coll.

1994 « Suicide and mental disorders : A case-control study of young men », *Am. J. Psychiatry,* vol. 151, n° 7, p. 1063-1068.

Lesage, L.

1995 *Le suicide,* Paris, Centurion.

Lester, D.

1993 « Suicidal behavior in bipolar and unipolar affective disorders : A meta-analysis », *J. Affect. Disord.,* vol. 27, p. 117-121.

McIntosh, J.L.

1993 « Control group studies of suicide survivors : A review and critique », *Suicide Life Threat. Behav.,* vol. 23, n° 2, p. 146-161.

Maris, R.W., et coll.

1992 *Assessment and Prediction of Suicide : An Official Publication of the American Association of Suicidology*,New York, Guilford Press.

Ministère de la Santé et des Services sociaux

1995 *Le Québec comparé : indicateurs sanitaires, démographiques et socio-économiques ; évolution de la situation québécoise, canadienne et internationale*, Québec, Gouvernement du Québec.

Morrell, S.L., Taylor, R.J., et Kerr, C.B.

1998 « Unemployment and young people’s health », *Med. J. Aust.,* vol. 168, p. 236-240.

Moscicki, E.K.

1997 « Identification of suicide risk factors using epidemiologie studies », *Psychiatr. Clin. North Am.,* vol. 20, n° 3, p. 499-517.

Muller-Oerlinghausen, B., et coll.

1999 « Antidepressants and suicidal risk », J. *Clin. Psychiatry,* vol. 60, suppl. 2, p. 111-116.

Nielsen, S., et coll.

1998 « Standardized mortality in eating disorders : A quantitative summary of previously published and new evidence », *J. Psychosom. Res.,* vol. 44, nos 3-4, p. 413-434.

Noyes, R.

1991 « Suicide and panic disorder : A review », *J. Affect. Disord.,* vol. 22, p. 1-11.

Proulx, F., et Grunberg, F.

1994 « Le suicide chez les patients hospitalisés », *Santé mentale au Québec,* vol. 19, n° 2, p. 131-144.

Rosewater, K.M., et Burr, B.H.

1998 « Epidemiology, risk factors, intervention, and prevention of adolescent suicide », *Curr. Opin. Pediatr.,* vol. 10, n° 4, p 338-343.

Roy, A., Rylander, G., et Sarchiapone, M.

1997 « Genetics of suicide », *Ann. N. Y. Acad. Sci.,* n° 836, p. 135-157.

[1792]

Safer, D.J.

1996 « A comparison of studies from the United States and Western Europe on psychiatric hospitalization referrals for youths exhibiting suicidal behavior », *Ann. Clin. Psychiatry,* vol. 8, n° 3, p. 161-168.

Santé Canada

1994 *Le suicide au Canada : mise à jour du rapport du Groupe d’étude sur le suicide au Canada*, Ottawa, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social.

SÉGUIN, M.

1991 *Le suicide : comment prévenir, comment intervenir*, Montréal, Éditions Logiques.

Statistique Canada

1999 *Causes de décès 1997* - Tableaux standards,Ottawa, Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, n° 84F0208XPB.

Stewart, S.

1996 « Bob Dent, premier cas d’euthanasie légale », *Le Devoir,* 27 septembre.

SURAULT, P.

1995 « Variations sur les variations du suicide en France », *Population,* revue bimensuelle de l’Institut d’études démographiques, nos 4-5, p. 983-1012.

Van Den Akker, B., Janssens, R.M.J.P.A., et Ten Have, H.A.M.J.

1997 « Euthanasia and international human rights law : Prolegomena for an international debate », *Med. Sci. Law,* vol. 37, n° 4, p. 289-294.

Lectures complémentaires

BORLANDI, M.

2000 *Le suicide : un siècle après Durkheim*,Paris, PUF.

Fortin, P*.*

1998 *Le suicide : interventions et enjeux éthiques,* Québec, Presses de l’Université du Québec.

Gratton, F.

1996 *Les suicides d’être de jeunes Québécois,* Québec, Presses de l’Université du Québec.

Leenaars, A.A., et coll.

1998 *Suicide in Canada,* Toronto, University of Toronto Press

Lester, D.

2001 *Suicide Prevention : Resources of the Millenium Sheridan Books*,New York, Brunner Routlege.

Maris, R.W., Berman, A.L., et Silverman, M.M.

2000 *Comprehensive Textbook of Suicidology*, New York, Guilford Press.

MlSHARA, B.L.

1995 *The Impact of Suicide,* New York, Springer.

[1793]

[1794]

**Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale**Tome 2. Spécialités, traitements, sciences fondamentales  
et sujets d’intérêt

SIXIÈME PARTIE  
*Sujets d’intérêt*

Chapitre 76

VIOLENCE

[Retour à la table des matières](#tdm)

Frédéric Millaud, M.D.

Psychiatre, chef du Département de psychiatrie de l’Institut Philippe Pinel de Montréal

Professeur agrégé de clinique au Département de psychiatrie de l’Université de Montréal

[1795]

**PLAN**

76.1. Agressivité, impulsivité, violence, dangerosité

76.2. Liens entre maladie mentale et violence

76.2.1. Études d’échantillons de la population générale

*• Étude du National Institute of Mental Health* • *Étude suédoise • Étude de New York*

76.2.2. Actes de violence

76.2.3. Victimes

76.2.4. Que retenir ?

76.3. Évolution de la notion de prédiction de la violence vers celle d’évaluation du risque

76.4. Évaluation de la dangerosité en psychiatrie

76.4.1. Caractérisation de la manifestation violente

76.4.2. Facteurs statiques

• *Facteurs démographiques* • *Facteurs historiques*

76.4.3. Facteurs psychodynamiques

76.4.4. Facteurs neurobiologiques et génétiques

76.4.5. Intoxication par l’alcool et les drogues

76.4.6. Facteurs liés à l’état mental

• *Symptomatologie* • *Diagnostic*

76.4.7. Niveau de reconnaissance

76.4.8. Regard longitudinal et qualitatif sur le risque de violence

76.5. Traitement à l’hôpital du patient violent

76.5.1. Investigation clinique

76.5.2. Cadre de soins spécifique

76.5.3. Intervention pharmacologique

76.5.4. Intervention psychothérapeutique et relationnelle

76.5.5. Intervention sociofamiliale

76.5.6. Considérations administratives, légales et éthiques

Bibliographie

Lectures complémentaires

[1796]

La violence peut être considérée comme un phénomène universel qui s’exprime sous des formes variées : de manière physique, psychologique, sporadique, individuelle, en groupe, en société, contre soi ou autrui, contre des objets, au moyen d’une arme, sans arme, avec une intensité majeure (entraînant la mort), modérée ou mineure, à long terme, etc. Il s’agit donc d’une question complexe, tant sur le plan de son appréciation qualitative et quantitative que sur le plan des solutions possibles. La violence renvoie à la complexité même de chaque individu avec ses composantes génétiques, biologiques, psychologiques, à la complexité de la société humaine et des organisations sociales et politiques, et, enfin, à la complexité du rapport qu’entretient chaque individu avec les autres et, par extension, avec les règles et les lois instituées.

Ainsi, la violence s’inscrit dans des champs de compréhension et d’intervention multiples. Elle ne peut être à ce jour considérée comme une maladie en soi (elle n’entre d’ailleurs dans aucune classification diagnostique), même si l’on doit mentionner qu’en 1991 le Département de la santé des États-Unis a appuyé de nouvelles propositions préconisant d’analyser la violence non plus comme un crime, mais comme un problème de santé.

Les actions concertées, si elles sont souhaitables, se révèlent souvent difficiles à appliquer ; de plus, elles ne doivent pas faire perdre leur spécificité aux différents groupes en cause. Elles doivent au contraire inciter chacun des professionnels qui travaillent dans le domaine de la violence à poursuivre ses recherches à ce sujet et à préciser la vision qu’il en a.

Ce chapitre se limitera au champ de la violence exercée par des malades mentaux adultes (de 18 à 65 ans) contre autrui et à la question connexe de la dangerosité psychiatrique.

76.1. AGRESSIVITÉ, IMPULSIVITÉ, VIOLENCE, DANGEROSITÉ

Les difficultés que pose la conceptualisation de la violence aux cliniciens ont provoqué une certaine confusion sémantique. Les références à des modèles différents (social, physiologique, psychanalytique, psychiatrique, etc.) induisent l’emploi d’un vocabulaire propre à chaque théorie. Ainsi, le même mot peut ne pas recouvrir la même réalité clinique. L’influence d’autres disciplines, comme le droit, peut également entraîner certaines adaptations du vocabulaire. Les concepts et les mots varient aussi en fonction des pays et des références culturelles. Voici quelques définitions pouvant faciliter les échanges clairs.

*- Agressivité.* Expression d’une pulsion ou d’un affect dont le contrôle est incertain (Millaud et coll., 1992).

*- Impulsivité.* Tendance à des pensées et à des actes soudains, échappant à tout contrôle (Barratt, 1972).

*- Violence.* Actes réels envers autrui, et non pas fantasmatiques, qui sont susceptibles de porter atteinte à l’intégrité physique (Millaud et coll., 1992). La violence physique s’exprime par des comportements violents appelés « agressions » (Barratt, 1994). Les comportements violents sont le résultat d’interactions complexes de différents facteurs (sociaux, cliniques, de personnalité, d’environnement) dont l’importance varie en fonction des situations et du temps (Widiger et Trull, 1994).

- *Dangerosité.* État dans lequel une personne est susceptible de commettre un acte violent (Millaud et coll., 1992). La dangerosité peut se décomposer en plusieurs éléments (Steadman et coll., 1994) :

• les facteurs de risque associés à la violence ;

• la caractérisation de la violence appréhendée ;

• la probabilité de survenue de la violence.

76.2. LIENS ENTRE MALADIE  
MENTALE ET VIOLENCE

L’association entre maladie mentale et violence n’est pas une question nouvelle ; elle apparaît en effet comme une préoccupation importante chez les aliénistes du 19e siècle. L’évolution et l’amélioration des soins psychiatriques relèguent par la suite cette question au second plan, et certaines études indiquent que les malades mentaux ne sont pas plus dangereux que le reste de la population (Hafner et Böker, 1973). Malgré la publication de ces études, la perception de la population générale quant à la dangerosité des malades mentaux ne semble pas changer.

Afin de mieux objectiver les liens entre maladie mentale et violence, les études épidémiologiques, en particulier celles qui portent sur des échantillons de la population générale, prennent beaucoup de valeur.

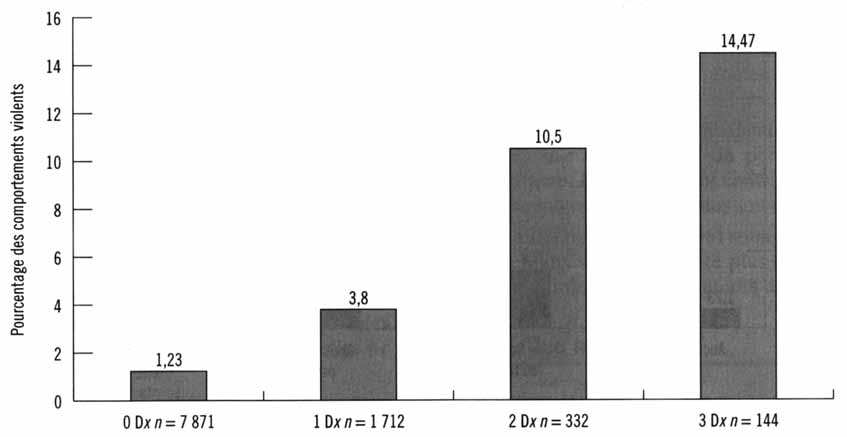
[1797]

76.2.1. Études d’échantillons  
de la population générale

Il faut mentionner trois études qui tentent de faire ressortir, à partir d’un grand nombre d’individus pris dans la population générale, le rôle de la maladie mentale dans les actes de violence.

FIGURE 76.1

Pourcentage des participants qui signalent un comportement violent en fonction du nombre de diagnostics (DJC), avec la Diagnostic Interview Schedule



**Source :** J. Swanson et coll., « Violence and psychiatric disorder in the community : Evidence from the Epidemiologic Catchment Area Study », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 41, n° 7, 1990, p. 767.

Étude du National Institute of Mental Health

Cette étude (Swanson, 1994 ; Swanson et Holzer, 1991) a pour objectif de déterminer la prévalence des troubles psychiatriques non traités et d’estimer la prévalence des comportements violents parmi les personnes malades mentales et les personnes non malades mentales dans la communauté. L’échantillon compte environ 19 000 personnes. Les premières analyses de 1990 (Swanson et Holzer, 1991) indiquent, à partir des données rapportées par les sujets eux-mêmes concernant leurs comportements violents dans l’année précédente, qu’il s’agit d’hommes jeunes, d’une condition socioéconomique faible et dont plus de la moitié satisfont aux critères du DSM-III quant à un ou à plusieurs diagnostics psychiatriques. L’interaction de l’abus de substances psychoactives avec une maladie mentale majeure est un « prédicteur » de violence statistiquement significatif. Enfin, le risque de comportement violent augmente avec le nombre de diagnostics retenus pour chaque individu.

En ce qui concerne la prévalence de la violence en fonction des diagnostics posés (voir la figure 76.1), on constate que le risque absolu de violence chez les malades mentaux graves (schizophrénie ou trouble affectif majeur) est de 7%, soit environ 3 fois le risque observé dans la population non malade (2,3%). Les toxicomanes représentent un risque encore bien supérieur (19,7%), soit près de 9 fois celui que représente la population saine et 2,5 fois celui que l’on trouve dans la population malade mentale. Mais c’est l’association de pathologies psychiatriques et de troubles liés à l’abus de substances psychoactives qui représente le plus haut risque de violence (22%).

D’autres résultats ont été publiés plus récemment (Swanson, 1994). Ainsi, des mesures ont été effectuées [1798] avec deux à cinq actes de violence (voir la figure 76.2), qui sont, dans l’ordre :

- utiliser une arme (arme blanche ou arme à feu) dans une bataille ;

- frapper quelqu’un (une personne autre que le conjoint) ;

- frapper son conjoint ;

- frapper un enfant (le sien ou non) assez fort pour qu’il ait des ecchymoses ou soit vu par un médecin ;

- se battre en état d’ébriété.

Swanson (1994) estime que le risque de violence que représentent les malades mentaux est de 4,35% et que celui qui est attribuable aux malades mentaux abusant de substances psychoactives est de 4,9%, soit sensiblement le même. On a vu que la cooccurrence maladie mentale et abus de drogues comporte un haut risque de violence, mais cela est contrebalancé par un plus petit nombre d’individus présentant cette comorbidité. Les personnes qui abusent de substances psychoactives représentent par contre un risque de violence nettement supérieur (34%) du fait du risque élevé qui est lié à la consommation de drogues et au grand nombre de sujets.

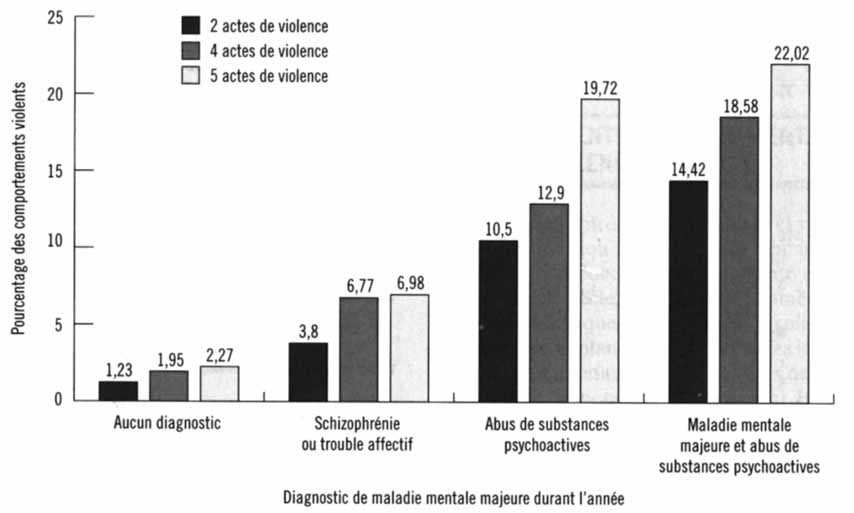
Enfin, la maladie mentale est associée à la violence lorsqu’on observe une phase aiguë de la maladie.

Étude suédoise

Cette étude porte sur plus de 15 000 personnes vivant en Suède et s’échelonne sur une période de 30 ans (Hodgins, 1992). Elle analyse particulièrement les crimes violents commis par les sujets qui souffrent d’une maladie mentale majeure et par ceux qui souffrent de troubles liés à l’utilisation de substances psychoactives. Sont considérés comme des crimes violents tous les délits dans lesquels intervient l’utilisation ou la menace de violence physique.

FIGURE 76.2

Prévalence sur un an des comportements violents  
en fonction des diagnostics de maladie mentale majeure



**Source :** D’après J. Swanson, « Mental disorder, substance abuse, and community violence : An epidemiologie approach », dans J. Monahan et H. Steadman (sous la dir. de), *Violence and Mental Disorder*, Chicago, University of Chicago Press, 1994, p. 114 (données de l'Epidemiologic Catchment Area [ECA] de Durham [N.C.] et de Los Angeles).

[1799]

Il ressort que les hommes ayant une maladie mentale majeure (schizophrénie, trouble affectif majeur, trouble délirant et autres psychoses) présentent un risque de commettre un délit violent 4 fois supérieur à celui que présentent les personnes qui ne sont pas malades mentalement et que, pour les femmes ayant une maladie mentale majeure, ce risque est 27 fois plus grand que chez les autres femmes. De leur côté, les hommes toxicomanes présentent un risque 15 fois plus élevé de commettre un acte violent que les hommes non toxicomanes alors que, pour les femmes toxicomanes, ce risque est 54 fois plus élevé que chez les femmes non toxicomanes.

En résumé, cette étude indique que les personnes souffrant d’une pathologie majeure représentent un risque de violence supérieur à celui que représente la population non malade. Par contre, ce risque est nettement plus faible que celui que présentent les toxicomanes.

Étude de New York

S’appuyant sur la recherche menée par Swanson et coll. en 1990 et sur les premiers résultats publiés en 1992 concernant un échantillon de population de New York, Link et Stueve (1994) se sont penchés plus spécifiquement sur le rôle des symptômes psychotiques dans les actes violents.

Bien que les auteurs considèrent les résultats comme préliminaires, ceux-ci tendent à soutenir l’hypothèse qu’il existe une relation entre la violence et les symptômes psychotiques, et que cette violence est plus probable lorsque les symptômes psychotiques amènent la personne à se sentir menacée ou contrôlée par des forces extérieures. À l’inverse, il n’existe pas d’association significative entre les autres symptômes psychotiques et la violence. Trois questions permettent de préciser les symptômes psychotiques associés à la violence :

- Avez-vous l’impression que votre pensée est dominée par des forces qui échappent à votre contrôle ?

- Avez-vous souvent l’impression que des pensées vous sont imposées de l’extérieur et qu’elles ne vous appartiennent pas ?

- Avez-vous l’impression que des gens vous souhaitent du mal ?

Les auteurs évoquent également, à ce propos, le principe de la rationalité dans l’irrationalité que les résultats de l’étude confirment. En effet, on peut comprendre assez bien que, les symptômes psychotiques étant vécus comme la réalité, une partie des sujets qui ont peur qu’on leur fasse du mal de façon imminente ou qui ont le sentiment que des forces extérieures les contrôlent puissent utiliser la violence pour se protéger.

La non-observance du traitement médicamenteux chez les patients psychotiques augmente de façon significative le risque de violence (Bartels et coll., 1991).

76.2.2. Actes de violence

La majorité des cas d’agression n’entraîne pas de blessures graves, et ce sont surtout les patients récidivistes qui font les gestes les plus graves.

En ce qui concerne les homicides commis par les malades mentaux, il existe peu d’études. Les chiffres, qui sont peu précis, oscillent entre 20% et 50% de l’ensemble des homicides qui sont commis par des malades mentaux. Cependant, les facteurs d’intoxication par l’alcool ou par des drogues semblent prendre dans ces chiffres une grande place, atténuant par le fait même l’importance du rôle joué par les maladies mentales dans l’accomplissement des homicides.

76.2.3. Victimes

Les victimes sont principalement les membres de l’entourage familial (de 50% à 70% des cas). Les mères semblent le plus souvent choisies comme cibles lorsqu’il s’agit d’une violence répétée (Estroff et Zim- mer, 1994).

Lorsque les patients sont hospitalisés, les victimes sont alors soit les membres du personnel, soit les autres patients. Les études sont contradictoires quant au groupe qui est agressé le plus souvent.

Par ailleurs, Marzuk (1996) souligne que les malades mentaux sont sans doute plus souvent les victimes de la violence que les auteurs de celle-ci.

76.2.4. Que retenir ?

En séparant les troubles liés à l’utilisation de substances psychoactives des maladies mentales, on note ceci :

- 85% des personnes violentes ne sont pas des malades mentaux ;

[1800]

- 90% des personnes atteintes d’une maladie psychiatrique majeure ne sont pas violentes (Swanson et Holzer, 1991) ;

- les malades mentaux asymptomatiques et sans antécédents de violence se comparent à la population générale (qui n’abuse pas de substances psychoactives) quant au risque de violence. Ils ne sont pas plus dangereux que la population générale lorsqu’ils prennent une médication antipsychotique (Torrey, 1994) ;

- le risque de comportement violent chez les malades mentaux implique une symptomatologie aiguë. Il semble exister un sous-groupe de patients psychotiques chez qui les symptômes sont plus spécifiquement associés à la violence ;

- les personnes qui abusent de substances psychoactives représentent le groupe le plus à risque en ce qui a trait à la probabilité d’apparition de la violence ;

- l’abus de substances psychoactives augmente le risque de violence chez les malades mentaux.

76.3. ÉVOLUTION DE  
LA NOTION DE PRÉDICTION DE  
LA VIOLENCE VERS CELLE  
D’ÉVALUATION DU RISQUE

Jusqu’au début des années 80, les psychiatres et les psychologues ont été perçus comme étant incapables de prédire les comportements violents. Mais Monahan, en 1984, a remis en question cette affirmation et, par la suite, plusieurs études ont montré que des prédictions à court terme semblaient réalisables.

Cependant, l’impossibilité de prédire avec certitude l’accomplissement d’un acte violent a amené chercheurs et cliniciens à prendre conscience de leurs capacités réelles sans les minimiser, mais sans chercher non plus de recette infaillible. Cette question de la prédiction de la violence a donc fait l’objet d’une nouvelle conceptualisation en fonction de la détermination de facteurs de risque de violence. La notion de risque laisse toujours une place à l’incertitude et paraît beaucoup plus appropriée à la pratique clinique. En effet, les personnes atteintes de maladies psychiatriques sont exposées à des facteurs extérieurs qui interagissent avec leur personnalité et leur pathologie. Le niveau de dangerosité reliée à leur maladie psychiatrique varie selon une série de facteurs ; il ne peut pas être établi une fois pour toutes. Il existe des fluctuations dans le temps et des variations d’intensité, de sorte que le risque se situe plus sur un continuum que dans un registre dichotomique.

Ainsi, actuellement, les cliniciens et les chercheurs s’intéressent à la question de l’évaluation du risque de violence et de la détermination des facteurs de risque.

76.4. ÉVALUATION DE  
LA DANGEROSITÉ EN PSYCHIATRIE

L’évaluation du risque de violence des malades mentaux est un acte quotidien pour les praticiens et des décisions importantes en découlent : hospitalisation, traitement pharmacologique, mesures d’internement, mesures d’isolement, sortie de l’hôpital, etc.

Les chercheurs qui travaillent au projet Mac-Arthur Risk Assessment Study, aux États-Unis, apportent les précisions suivantes :

- Les buts fondamentaux de notre recherche sur l’association de facteurs de risque à des comportements violents consistent :

• à améliorer la validité de l’évaluation du risque ;

• à améliorer l’efficacité du management clinique du risque ;

• à fournir une information utile à la réforme des lois et des politiques en matière de santé mentale. .

- Les facteurs de risque associés à la violence que nous explorons sont ceux qui, selon nous, jouent un rôle dans l’apparition de la violence chez les malades mentaux et que l’on peut évaluer sans trop de difficulté dans la pratique clinique actuelle.

- Les facteurs de risque étudiés sont :

• ceux qui ont été associés à la violence dans des recherches antérieures ;

• ceux que l’expérience des praticiens amène à associer à la violence ;

• ceux pour lesquels il existe des hypothèses d’association à la violence dans des théories sur la violence ou la maladie mentale. (Steadman et coll., 1994, p. 301 ; traduction libre.)

[1801]

Ainsi, quatre grands domaines sont retenus dans l’étude de MacArthur : les facteurs prédisposants, les facteurs historiques, les facteurs contextuels et les facteurs cliniques.

Les cliniciens de l’Institut Philippe Pinel de Montréal ont pour leur part mis au point un inventaire de dangerosité destiné spécifiquement à l’évaluation clinique des personnes atteintes d’une maladie psychiatrique (Millaud et coll., 1992). Cet inventaire recoupe en grande partie les indicateurs de risque de l’étude de MacArthur, mais certains éléments sont explorés de façon plus particulière en fonction des exigences de la clinique.

Tous ces facteurs doivent être pris en considération et analysés selon chaque individu. Le clinicien a ensuite la responsabilité d’exercer son jugement quant à la pondération des différents éléments et aux décisions qui en découlent.

76.4.1. Caractérisation  
de la manifestation violente

La notion de « manifestation violente » englobe à la fois des idées, des fantasmes, des menaces et des actes violents. Cette caractérisation est la première étape indispensable à une bonne évaluation de la dangerosité en psychiatrie. Malgré son apparente simplicité, il est souvent difficile d’obtenir une image claire des événements violents, principalement à cause des réactions émotives qu’ils provoquent. Ces réactions entraînent fréquemment le clinicien à surestimer ou à sous-estimer la violence ou la dangerosité réelle. La surestimation et la sous-estimation de la dangerosité découlent essentiellement des mêmes émotions : l’angoisse, la peur, l’impuissance et la colère. La surestimation est associée à une amplification de la peur, à une exagération des fantasmes de violence attribués au patient de même qu’à une dramatisation de ses gestes et de ses attitudes. Quant à la sous-estimation de la dangerosité, elle se traduit par une forme de déni de la réalité avec une banalisation des messages, voire une identification partielle à l’agresseur.

La recherche de cette information passe par la collecte de données, qui sont regroupées autour de quatre thèmes principaux :

- *Détermination du type de manifestation violente.* Il s’agit de distinguer entre les fantasmes agressifs, les menaces et les actes de violence. Puis, on précise si la manifestation est de nature sexuelle et si une arme a été utilisée. La manifestation violente s’inscrit-elle dans un modèle répétitif ou non ?

*- Cible.* On précise la personne visée par la manifestation violente et les éventuelles blessures observées chez la victime.

*- Lieu.* S’agit-il d’un lieu spécifique (domicile conjugal, hôpital, travail) ou non ? Un lieu spécifique peut attirer l’attention sur certains éléments relationnels et déterminer une zone qui semble plus à risque, alors qu’un lieu non spécifique orientera différemment la compréhension et l’analyse de la dangerosité.

- *Temps d'élaboration.* Il s’agit de préciser le délai entre un fantasme agressif ou une idée de violence et l’acte violent lui-même. Cette information donne des indices précieux sur le fonctionnement mental du sujet et sur son degré d’impulsivité.

76.4.2. Facteurs statiques

Les facteurs statiques regroupent des informations sur les plans transversal (identification du sujet) et longitudinal (histoire psychiatrique, antécédents de violence). Ces facteurs, qui paraissent peut-être peu intéressants lorsqu’ils sont pris isolément, ne peuvent être changés et il est difficile de savoir quel est leur impact actuel sur le fonctionnement de l’individu. Mais lorsque ces éléments sont superposés aux autres facteurs, on peut mieux percevoir leur rôle prédisposant et souvent potentialisateur, ce qui est susceptible d’avoir des conséquences majeures.

Facteurs démographiques

Les facteurs démographiques sont les suivants :

*- Âge.* La plupart des études montrent que les adultes jeunes sont plus violents que le reste de la population. En ce qui concerne les malades mentaux, elles indiquent un risque plus élevé de violence chez les patients de moins de 30 ans (Estroff et Zimmer, 1994 ; Swanson, 1994).

*- Sexe.* La croyance selon laquelle les hommes malades mentaux seraient plus violents que les femmes est remise en question par plusieurs auteurs (Estroff et Zimmer, 1994 ; Steadman et coll., 1994), ce qui amène Steadman et coll. (1994) à dire qu’il n’y a plus de raisons de limiter les études aux hommes. Il semble ainsi que la violence des [1802] femmes malades mentales ressemble à celle des hommes. Une étude effectuée récemment aux États-Unis (Tardiff et coll., 1997) montre que les femmes commettent autant d’agressions physiques que les hommes dans le mois précédant leur admission en psychiatrie. Les schémas de violence sont similaires quant à la cible, à la gravité des blessures, à l’utilisation d’une arme et au lieu.

- *État civil* On constate le plus souvent que les personnes seules (par opposition aux gens mariés ou vivant en couple) présentent un risque plus élevé de violence.

- *Situation socioéconomique*. On trouve plus de célibataires et de personnes ayant un niveau économique faible parmi les personnes qui commettent des actes violents (Smith et Hucker, 1991 ; Williams, Thorby et Sandlin, 1989). Cependant, lorsque certains facteurs sont considérés (fréquentation de groupes violents, utilisation de services cliniques), les éléments sociodémographiques ne semblent plus significativement associés à la violence (Klassen et O’Connor, 1994 ; Swanson et coll., 1997).

Facteurs historiques

Certains indices peuvent appartenir à l’histoire du sujet et être aussi des facteurs de risque actuels (p. ex., l’alcool ou les facteurs biologiques). Les principaux facteurs historiques sont les suivants :

- abus physiques dans l’enfance ;

- exposition à des modèles violents dans l’enfance ; tout antécédent relatif à un délit ;

- usage de la violence antérieurement (le meilleur « prédicteur » de violence) ;

- nombre élevé d’hospitalisations antérieures.

76.4.3. Facteurs psychodynamiques

Plusieurs auteurs insistent sur l’incapacité de mentalisation des patients violents et sur leur propension à recourir à l’action pour résoudre les conflits et réduire l’angoisse. Lacan (1962-1963, p. 83-84,134) est l’un des premiers à proposer une conceptualisation différente du passage à l’acte et de l’acting-out. Il situe le passage à l’acte du côté de l’angoisse, le passage à l’acte amenant une résolution temporaire de celle-ci, et l’acting-out du côté du symptôme, entendu dans le sens de quelque chose destiné à être montré. Cette distinction est particulièrement importante pour l’évaluation diagnostique, pour le pronostic ainsi que pour la prise en charge thérapeutique (Millaud, 1998).

Pour sa part, Bergeret (1992, p. 85) distingue l’agressivité « considérée comme une activité mentale assez élaborée, assez secondarisée » de la violence fondamentale, « simple réaction automatique de mode très primitif destinée à diminuer une angoisse de destruction par l’autre et n’apportant en soi aucune satisfaction de nature libidinale ». Par conséquent, selon lui, la violence « se réduit à un dynamisme purement défensif sans aucune participation libidinale. Même quand il est question d’attaquer l’autre ou même, au pire, de tuer éventuellement l’autre » (Bergeret, 1998, p. 11).

La carence d’élaboration psychique apparaît comme un concept clé, exploré par de nombreux cliniciens (Chasseguet-Smirgel, 1987 ; Tardif, 1998).

Les mécanismes de défense les plus souvent observés chez les patients violents sont le déni, l’identification projective, le clivage et l’idéalisation primitive. Ces éléments sont de bons indices cliniques du fonctionnement mental des patients et aident à déterminer le type d’intervention thérapeutique.

Il est également intéressant de cerner les fonctions possibles d’un passage à l’acte violent. Dans une perspective psychodynamique, Jeammet (1983, p. 110) en donne une synthèse :

L’agir violent vient à la place d’une prise de conscience. Il s’agit d’une décharge pulsionnelle ayant pour fonction immédiate la protection narcissique (rétablir les fonctions nettes entre le dedans et le dehors). Il s’agit d’une violence, le plus souvent, et toujours d’une rupture des limites, d’une effraction de l’espace d’autrui. Il s’agit d’une tentative de maîtrise sur autrui. C’est également une transgression du contrat de soins, des règles de vie sociale, de la liberté individuelle, etc.

Enfin, pour les patients violents, bien que les concepts de transfert aient leur importance, la dimension contre-transférentielle doit être vue comme une des clés de la relation thérapeutique (Talbot, 1989).

76.4.4. Facteurs neurobiologiques  
et génétiques

Les facteurs biologiques sont parfois escamotés ou assimilés aux « conséquences » de la psychopathologie [1803] lorsqu’ils sont observables chez un patient violent. Toutefois, une connaissance approfondie des déficits neuropsychologiques, neurochimiques et neuroanatomiques présente un intérêt non seulement pour la recherche, mais aussi pour le choix de traitements plus spécifiques et adaptés à la capacité du patient.

Le niveau de fonctionnement intellectuel, par exemple, peut entraîner certaines difficultés. Les hésitations et les incapacités du patient risquent alors d’être faussement perçues comme une obstruction face au traitement.

Sur le plan génétique, les conclusions de l’étude sur le phénotype XYY suggérant la possibilité de comportements plus agressifs chez les sujets qui le possèdent n’ont pas été confirmées par la suite. Di Lalla et Gottesman (1991) concluent, après une revue de la littérature, qu’il n’y a pas encore de preuves qui permettent d’affirmer que des éléments génétiques sont à l’origine de la violence.

Des facteurs congénitaux doivent être considérés. Ainsi, les problèmes prénataux et périnataux peuvent jouer un certain rôle dans les dommages cérébraux associés aux sujets violents.

Sur le plan neuroanatomique, les études actuelles, qui s’appuient sur de nouvelles techniques d’imagerie cérébrale, associent les comportements violents à des lésions de certaines structures cérébrales, en particulier des structures limbiques, des lobes frontaux et des lobes temporaux (Garza-Trevino, 1994).

Par ailleurs, des déficits neuropsychologiques sont observés régulièrement chez les personnes souffrant de maladies psychiatriques, et plus spécialement chez les patients violents.

Pour ce qui est des facteurs neurochimiques, les chercheurs ont pris comme concept clé l’impulsivité. Les comportements violents sont vus comme une déficience du contrôle des impulsions (Shalling, 1993). Plusieurs neurotransmetteurs ont fait l’objet de recherches (acide glutamique, acide gamma-aminobutyrique [GABA], noradrénaline, dopamine), mais on retiendra principalement une hypothèse biologique, soit un déficit de sérotonine. Linnoila et Virkunnen (1992) parlent du « syndrome de basse sérotonine » pour décrire des épisodes de changements d’humeur, de comportements impulsifs ou les deux. Dailleurs, une activité faible de la monoamine-oxydase (MAO) dans les plaquettes sanguines a été relevée (Shalling, 1993). La MAO est un marqueur indiquant une faible activité sérotoninergique.

Les facteurs décrits précédemment semblent s’appliquer à l’impulsivité en elle-même plutôt qu’aux comportements agressifs ou violents. Ainsi, on peut dire qu’ils facilitent l’expression de la violence.

76.4.5. Intoxication par l'alcool  
et les drogues

Bien que l’alcoolisme et les toxicomanies fassent partie intégrante des maladies mentales (DSM-IV, CIM-10), ils sont différenciés, dans les études, des maladies mentales majeures, soit la schizophrénie, les troubles affectifs, les troubles délirants et les autres psychoses. Ils représentent un risque majeur de violence.

76.4.6. Facteurs liés à l’état mental

Une ou plusieurs entrevues cliniques doivent permettre de préciser la symptomatologie que présente le patient et de documenter les rapports de cette symptomatologie avec la violence. Il faut procéder à un questionnement sur le contenu propre à la dangerosité. Cependant, ce questionnement ne doit être entrepris que dans un climat approprié et dans un contexte sécuritaire pour le praticien. Dans certains cas, cela peut permettre au patient de verbaliser des émotions pénibles, d’exprimer sa crainte de faire des gestes violents et de se soulager temporairement. Dans tous les cas, cela aidera le praticien à prendre les décisions appropriées. Par la suite, il est nécessaire de réévaluer régulièrement l’évolution de l’état mental du patient.

L’examen mental se base sur l’observation des symptômes et conduit à des hypothèses diagnostiques. D’ailleurs, la littérature distingue ces deux aspects.

Symptomatologie

Les symptômes aigus représentent probablement un facteur de risque plus important que la présence d’un trouble identifiable (Mulvey, 1994). Les symptômes psychotiques jouent un rôle majeur, et plus spécialement certains symptômes psychotiques de la lignée paranoïde (Link et Stueve, 1994). Environ 70% des schizophrènes entretiennent une relation délirante avec leur victime, la considérant comme un ennemi. Une association significative a été établie entre une motivation délirante et un délit violent grave. Il est [1804] important d’examiner alors l’intensité de la conviction délirante, les facteurs de maintien de la croyance, les conséquences de cette croyance sur le plan émotif, son degré de systématisation, l’insight du malade et son interaction avec la croyance délirante et son environnement. L’acte de violence est aussi associé aux variations émotives (p. ex., une augmentation de la peur ou de l’anxiété) que le patient attribue à la croyance délirante (Taylor et coll., 1994).

Dans le cas d’un trouble délirant, l’identification d’un persécuteur doit toujours soulever la question de la dangerosité. Les critères d’analyse de Taylor et coll. (1994) s’avèrent alors très utiles.

Les hallucinations seraient associées moins fréquemment à la violence que les délires. Mais dans l’ensemble, les études cliniques quantitatives ont montré une relation significative et positive entre les hallucinations et le comportement violent. Cette association existe cependant dans un contexte clinique plus large où l’on note aussi une corrélation entre la violence et d’autres symptômes psychotiques comme des troubles de la pensée et une désorganisation conceptuelle (McNiel, 1994). Il ne semble pas y avoir, à ce jour, de relation clairement établie entre les hallucinations impératives et le comportement violent ; plusieurs études indiquent en effet que la plupart des patients ne répondent pas aux commandes hallucinatoires. On ne doit pas pour autant, en clinique, sous-estimer le rôle que les hallucinations impératives peuvent jouer quant aux actes violents. Il faut les rechercher de façon systématique.

Diagnostic

La présence d’une maladie mentale majeure clairement diagnostiquée augmente le risque de violence, et encore plus s’il s’agit d’abus de substances psychoactives.

Dans l’étude de Swanson (1994), la violence n’a pas une prévalence significative chez les schizophrènes comparativement aux patients souffrant d’un trouble affectif. Il s’agit d’une donnée relativement nouvelle, même si quelques études antérieures avaient déjà pointé l’importance de l’association de la manie et de la violence. En effet, la place prépondérante est généralement attribuée à la schizophrénie, considérée comme la principale source de violence chez les malades mentaux. Le sous-type paranoïde est vu habituellement comme porteur du risque le plus grand. Taylor et coll. (1994) soutiennent pour leur part que les troubles affectifs comportent sensiblement le même risque que la schizophrénie lors du premier épisode, mais que le risque de récidive pour ce qui est des premiers s’avère beaucoup moins grand. Ils en concluent que les troubles affectifs sont associés à un risque de violence relativement faible, étant à peine plus élevé que celui que l’on trouve dans la population saine et nettement moins élevé que dans le cas de la schizophrénie.

Les troubles de la personnalité, en particulier la personnalité limite et la personnalité antisociale, semblent avoir un certain lien avec les actes de violence (Widiger et Trull, 1994). Cependant, ils paraissent fortement sous-représentés dans la plupart des études (Durivage, 1989).

L’association de troubles de l’axe I et de l’axe II paraît également un facteur de risque à considérer.

Enfin, la paranoïa est peu représentée dans les études, peut-être du fait de sa faible incidence. Elle doit cependant être vue comme un risque de violence particulièrement important (Wessely, 1993).

Ainsi, on retiendra comme principaux diagnostics associés à la violence les abus d’alcool et de drogues, la schizophrénie, la manie, les troubles de la personnalité limite et antisociale, auxquels on ajoutera le syndrome cérébral organique.

Il importe de rappeler par ailleurs certaines variations quant aux usages diagnostiques d’une étude à l’autre (et d’un pays à l’autre) et la nécessité de ne pas perdre de vue le fait que le risque de violence associé au diagnostic constitue un facteur parmi d’autres.

76.4.7. Niveau de reconnaissance

Le patient reconnaît-il sa dangerosité et en connaît-il les éléments ? Voilà une question importante à laquelle le praticien doit s’intéresser au moment de l’évaluation et qui contribue largement aux décisions qu’il prendra. De façon surprenante, ce sujet est peu étudié ; ce sont surtout des mesures indirectes et peu précises du niveau de reconnaissance qui sont les mieux documentées, comme l’acceptation d’une médication, la violence rapportée par le malade lui-même ou la mise en évidence des mécanismes de défense à l’œuvre. Le niveau de reconnaissance d’un acte violent par le patient dépend étroitement des mécanismes de [1805] défense qu’il utilise, mais il peut aussi être rattaché à certains facteurs biologiques qui limitent le fonctionnement cérébral ou à un état mental très perturbé. On peut distinguer quatre niveaux de reconnaissance chez un patient :

1. Il se sent victime d’une fausse accusation (négation).

2. Il reconnaît l’acte, mais nie le caractère violent de cet acte.

3. Il reconnaît l’acte violent, mais fait appel à des rationalisations en rejetant la responsabilité sur des facteurs qui lui sont extérieurs (p. ex., alcool, drogues, provocation d’autrui) ou soutient que la difficulté est résorbée.

4. Il reconnaît l’acte violent, se l’approprie et se questionne sur les facteurs de motivation interne qui l’ont conduit à utiliser la violence.

Par ailleurs, et de façon complémentaire, il faut chercher à savoir, d’une part, si le patient reconnaît qu’il est susceptible de passer à l’acte et s’il connaît les circonstances déclenchantes et les signes précurseurs des épisodes de violence et, d’autre part, s’il connaît des solutions de remplacement lorsqu’il se trouve dans une situation à risque.

76.4.8. Regard longitudinal  
et qualitatif  
sur le risque de violence

Il est essentiel de bien connaître les différents facteurs susmentionnés, mais leur étude est toujours intégrée dans l’évolution temporelle du patient. La dangerosité et la violence ne sont pas des phénomènes permanents, et il est fondamental de correctement situer le risque de violence en fonction de l’histoire du malade et de le décrire avec précision. Ainsi, une bagarre isolée impliquant un patient psychotique qui n’a aucun antécédent de violence sera analysée différemment d’une escalade de l’agressivité depuis quelques jours chez un patient paranoïde qui a antérieurement commis un homicide !

Dans cet esprit, Krakowski et Czabor (1994) soulignent que la violence transitoire apparaît dans un contexte de délire paranoïde intense et qu’elle est probablement un symptôme de décompensation aiguë, alors que des comportements violents chroniques et répétitifs sont associés à une atteinte neurologique. Il faut également considérer les niveaux de violence : menaces verbales, bris d’objets, agressions physiques, etc.

76.5. TRAITEMENT À L’HÔPITAL  
DU PATIENT VIOLENT

Nous abordons dans cette section uniquement les principes de traitement à long terme, faisant abstraction des situations d’urgence, qui sont examinées dans le chapitre 29.

76.5.1. Investigation clinique

L’investigation clinique consiste à obtenir de l’information concernant les facteurs qui ont été décrits dans la section 76.4. Il s’agit d’une base essentielle à la mise en place du traitement. Bien sûr, tous les éléments nécessaires à une bonne évaluation ne pourront être examinés en même temps, le praticien devant exercer son jugement quant aux priorités cliniques. Il est indispensable également que le traitement du patient violent se fasse dans un cadre hospitalier (interne ou externe) et implique une approche multidisciplinaire et un travail effectué dans un esprit de prévention de la violence.

76.5.2. Cadre de soins spécifiques

Les patients violents engendrent chez les soignants de la peur, de l’anxiété, de la colère ainsi que des sentiments d’impuissance et de perte de contrôle. Les différents membres d’une équipe multidisciplinaire n’étant pas placés devant les mêmes enjeux relationnels, il en découle inévitablement des situations de clivage, qui peuvent entraîner de véritables impasses thérapeutiques et un risque accru de violence.

Il faut adopter certains moyens spécifiques afin, d’une part, d’instaurer un cadre thérapeutique à l’intérieur duquel le patient et le personnel se sentiront en sécurité et, d’autre part, d’évaluer et de traiter la souffrance du patient et d’examiner les aspects psychologiques et psychiatriques. Ces moyens concernent le patient et l’équipe de soins. Il est important que l’ensemble des membres de l’équipe comprenne et accepte les règles d’intervention suivantes face aux comportements violents pour manifester l’attitude la plus adéquate possible :

- Toutes les interventions auprès des patients violents doivent se faire dans un contexte où l’on se sent en sécurité sur le plan physique. On ne peut

[1806]

intervenir d’une façon appropriée lorsqu’on a peur.

- On doit utiliser des mesures restrictives en fonction de la situation clinique : isolement, contentions, sorties restreintes et sous surveillance de la chambre, de l’unité ou de l’hôpital, etc.

- Au sein de l’équipe de soins, il faut déterminer clairement ce qui est considéré comme de la violence ; les attitudes et les propos menaçants sont souvent négligés, banalisés, alors qu’ils sont bien souvent la première étape d’une escalade de la violence. Ces manifestations de violence doivent toujours faire l’objet d’une discussion avec le patient, à la fois pour préciser avec lui ce qui est de l’ordre de la violence et pour établir des limites et des interdits.

- Il faut établir un plan de soins clair, adapté à chaque patient, facile à appliquer, avec des objectifs de travail précis et spécifiques qui tiennent compte des ressources du milieu.

- On doit informer le patient du plan de traitement, des mesures qui sont prises à son endroit et des raisons qui les motivent. De même, on doit lui communiquer l’évaluation que l’équipe fait de sa dangerosité et préciser ce que l’on attend de lui ou les éléments cliniques observés qui permettront, par exemple, de lever certaines mesures restrictives.

- Il importe de déterminer en équipe et de communiquer au patient les éléments de souffrance sous-jacents aux manifestations de violence.

- Il faut toujours garder la liberté de réévaluer la situation et de faire marche arrière.

- Il faut faire des réunions d’équipe pour échanger des observations cliniques et déterminer les zones de clivage. Les rôles des membres de l’équipe multidisciplinaire doivent être clairs.

- On doit prendre le temps d’exprimer les émotions suscitées par l’agressivité et les actes violents des patients. En outre, on doit favoriser l’expression de la peur et prendre sans délai des mesures préventives.

- Il ne faut pas laisser à un seul membre de l’équipe la responsabilité de prendre une décision concernant la restriction de liberté pour un patient, mais plutôt répartir cette responsabilité entre les membres de l’équipe. Certaines décisions difficiles seront prises lors de réunions d’équipe uniquement.

- En cas d’impasse thérapeutique, de difficulté à évaluer la dangerosité ou à traiter un patient, il ne faut pas hésiter à faire appel à un consultant extérieur.

76.5.3. Intervention pharmacologique

Il n’existe pas de médicament contre la violence. Le traitement, qui est symptomatique, repose sur une observation clinique fine et sur des hypothèses diagnostiques rigoureuses. Lorsque la situation clinique le permet, la monothérapie est souhaitable, car elle facilite l’observation de l’efficacité du médicament. Les essais doivent être systématiques, à raison d’une dose efficace, et durer suffisamment longtemps. Dans la pratique, les cas de polypharmacothérapie sont ceux que l’on observe le plus souvent. Il est préférable, lorsque des changements s’avèrent nécessaires, de modifier un médicament à la fois. Il faut cependant faire preuve de vigilance quant aux interactions médicamenteuses possibles et aux effets secondaires. On sait que certains effets secondaires, tels que l’akathisie, l’irritabilité ou une agitation paradoxale, peuvent augmenter le risque de violence. Par ailleurs, lorsque les patients sont très incommodés par la médication, ils la délaissent fréquemment. La non-observance du traitement augmente bien sûr le risque de violence.

On doit donc trouver, dans la mesure du possible, une médication qui sera efficace et bien tolérée. De plus, il faut veiller à faire accepter par le patient ce type de traitement de façon qu’il y soit fidèle.

76.5.4. Intervention  
psychothérapeutique  
et relationnelle

Les individus violents sont isolés et rejetés et ils ne conservent pas de liens significatifs stables. Sur le plan relationnel, outre les éléments mentionnés dans la section 76.5.2, il est nécessaire d’établir une alliance thérapeutique avec ces patients, un lien de confiance suffisant qui leur permettra de venir chercher l’aide requise avant d’utiliser la violence. Les interventions directives, nécessaires au début du traitement, s’assoupliront au fur et à mesure que l’état clinique du patient, son niveau de reconnaissance et le contrôle de son agressivité s’amélioreront.

Les interventions psychothérapeutiques, qui se font seulement lorsque les situations ne sont pas aiguës, sont la plupart du temps d’ordre cognitivo-comportemental. Les approches de groupe sont privilégiées, [1807] mais elles sont souvent jumelées avec une prise en charge individuelle. Lion et Tardiff (1987) ont suggéré quelques principes sur lesquels devraient s’appuyer ces interventions :

- évaluer la motivation du patient à s’engager dans un processus psychothérapeutique ;

- apprendre au patient à contrôler lui-même ses émotions et ses comportements ;

- encourager la verbalisation et non les actes.

76.5.5. Intervention sociofamiliale

Les patients violents connaissent souvent une dynamique familiale complexe qu’il est nécessaire d’évaluer. Les interventions doivent être planifiées en fonction de chaque situation. Cependant, en règle générale, l’information donnée à la famille sur les traitements que suit le patient, la clarification des émotions suscitées chez les uns et les autres (y compris chez le patient) et la mise en place d’une certaine régulation des relations famille-patient (visites, appels téléphoniques, etc.) contribuent à l’amélioration clinique du patient et, ultérieurement, à la prévention des rechutes.

76.5.6. Considérations administratives,  
légales et éthiques

Face à un patient que l’évaluation désigne comme dangereux pour autrui, des mesures d’internement peuvent être prises. Les mesures légales qui sont imposées à certains patients (p. ex., probation, obligation de soins) doivent toujours baliser les interventions thérapeutiques et, autant que possible, s’insérer dans une compréhension clinique globale, souvent fort utile sur le plan thérapeutique.

Des mesures de judiciarisation d’actes violents peuvent être favorisées en fonction des circonstances et des pathologies (Bureau et coll., sous presse). Par ailleurs, suivant la difficulté de management (plan de soins global ou bio-psycho-social), certaines structures de soins se révéleront inadéquates. On peut alors avoir recours à des structures hospitalières plus spécialisées.

Par ailleurs, l’aspect éthique de l’évaluation et du traitement du patient violent est complexe. Il faut tenir compte de principes fondamentaux tels que la bienfaisance, la non-malfaisance ou l’autonomie (liberté individuelle, capacité de choisir, confidentialité, etc.). Ces principes s’articulent avec d’autres, plus larges (respect de la vie, équité, justice sociale, etc.), et s’inscrivent dans les cadres légal et administratif. Certaines situations cliniques révèlent des conflits entre principes éthiques, éléments légaux et aspect clinique ; elles doivent alors faire l’objet d’une réflexion approfondie. Les comités d’éthique des hôpitaux, qui sont obligatoires depuis quelques années au Canada, apportent un soutien aux praticiens et permettent rétablissement d’un processus de réflexion à partir de situations concrètes. Ils apparaissent aujourd’hui comme les garants du respect des règles éthiques dans la pratique clinique.

\*  
\* \*

Depuis quelques années, la violence et la dangerosité des malades mentaux ont repris une place de choix dans la clinique psychiatrique et dans le milieu de la recherche scientifique. Ces patients soulèvent des questions cliniques, éthiques, légales, administratives et sociales importantes. Il est donc essentiel de poursuivre le travail en vue d’améliorer et d’adapter les outils cliniques et de recherche, d’une part, et d’approfondir la réflexion interdisciplinaire sur ce thème, d’autre part.

[1808]

Bibliographie

BARRATT, E.

1994 « Impulsiveness and aggression », dans J.Monahan et H. Steadman (sous la dir. de), *Violence and Mental Disorder,* Chicago, University of Chicago Press, p. 61-79.

1972 « Anxiety and impulsiveness : Toward a neuropsychological model », dans S. Spielberger (sous la dir. de), *Anxiety : Current Trends in Theory and Research,* New York, Academic Press.

Bartels, J., et coll.

1991 « Characteristic hostility in schizophrenic outpatients », *Schizophr. Bull.,* vol. 17, n° 1, p. 163-171.

Bergeret, J.

1998 « Actes de violence : réflexion générale », dans F. Millaud (sous la dir. de), *Le passage à l’acte. Aspects cliniques et psychodynamiques,* Paris, Masson, p. 9-14.

1992 « Violence et évolution affective humaine », dans J. Bergeret et coll. (sous la dir. de), *Psychologie pathologique,* Paris, Masson, p. 84-89.

Bureau, N., et coll.

(sous presse) « La judiciarisation des patients psychiatriques : éléments de réflexion et applications pratiques », *Santé mentale au Québec.*

Chasseguet-Smirgel, J.

1987 « L’acting out. Quelques réflexions sur la carence d’élaboration psychique », *Revue française de psychanalyse,* vol. 4, p 1083-1099.

Di Lalla, L.F., et Gottesman, I.

1991 « Biological and genetic contributors to violence - Widom’s untold tale », *Psychology Bulletin,* vol. 109, n° 1, p. 125-129.

Durivage, A.

1989 « Assaultive behaviour : Before it happens », *Can. J****.*** *Psychiatry,* vol. 34, n° 5, p. 393-397.

Estroff, S.E., et ZlMMER, C.

1994 « Social networks, social support and violence among persons with severe persistent illness », dans J.Monahan et H. Steadman (sous la dir. de), *Violence and Mental Disorder,* Chicago, University of Chicago Press, p. 259-295.

Garza-Treviño, E.

1994 « Neurobiological factors in aggressive behavior », Hospital and Community Psychiatry,vol. 45, n° 7, p. 690-699*.*

Hafner, H., et Böker, W.

1973 *Crimes of Violence by Mentally Abnormal Offenders,* Cambridge (Mass.), Cambridge University Press

HODGINS, S.

1992 « Mental disorder, intellectual deficiency and crime », *Arch. Gen. Psychiatry,* vol. 49, n° 6, p. 476-483.

Jeammet, P.

1983 « Le passage à l’acte, occasion de rencontre, facteur de rupture, révélateur du fonctionnement institutionnel », dans J. Hochman, *Techniques de soin en psychiatrie de secteur,* Lyon, Presses de l’Université de Lyon, p. 105-113.

Klassen, D., et O’Connor, W.

1994 « Demographic and case history variables in risk assessment », dans J. Monahan et H. Steadman (sous la dir. de), *Violence and Mental Disorder* ; Chicago, University of Chicago Press, p. 229-257.

Krakowski, M., et Czabor, P.

1994 « Clinical symptoms, neurological impairment, andprediction of violence in psychiatric inpatients », *Hospital and Community Psychiatry,* vol. 45, n° 7, p. 700-701.

Lacan, J.

1962-1963 *L’angoisse*, séminaire inédit de 1962-1963.

Link, B.G., et Stueve, A.

1994 « Psychotic symptoms and the violent/illegal behavior of mental patients compared to community Controls », dans J. Monahan et H. Steadman (sous la dir. de), *Violence and Mental Disorder* ; Chicago, University of Chicago Press, p. 137-159.

LlNNOILA, V., et VlRKUNNEN, M.

1992 « Aggression, suicidality, and serotonin », *J. Clin. Psychiatry,* vol. 53, n° 2, p. 46-51.

Lion, J., et Tardiff, K.

1987 « The long term treatment of the violent patient », dans R. Haies et A. Frances (sous la dir. de), *Psychiatry Update : Annual Review of the American Psychiatric Association,* vol. 6, Washington (D.C.), American Psychiatric Press, p. 537-548.

McNiel, D.

1994 « Hallucinations and violence », dans J. Monahan et H. Steadman (sous la dir. de), *Violence and Mental Disorder,* Chicago, University of Chicago Press, p. 183-202.

Marzuk, P.M.

1996 « Violence, crime, and mental illness : How strong a link ? », *Arch. Gen. Psychiatry,* vol. 53, n° 6, p. 481- 486.

Millaud, F.

1998 « Le passage à l’acte : points de repère psychodynamiques », dans F. Millaud (sous la dir. de), *Le passage à l’acte. Aspects cliniques et psychodynamiques,* Paris, Masson, p. 15-24.

Millaud, F., et coll.

1992 « Un inventaire pour l’évaluation de la dangerosité des patients psychiatriques », *Revue canadienne de psychiatrie,* vol. 37, n° 9, p. 608-615.

[1809]

Monahan, J.

1984 « The prediction of violent behavior : Toward a second generation of theory and policy », *Am. J. Psychiatry,* vol. 141, n° 1, p. 10-15.

Mulvey, E.P.

1994 « Assessing the evidence of a link between mental illness and violence », *Hospital and Community Psychiatry,* vol. 45, n° 7, p. 663-668.

Shalling, I.

1993 « Neurochemical correlates of personality, impulsivity and desinhibitory suicidality », dans S. Hodgins (sous la dir. de), *Mental Disorder and Crime,* Newbury Park, Sage Publications, p. 208-226

Smith, J.E., et Hucker, S.J.

1991 « Violence, current opinion », *Psychiatry,* vol. 4, p. 841-845.

Steadman, H., et coll.

1994 « Designing a new generation of risk assessment research », dans J. Monahan et H. Steadman (sous la dir. de), *Violence and Mental Disorder,* Chicago, University of Chicago Press, p. 297-318.

Swanson, J.

1994 « Mental disorder, substance abuse, and community violence : An epidemiologic approach », dans J. Monahan et H. Steadman (sous la dir. de), *Violence and Mental Disorder,* Chicago, University of Chicago Press, p. 101-136.

Swanson, J., et coll.

1997 « Violence and severe mental disorder in clinical and community populations : The effects of psychotic symptoms, comorbidity, and lack of treatment », *Psychiatry : Interpersonal & Biological Processes,* vol. 61, n° 1, p. 1-22.

1990 « Violence and psychiatric disorder in the community : Evidence from the Epidemiologic Catchment Area Study », *Hospital and Community Psychiatry,* vol. 41, n° 7, p. 761-770.

Swanson, J., et Holzer, C.

1991 « Violence and ECA data (letter to the editor) », *Hospital and Community Psychiatry,* vol. 42, n° 9, p.954-955.

Talbot, J.

1989 « Le patient agressif en milieu psychiatrique, le con-tretransfert et les problèmes de management », *Santé mentale au Québec,* vol. 14, n° 2, p. 183-190.

Tardif, M.

1998 « Le déterminisme de la carence d’élaboration psychique dans le passage à l’acte », dans E Millaud (sous la dir. de), *Le passage à l’acte. Aspects cliniques et psychodynamiques,* Paris, Masson, p. 25-40.

Tardiff, K., et coll.

1997 « Violence by patients admitted to a private psychiatric hospital », *Am. J. Psychiatry,* vol. 154, n° 1, p. 88-93.

Taylor, P., et coll.

1994 « Delusions and violence », dans J. Monahan et H. Steadman (sous la dir. de), *Violence and Mental Disorder,* Chicago, University of Chicago Press, p. 161-182.

Torrey, E.F.

1994 « Violent behavior by individuals with serious mental illness », *Hospital and Community Psychiatry,* vol. 45, n° 7, p. 653-662.

Wessely, S.

1993 « Violence and psychosis », dans C. Thompson (sous la dir. de), *Violence, Basic and Clinical Science,* Londres, Butterworth-Heinemann Publications, p. 119-134.

Widiger, T., et Trull, T.

1994 « Personality disorders and violence », dans J. Monahan et H. Steadman (sous la dir. de), *Violence and Mental Disorder,* Chicago, University of Chicago Press, p. 203-226.

Williams, W., Thorby, J., et Sandlin, P.D.

1989 « Perceptions of prehospital dangerous behavior by psychiatric inpatients and their families », *Journal of Psychiatry and the Law,* vol. 17, n° 1, p. 21-27.

Lectures complémentaires

BERGERET, J.

1994 *La violence et la vie,* Paris, Payot, coll. « Bibliothèque scientifique ».

HODGINS, S.

1993 *Mental Disorder and Crime,* Newbury Park, Sage Publications.

Millaud, F. (sous la dir. de)

1998 *Le passage à l’acte. Aspects cliniques et psychodynamiques*, Paris, Masson.

Monahan, J., et Steadman, H. (sous la dir. de)

1994 *Violence and Mental Disorder,* Chicago, University of Chicago Press.

[1810]

**Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale**Tome 2. Spécialités, traitements, sciences fondamentales  
et sujets d’intérêt

SIXIÈME PARTIE  
*Sujets d’intérêt*

Chapitre 77

COMORBIDITÉ

[Retour à la table des matières](#tdm)

Marie-Carmen Plante, M.D., M.Sc., F.R.C.P.C.

Psychiatre responsable du module Virage ambulatoire et de l’équipe Itinérance au Centre hospitalier de l’Université de Montréal (Hôpital Saint-Luc)

Professeure agrégée de clinique au Département de psychiatrie de l’Université de Montréal

[1811]

**PLAN**

77.1. Définition

77.2. Épidémiologie

77.3. Évaluation diagnostique

77.3.1. Automédication

77.3.2. Comorbidité et anxiété

77.4. Traitement

Bibliographie

Lectures complémentaires

[1812]

La littérature psychiatrique des dernières années fait état d’un intérêt accru pour le phénomène de la comorbidité, ce terme étant défini comme la présence d’au moins deux troubles simultanés chez la même personne (Katz, 1992). La comorbidité fait référence non seulement à l’abus de substances associé à la maladie mentale, mais aussi à un large éventail d’autres psychopathologies ainsi qu’à une variété de troubles des axes I et II du DSM-IV, par exemple, la coexistence de troubles de l’alimentation et de troubles affectifs, de maladies physiques et de troubles affectifs ou encore d’une maladie bipolaire et d’une personnalité obsessive-compulsive.

La psychiatrie cherche donc à mettre au point une expertise rigoureuse basée sur des données scientifiques afin d’offrir un traitement plus efficace à la clientèle. En effet, il existe encore peu d’outils spécialisés dans l’évaluation adéquate de ce type de troubles, qui permettraient de poser des diagnostics appropriés et de traiter adéquatement une population chez laquelle la comorbidité est de plus en plus fréquente.

Cependant, la présence simultanée d’une ou plusieurs pathologies accompagnant une pathologie primaire peut permettre de prédire des implications étiologiques ou pronostiques très importantes. Même si l’on ne peut inférer la nature ou la direction de la relation qui existe entre deux maladies, il est possible, parce qu’il y a une corrélation chronologique, de proposer des modèles explicatifs qui feront éventuellement l’objet de recherches ou d’évaluations scientifiques.

77.1. DÉFINITION

En 1970, Feinstein a le premier utilisé le terme « comorbidité » qu’il définit comme toute entité clinique distincte additionnelle qui a existé ou qui peut survenir durant le cheminement clinique d’un patient qui présente une maladie classifiée. Par exemple, la dépression majeure, qui comporte un ensemble bien caractérisé de variables précisant son début et son évolution, peut être en comorbidité avec l’abus de substances ; ou bien une affection dont les symptômes clairement déterminés peuvent inclure la dépression peut aussi être reliée à la toxicomanie.

Les psychiatres épidémiologistes perçoivent la comorbidité de façon différente. Ils y relèvent un risque relatif et utilisent un ratio de possibilités et des statistiques pour exprimer la probabilité pour qu’un trouble soit associé à un autre (Regier et coll., 1990).

La comorbidité renvoie aussi à un diagnostic de maladie mentale ou de trouble de la personnalité, de même qu’à des pathologies physiques. Toutefois, ce terme ne s’étend pas aux signes cliniques et aux symptômes isolés qui peuvent, eux, survenir en même temps au cours d’un épisode de comorbidité. Par exemple, une insomnie rebelle peut être observée au cours d’une dépression clinique chez un patient atteint aussi de toxicomanie, mais l’insomnie rebelle en elle-même demeure un symptôme que l’on trouve à l’intérieur de pathologies différentes.

Il existe deux hypothèses en ce qui concerne l’apparition de la comorbidité :

- La maladie primaire psychiatrique précède l’abus de substances et entraîne l’individu à chercher à se traiter au moyen d’alcool, de marijuana, de cocaïne ou d’autres substances dont il abuse pour atténuer les symptômes de sa maladie.

- L’abus de substances lui-même produit ou exacerbe le trouble psychiatrique sous-jacent. C’est le cas pour la production d’une psychose paranoïde à partir de l’usage excessif de cocaïne ou d’amphétamines ou pour le développement de la dépression après une très longue période d’alcoolisme.

Pedersen (1990) définit la comorbidité comme la combinaison et l’interaction chez une personne d’un abus de substances psychoactives avec un trouble mental qui n’est pas relié à la toxicomanie. Selon lui, une personne peut présenter à la fois un problème de dépendance ou d’intoxication chimique et un trouble mental. De nombreux patients vivent cette situation, qui peut prendre plusieurs formes. Ainsi, le « double trouble » serait plus commun qu’on ne l’avait pensé autrefois.

Weiss, Mirin et Frances (1992) adoptent une définition différente de la comorbidité. Ils nous préviennent du danger consistant à établir une classification simpliste, trop homogène de la clientèle chez qui plus d’un trouble coexiste. En effet, le patient qui ferait l’objet d’un double diagnostic typique serait une « créature mythique ». Il existe, au contraire, une large gamme de problèmes cliniques qui requièrent des traitements adaptés à des situations précises, comme celles-ci :

- un patient alcoolique qui demeure déprimé après avoir été désintoxiqué ;

[1813]

- un patient qui a un trouble d’anorexie-boulimie et qui, secrètement, mange et se purge alors qu’il est traité à l’hôpital pour un abus de cocaïne, l’accent n’étant pas mis sur le bon traitement.

Weiss, Mirin et Frances (1992) ajoutent cependant que la simultanéité d’un abus de substances et d’autres maladies psychiatriques serait beaucoup plus fréquente qu’on n’aurait pu le prédire. Les recherches montrent également que le pronostic est plus sombre pour ces patients que pour ceux qui ne souffrent que d’une seule pathologie. Ils présentent des symptômes psychiatriques plus graves et connaissent une incidence plus élevée d’hospitalisations et de réhospitalisations (syndrome de la porte tournante), de rechutes, de dépressions, de non-observance du traitement, de violence, de criminalité, d’itinérance, de comportements autodestructeurs, de syndrome immunodéficitaire acquis (sida), d’infections et de problèmes familiaux multiples. Ils ont plus de difficulté à vivre dans la communauté et à s’engager dans un traitement stabilisant, et leur état de désorganisation est plus précoce (Minkoff et Drake, 1991 ; Pechter, Janicak et Danis, 1997). Ils seraient fréquemment mal suivis et ne recevraient pas de traitements adéquats (Drake et coll., 1998).

Salloum, Mass et Daley (1991) rapportent que même si les estimations quant à la prévalence de la schizophrénie et de l’abus de substances simultanés sont très élevées, il semble que deux biais majeurs faussent les résultats : un biais de sélection et un biais de vérification. Les taux de prévalence estimés, qui peuvent varier selon la population de patients étudiés, et le problème diagnostique relié à la définition de la schizophrénie et à celle de l’abus de substances sont les principaux facteurs d’un biais potentiel. Dans la littérature, on parle de la présence d’un double diagnostic chez 2% à 49% des malades. Il faut donc se demander si ces pourcentages s’appliquent aux patients hospitalisés, aux patients traités dans les cliniques externes, aux vétérans, aux patients séjournant à long terme dans des hôpitaux, aux patients vivant dans la communauté ou aux patients recevant des soins tertiaires.

Selon Salloum, Mass et Daley (1991), les patients sont souvent confus lorsqu’ils souffrent de troubles comme l’hallucinose chronique, le delirium tremens, les états paranoïdes induits par des stimulants, les états psychotiques et les troubles schizophréniques induits par des hallucinogènes. Ainsi, l’hallucinose alcoolique présente un dilemme diagnostique particulier. Les hallucinations de nature auditive peuvent être présentes avec un sensorium clair qui ressemble fortement aux symptômes de la schizophrénie. Cependant, l’existence de ce trouble comme entité clinique demeure controversée, parce que l’on dispose de preuves de son évolution vers une variété de conditions comme la schizophrénie, les troubles affectifs, le delirium tremens ou le trouble délirant paranoïde.

Salloum, Mass et Daley (1991) ont noté une absence de consensus sur la nature de la comorbidité. Il y a aussi un manque de clarté et d’informations au sujet des effets de l’abus de drogues sur les symptômes d’une schizophrénie préexistante ; on peut toutefois observer une intensification des symptômes psychotiques chez les schizophrènes qui consomment de l’alcool, du cannabis et d’autres drogues. Ces symptômes peuvent être dus aux descriptions imprécises des hallucinations expérimentées par les alcooliques, qui ne sont pas différentes des hallucinations vécues par les schizophrènes. Afin d’augmenter la possibilité de poser le bon diagnostic, il faut alors utiliser des mesures biochimiques objectives (p. ex., recherche de la présence de drogue dans l’urine) qui seraient supérieures aux observations psychologiques en ce qui concerne les schizophrènes qui abusent de l’alcool.

Miller (1993) considère que le double diagnostic, tel qu’on le conçoit dans la pratique clinique psychiatrique, ne correspond pas souvent à la signification de ce terme, c’est-à-dire la présence de deux troubles indépendants. Très souvent, les toxicomanies relevées dans les cas de comorbidité sont attribuées à une automédication visant à combattre un trouble psychiatrique sous-jacent, ignoré du patient. Cette observation fréquente peut indiquer que le patient souffre d’une pathologie (primaire) marquée par la toxicomanie et traitée en quelque sorte par cette même toxicomanie. Les études et la pratique cliniques auprès des personnes qui abusent des drogues ont montré que ces diagnostics doivent pouvoir avoir un statut indépendant l’un de l’autre avant l’attribution du double diagnostic, et cette évaluation devrait être faite quand le patient est en observation clinique.

L’établissement du double diagnostic doit tenir compte des aspects suivants :

- le trouble A peut être la cause du trouble B, voire être un facteur de risque pour le trouble B ;

- le trouble B peut être un facteur de risque pour le trouble A ;

[1814]

- ou bien les troubles A et B peuvent être les variations d’un même trouble ;

- ou bien les troubles A et B peuvent avoir une étiologie semblable ou la même étiologie (facteurs de risque) ;

- ou bien les troubles A et B peuvent être les covariants du trouble C.

Ainsi, la comorbidité devient une explication psychopathologique cohérente susceptible d’élargir la compréhension sur la nature des deux troubles ou du moins de suggérer de nouvelles orientations de recherche.

La définition et l’opérationalisation des critères diagnostiques de l’alcoolisme et de la toxicomanie prêtent constamment à confusion dans les domaines de la psychiatrie et de la médecine. Cette confusion est attribuable essentiellement à des attitudes philosophique et empirique différentes en ce qui a trait au diagnostic et au traitement des troubles qui en découlent. Il importe de tenir compte de l’usage des drogues et de l’alcool associé à un trouble psychiatrique lorsqu’on examine les conséquences de l’appellation « double diagnostic ». Il ne faut pas oublier non plus que de 25% à 50% des affections médicales peuvent aussi être considérées comme des doubles diagnostics quand elles sont associées à la consommation de drogues ou d’alcool.

Miller (1993) s’interroge sur la terminologie qui permet d’arriver à une description précise des doubles diagnostics : cooccurrence, coexistence, comorbidité, concordance et simultanéité. Ces termes indiquent seulement que deux ou plusieurs affections peuvent survenir ensemble ; ils ne précisent pas quand, pourquoi ni comment. Ils ne spécifient pas non plus les interactions possibles de ces affections.

Katz (1992) et Miller (1993) se rejoignent sur le fait que la comorbidité aura des implications théoriques et cliniques uniquement si deux ou plusieurs troubles surviennent de façon simultanée avec une fréquence plus grande que celle qui est observée au hasard. Si deux entités cliniques surviennent simultanément selon une fréquence prévisible, il peut devenir important d’ajuster le diagnostic et le traitement, même si l’étiologie et la pathogénie ne sont pas mieux précisées.

Le système multiaxial du DSM-IV encourage les médecins à noter plusieurs diagnostics sur les axes I et II. Cela permet de cerner l’hétérogénéité clinique des troubles mentaux au point de vue descriptif et comporte des implications importantes pour la planification du traitement et l’orientation du patient.

77.2. ÉPIDÉMIOLOGIE

On utilise différents tests en épidémiologie pour cerner les pathologies comorbides. Les meilleures méthodes qui présentent une spécificité marquée et une puissance de prédiction adéquate sont les suivantes :

- Addiction Severity Index (ASI) [McLellan et coll., 1980] ;

- Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) [Overall et Gorham, 1962] ;

- Clinical Global Impression Scale (CGIS) [Guy, 1976] ;

- Diagnostic Interview Schedule (DIS) [Ananth et coll., 1989 ; Weiss, Mirin et Frances, 1992] ;

- Family and Case Manager Test (FCMT) [Drake, Teague et Warren, 1990] ;

- Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) [Selzer, Venakur et Von Rooijen, 1975] ;

- Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID) [Spitzer, Williams et Gibbon, 1988] ;

- Structural Clinical Interview for DSM-IV (SCID) [First et coll., 1996].

L’épidémiologie de la comorbidité, à laquelle on a commencé à s’intéresser récemment, découle de certaines grandes études qui ont été effectuées depuis les années 80 et dont voici les grandes lignes. Kiesler, Simpkins et Mortin (1991) ont mené une enquête portant sur les congés d’hôpital en 1980 (hospital discharge survey) avec le Centre national pour les statistiques de santé aux États-Unis. Cette enquête était basée sur un échantillon de dossiers des patients qui avaient reçu leur congé des hôpitaux spécialisés en psychiatrie, des hôpitaux délivrant des soins généraux à court terme et des hôpitaux non universitaires (voir le tableau 77.1). Aux États-Unis, 60% des patients qui subissent des épisodes psychotiques sont traités dans les hôpitaux généraux.

Les patients chez qui la comorbidité est associée à un diagnostic primaire de maladie mentale étaient plus jeunes, de sexe masculin, plus souvent hostiles, suicidaires, avec des troubles du comportement et du [1815] langage, et observaient moins le traitement (Pechter, Janicak et Danis, 1997).

TABLEAU 77.1

Diagnostics associés à la comorbidité

|  |
| --- |
| - 12,2% des hospitalisations se rattachent à des doubles diagnotics ; dans  5,4% des cas, le diagnostic primaire est une maladie mentale et dans  6,8% des cas, le diagnostic primaire est un abus de substances.  - 18,9% des patients font l’objet d’un diagnostic complexe de deux ou plusieurs troubles.  - 31,2% des hospitalisations sont basées sur un diagnostic primaire de maladie mentale ou d’abus de substances associé à un diagnostic secondaire de maladie somatique.  - 44,5% de tous les diagnostics de comorbidité partent d’un diagnostic primaire de trouble mental, dont :  • 34% de cas de trouble dépressif ;  • 24%de cas de psychose ;  • 19% de cas de troubles de la personnalité.  - 87% des patients ayant reçu un diagnostic primaire de maladie mentale ont en plus un diagnostic secondaire de dépendance à l’alcool ou d’abus d’alcool sans dépendance ou les deux.  - 66% des cas de comorbidité présentent un syndrome organique induit par les drogues et l’alcool. |

**Source** : D’après C.A. Kiesler, C.G. Simpkins et T.L. Mortin, « Prevalence of dual diagnoses of mental and substance abuse disorders in general hospitals », Hospital and Community Psychiatry, vol. 42, n° 4, 1991, p.400-403

Rice et Kelman (1989) ont analysé les congés des hôpitaux de 1983 à 1985 pour les patients faisant un usage abusif d’alcool et de drogues associé à une maladie mentale. Ainsi, sur 2,2 millions de congés, les diagnostics suivants sont mentionnés :

- maladie mentale dans 62% des cas ;

- abus de drogues dans 21% des cas ;

- abus d’alcool dans 11% des cas ;

- combinaison de ces trois troubles dans 21% des cas.

Le chevauchement des diagnostics se retrouve dans les proportions suivantes :

- abus de drogues et maladie mentale dans 6,8% des cas ;

- abus d’alcool et maladie mentale dans 6,2% des cas ;

- abus d’alcool et de drogues dans 4,3% des cas ;

- abus d’alcool et de drogues et maladie mentale dans 2,4% des cas.

On note la présence plus élevée de maladies mentales chez les femmes, alors que les hommes enregistrent un taux d’abus d’alcool très important. Le groupe des 15-40 ans représente la moitié des personnes faisant l’objet de ces diagnostics.

On observe une prévalence élevée de symptômes de dépression parmi les patients qui sont traités pour un abus de drogues et un chevauchement significatif de l’abus de drogues et des troubles mentaux dans la population des prisons.

Dans une revue de la littérature comprenant 75 études, Schubert et coll. (1988) ont trouvé un degré d’association élevé de l’alcoolisme, de la dépendance aux drogues et de la personnalité antisociale. Cette triade relativement homogène serait indépendante d’autres troubles affectifs.

Lyness et coll. (1993) rapportent que 78% des patients en psychiatrie gériatrique présentent une maladie somatique et une maladie mentale concomitante. À mesure que la longévité augmente, les patients qui souffrent de troubles psychiatriques vivent aussi plus longtemps et les maladies chroniques et aiguës deviennent plus nombreuses, de même que les problèmes psychiatriques, d’où l’accroissement de la comorbidité.

Koranyi (1979) et Beckham et coll. (1997) ont observé que de 24% à 42% des patients admis pour un cancer au Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, à New York, ont aussi un trouble de l’humeur. Il ne faut pas oublier, selon Snyder et coll. (1992), que 60% des patients atteints du sida admis dans des unités de soins aigus médicaux présentent un trouble mental majeur.

En 1990, le National Institute of Mental Health (NIMH) des États-Unis a mené une enquête épidémiologique dans cinq États américains (Regier et coll., 1990) qui a donné les résultats présentés dans les tableaux 77.2 et 77.3.

[1816]

Cette étude est la plus complète à ce jour ; les données ont été ajustées en ce qui concerne l’âge, l’ethnie et le sexe. On note que, parmi la population en général, la prévalence à vie de l’alcoolisme est de 13,5%, comparativement à 33,7% parmi les schizophrènes. Il apparaît donc que chez ces derniers la probabilité de survenue d’un problème d’alcoolisme soit trois fois plus grande.

Cette enquête a été menée auprès de personnes de 15 à 54 ans à l’aide de la Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Il est à noter qu’elle s’est appuyée sur des échantillons venant de la communauté en général ; malgré tous les ajustements qui ont été faits, il se peut que les membres de cette cohorte aient préféré l’alcool à la marijuana, qu’ils aient plus de difficulté à s’en procurer ou qu’ils aient déjà remplacé la consommation de marijuana par la consommation d’alcool pour différentes raisons, dont l’accessibilité du produit et les moyens financiers.

TABLEAU 77.2

Enquête épidémiologique du NIMH, 1990

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Prévalence à vie (PV) et probabilité de survenue (PS) de l’alcoolisme et d’abus de substances selon certaines maladies psychiatriques et dans la population en général | | | | | | |
| **Maladie psychiatrique** | **Tout abus ou dépendance** | | **Tout diagnostic d’alcoolisme** | | **Tout autre abus de substances** | |
| **PV (%)** | **PS (%)** | **PV (%)** | **PS (%)** | **PV (%)** | **PS (%)** |
| Schizophrénie | 47,0 | 4,6 | 33,7 | 3,3 | 27,5 | 6,2 |
| Maladies affectives | 32,0 | 2,6 | 21,8 | 1,9 | 19,4 | 4,7 |
| Troubles anxieux | 23,7 | 1,7 | 17,9 | 1,5 | 11,9 | 2,5 |
| Population en général | 16,7 | n.d. | 13,5 | n.d. | 6,1 | n.d. |

n.d. : données non disponibles.

**Source :** D’après K.T. Mueser, A.S. Bellack et JJ. Blanchard, « Comorbidity of schizophrenia and substance abuse : Implications for treatment », Journal of Counselling and Clinical Psychology, vol. 60,1992, p. 846.

TABLEAU 77.3

Schizophrénie et abus de substances  
selon l’enquête épidémiologique du NIMH, 1990

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Substance** | **Prévalence de la comorbidité (%)** | **Probabilité de survenue (%)** |
| Cocaïne | 16,7 | 13,2 |
| Opiacés | 11,4 | 8,8 |
| Hallucinogènes | 10,0 | 7,4 |
| Barbituriques | 8,0 | 5,9 |
| Marijuana | 6,0 | 4,8 |
| Amphétamines | 5,5 | 3,9 |

**Source**: D’après I. Salloum, H. Mass et D. Daley, « Substance abuse and schizophrenia : impediments to optimal care », Am. J. drug Alcohol Abuse, vol. 17, no 3, 1991, p. 323

Les résultats montrent que la moitié de tous les troubles mentaux surviennent dans 14% de la population qui a une histoire de comorbidité (deux troubles ou plus). On découvre que la comorbidité est plus fortement concentrée qu’on ne l’avait cru antérieurement chez le sixième de la population en général qui présente une histoire de deux ou plusieurs troubles associés. Ces patients utilisent donc davantage les services de santé mentale (d’autres études portant sur la comorbidité sont présentées aux tableaux 77.4 à 77.6).

Compte tenu de cette étude, Miller (1993) suggère de réfléchir au concept de double diagnostic devant la situation clinique suivante. Un alcoolique qui abuse d’opiacés et qui présente une personnalité antisociale développe une dépression majeure par suite d’une douleur chronique consécutive à une neuropathie diabétique. Quelle est la pathologie primaire dans ce cas ? Comment influe-t-elle sur les autres éléments de la comorbidité ? Comment peut-on aborder la complexité du traitement psychiatrique général de ce patient et de l’abus de substances en particulier ?

[1817]

TABLEAU 77.4

Étude dans un centre de traitement  
pour l’abus d’alcool et de drogues au Massachusetts

|  |  |
| --- | --- |
| Titre de l’étude | Hétérogénéité des diagnostics psychiatriques |
| Population étudiée | 350 personnes abusant de substances primaires |
| Résultats concernant la comorbidité | - 52 % de l’échantillon présentait des symptômes d’abus d’alcool ou de dépendance à l’alcool ;  - 37 % souffrait d’un autre trouble psychiatrique de l’axe 1. |
| Affections associées les plus fréquentes | - 21 % des patients souffraient de troubles de l’humeur (excluant la dépression majeure) ;  - 11 % des patients souffraient de dépression majeure ;  - 59 % des patients qui étaient dépendants de sédatifs hypnotiques enregistraient une prévalence plus élevée de psychopathologies de l’axe 1 ;  - 50 % souffraient d’un trouble panique ou d’anxiété généralisée ;  - 13 % des personnes abusant de la cocaïne présentaient des troubles cyclothymiques et des atteintes cognitives (déficit de l’attention);  - 30 % des cas de personnalité antisociale se retrouvaient chez les patients ayant une dépendance aux opiacés. |
| Autres caractéristiques | - Une clientèle hétérogène présentait aussi les traits suivants: impulsivité, recherche du risque, manque d’hygiène et de soins personnels. Bien que n’étant pas des diagnostics formels, ces traits expliquent les rechutes dans certains sous-groupes.  - Plusieurs patients avaient fait l’objet de trois à cinq diagnostics fortement reliés à leur abus de substances. |

**Source:** D’après R.D. Weiss, S.M. Mirin et RJ. Frances, « The myth of the typical dual diagnoses patient », Hospital and Community Psychiatry, vol. 43, n° 2, 1992, p. 107.

TABLEAU 77.5

Étude de comorbidité nationale

|  |  |
| --- | --- |
| Titre de l’étude | Prévalence à vie de la maladie mentale et prévalence dans les 12 derniers mois, selon 14 diagnostics du DSM-III-R |
| Lieu de l’étude | 48 États des Etats-Unis |
| Durée de l’étude | De septembre 1990 à février 1992 |
| Population étudiée | Population civile (de 15 à 54 ans) ; 8 098 participants |
| Instruments d’évaluation et de mesure | Diagnostic Interview Schedule (DIS), version modifiée de la CIDI |
| Résultats concernant la comorbidité | - 1 maladie mentale à vie : 21 % des cas ;  - 2 diagnostics à vie : 13 % des cas ;  - 3 diagnostics à vie ou plus : 14 % des cas. |
| Commentaires | Phase approfondie de l’Epidemiologic Catchment Area Study comportant plus d’informations. La vaste majorité de l’échantillon (79 %) souffrait de plus d’un trouble. |

**Source:** D’après R.C. Kessler et coll., « Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R : Psychiatric disorders in the United States », Arch. Gen. Psychiatry, vol. 51,1994, p. 8-19.

Koranyi (1979) indique que les symptômes psychiatriques peuvent être associés à un diagnostic somatique comme le cancer, l’endocrinopathie, le syndrome post-viral ou le sida. Le cancer du pancréas ou d’autres néoplasies des viscères peuvent se manifester par une dépression. On a aussi constaté que l’inhabileté fonctionnelle associée aux troubles dépressifs entraîne un dysfonctionnement dans de multiples sphères (p. ex., carrière, activités quotidiennes, relations interpersonnelles) semblable à celui qui est observé dans les maladies somatiques communes comme l’hypertension, l’arthrite rhumatoïde ou le diabète.

[1818]

77.3. ÉVALUATION DIAGNOSTIQUE

La comorbidité psychiatrique et médicale dorme lieu à plusieurs problèmes :

- des difficultés au point de vue du diagnostic et de l’évaluation, qui rendent nécessaires l’établissement de critères plus spécifiques et l’utilisation de tests de laboratoire ciblés pour bien délimiter les différentes pathologies ;

- le besoin d’interventions thérapeutiques différentes occasionné par les changements dans la pharmacocinétique et l’efficacité réduite des médications psychotropes à cause d’une réponse altérée de l’organe cible ;

- le besoin de traitements en clinique externe et l’élargissement de leur accessibilité ;

- l’établissement des priorités face à un patient qui peut aussi être très malade sur le plan médical (atteinte physique).

TABLEAU 77.6

Étude épidémiologique sur la comorbidité,  
la toxicomanie et la santé mentale

|  |  |
| --- | --- |
| Lieu de l’étude | Urgence de l’Hôpital Saint-Luc, à Montréal |
| Durée de l’étude | De février à juin 1991 |
| Population étudiée | 143 sujets qui présentaient une conduite antisociale (itinérance, problème d’alcool ou de drogues) et demandaient une aide psychologique à l’urgence |
| Instruments d’évaluation | - BPRS;  - DIS-III-R. |
| Résultats concernant la comorbidité | Abus d’alcool ou de substances ou dépendance à eux: 74,1 % des cas:  - cocaïne : abus, 37,5 % ; dépendance, 26,7 % ;  - cannabis: abus, 31,6%; dépendance, 20 % ;  - sédatifs, barbituriques, somnifères, diazépam (Valium®), chlordiazépoxide (Librium®), etc. : abus, 25 % ;  - amphétamines: abus, 15,7 % ;  - hallucinogènes: abus, 14,4%. |
| Résultats | - Sur le plan de la comorbidité, dépression et psychose : 41,6 % des cas, dont 25 % de cas d’abus d’alcool ou de drogues.  - Présence d’un problème antérieur grave d’abus de substances psychoactives : 75 % des cas. |

**Source :** G. Côté et S. Hodgkins, Problème d’alcool, problème de drogues et conduite antisociale chez des sujets en demande d’aide psychologique dans une salle d’urgence, rapport de recherche, Montréal, Centre de recherche de l’Institut Philippe Pinel, 1996.

L’évaluation de la comorbidité dans la maladie somatique requiert une grande familiarité avec le système des doubles diagnostics médicaux et psychiatriques, une connaissance de la double pharmacopée ainsi que de la double structure de traitement. Il arrive fréquemment que l’on n’évalue pas ou que l’on diagnostique mal les troubles de l’humeur lors des traitements médicaux.

Lorsqu’on parle de double diagnostic, il faut établir correctement la chronologie pour préciser quelle affection survient avant l’autre dans le temps. Même si une affection peut en précéder une autre, il n’y a pas forcément de cause directe ou obligatoire dans cette relation. De même, on présume souvent que la première affection déterminera l’évolution des deux maladies. Par exemple, un patient développe une maladie schizophrénique dans l’adolescence et, devenu adulte, une dépendance alcoolique. Tandis que ces deux maladies sont des pathologies chroniques et progressives, la schizophrénie déterminera le cheminement clinique individuel, même si l’on traite sérieusement l’alcoolisme. Par ailleurs, il existe une relation causale plus claire pour ce qui est de l’anxiété qui survient chez un alcoolique, car l’alcoolisme précède et induit l’anxiété. La progression de l’alcoolisme déterminera le pronostic des deux troubles, que l’anxiété soit traitée ou non par des moyens spécifiques.

Un autre exemple porte sur la dépression majeure, où alternent généralement une période d’exacerbation et une période de rémission, de telle sorte que cette maladie peut apparaître avant l’abus de [1819] drogues, mais pas nécessairement comme une comorbidité. Si la dépression est présente en même temps que l’alcoolisme, on ne peut présumer automatiquement qu’il s’agit d’un trouble dépressif comportant une récurrence. Vraisemblablement, on penserait que la dépression est plutôt reliée à la consommation d’alcool. Une dépression majeure récurrente pourrait être diagnostiquée au lieu d’une dépression induite par l’alcool, si le médecin oublie de vérifier que l’alcoolisme peut être une cause de la dépression ou, simplement, s’il ne sait pas comment diagnostiquer l’alcoolisme. L’erreur opposée dans le diagnostic peut survenir au sujet de l’alcoolique qui est gravement déprimé au moment où il consomme de l’alcool. Étant donné que la dépression majeure est fréquente dans la population en général, particulièrement chez les femmes, on doit considérer que la dépendance à l’alcool et l’abus d’alcool ne sont pas la seule cause de la dépression et qu’il peut exister une dépression majeure indépendamment de l’abus d’alcool.

Les praticiens et les chercheurs doivent aussi tenir compte des caractéristiques psychologiques des personnes alcooliques et des personnes abusant de drogues qui font preuve couramment de déni, de rationalisation, de minimisation associée à une déformation des perceptions et à une altération du jugement. Par exemple, les tests ASI et DIS utilisés en épidémiologie peuvent aider à distinguer ces situations.

77.3.1. Automédication

L’hypothèse de l’automédication présume que certaines personnes cherchent à traiter elles-mêmes leurs malaises psychiques ou physiques en utilisant des drogues ou de l’alcool. Miller (1993) dénonce cette hypothèse qui fait obstacle au diagnostic et au traitement de la toxicomanie. Même si, intuitivement, l’hypothèse de l’automédication est attirante, les études expérimentales et l’expérience clinique contredisent ce type d’explication. L’hypothèse de l’automédication est largement avancée par les patients eux-mêmes pour expliquer leur usage abusif d’alcool et de drogues. On sait que l’alcool et les drogues engendrent de l’anxiété et de la dépression, et que les alcooliques et les toxicomanes utilisent ces produits en dépit de l’augmentation de leur anxiété et de leur dépression. Cependant, les gens anxieux et déprimés qui ne sont pas alcooliques peuvent se sentir soulagés par l’alcool et les drogues, sans être portés à augmenter leur consommation. Ils auraient même tendance à la diminuer en raison du rôle que jouent l’alcool et les drogues dans la production de l’anxiété et de la dépression.

Westermeyer (1992) soutient que la difficulté d’établir un double diagnostic est reliée à un déni plus fort que l’habitude de consommer chez plusieurs patients schizophrènes qui font aussi un abus de substances, mais non chez tous les schizophrènes. Si l’on utilise une bonne technique d’entrevue, les patients révéleront peut-être l’importance de leur abus de substances et les problèmes qui y sont rattachés. Par contre, leur autocritique et leur compréhension de la nature du problème resteront faibles.

Il existe un taux élevé d’abus d’alcool et de drogues parmi les schizophrènes ; les praticiens doivent s’habituer à prêter attention à cet aspect. Pendant l’évaluation, ces derniers doivent surveiller les signes qui peuvent indiquer un abus d’alcool ou de drogues comme les signes d’une atteinte du lobe frontal ou l’incoordination motrice.

Pour qu’on puisse poser un diagnostic de schizophrénie, il faut que le patient soit abstinent depuis au moins 6 mois ou, de préférence, depuis 12 mois. Un diagnostic différentiel a donc une importance critique si l’on veut proposer un plan de traitement et envisager un pronostic. Il convient donc de demeurer vigilant et de chercher à déterminer si, derrière le premier diagnostic, il ne s’en cache pas un autre.

D’autres hypothèses que l’automédication ont aussi été avancées. Alors que Pechter, Janicak et Danis (1997) appuient cette dernière, montrant que l’abus d’alcool ou de drogues diminue les symptômes positifs et permet de surmonter les symptômes négatifs et les effets secondaires handicapants, Smith et Hucker (1994) croient pour leur part qu’il existe d’autres explications théoriques, comme l’influence de certains facteurs psychosociaux qui augmentent la possibilité de faire des abus et encouragent les interactions sociales au cours desquelles on abuse d’alcool ou de drogues. Ils soulignent l’acceptation « tolérante » de la société quant à ces usages en certaines circonstances (soirées sociales, happenings, raves, etc.). Quoi qu’il en soit, l’usage d’alcool, de cocaïne, d’amphétamines et d’hallucinogènes, connus pour leurs propriétés psychogènes, contribue à augmenter les symptômes psychotiques et même à précipiter l’apparition de la maladie chez les porteurs de schizophrénie.

Pechter, Janicak et Danis (1997) ont découvert que les hommes psychotiques qui avaient déjà utilisé [1820] des drogues avant l’apparition de leur première désorganisation schizophrénique présentaient une réponse beaucoup plus lente et pauvre aux antipsychotiques que ceux qui n’avaient jamais consommé de drogues. Ils ont donc émis l’hypothèse que l’usage précoce de drogues contribue à augmenter la psychose et amène une réponse réfractaire aux antipsychotiques en raison d’une atteinte des mécanismes dopaminergiques.

Selon une autre observation de Pechter, Janicak et Danis (1997), les patients schizophrènes qui sont atteints de comorbidité présentent très tôt au cours de leur maladie des symptômes négatifs, de façon prédominante, comparativement aux autres patients qui présentent des symptômes positifs et négatifs. Cette observation marque un contraste avec l’évolution habituelle de la schizophrénie, caractérisée par l’apparition hâtive de symptômes positifs, suivis de symptômes négatifs, qui prendront de l’importance. El-Guebaly (1990) se demande si des facteurs génétiques qui prédisposent à l’alcoolisme pourraient prédisposer aussi à d’autres affections à travers une association génétique. Cet auteur analyse la fréquence de la schizophrénie et de l’alcoolisme parmi des jumeaux, dont 34 paires de jumeaux monozygotes et 47 paires de jumeaux dizygotes qui avaient à la fois le diagnostic de schizophrénie et celui d’alcoolisme. Les deux pathologies prises de façon isolée étaient significativement plus fréquentes chez les jumeaux monozygotes, mais n’étaient pas corrélées comme on aurait pu s’y attendre.

El-Guebaly (1990) rappelle une étude d’une durée de 45 ans qui a comparé une cohorte de 456 personnes, des citoyens d’un centre-ville, et 204 diplômés de collèges de classe moyenne supérieure. Cette étude a montré que l’alcoolisme constitue une maladie primaire progressive qui est influencée de façon prémorbide par les antécédents familiaux, l’ethnie et les problèmes de comportement des adolescents.

En ce qui concerne l’hypothèse de l’automédication, cet auteur dit que le choix de la drogue prise par le patient peut être le résultat d’une relation entre l’action psychopharmacologique de la drogue et les sentiments douloureux dominants contre lesquels le patient doit lutter. Les opiacés font taire chez les patients les effets menaçants de la rage et de l’agressivité, tandis que la cocaïne peut diminuer la détresse associée à la dépression, l’hypomanie et l’hyperactivité.

Si l’on étudie l’étiologie de la comorbidité du point de vue du modèle de l’ajustement {coping), le patient voit l’abus de substances comme une façon de faire face à un stress prolongé devant lequel il se sent impuissant ; en abusant de drogues, il essaie de réinterpréter la réalité de façon cognitive et d’en diminuer l’aspect négatif. C’est ainsi que plusieurs jeunes patients s’initient en premier à la drogue, recherchant un effet positif, c’est-à-dire s’éclater et réduire le stress {getting high). Cependant, prises à long terme, les drogues peuvent intensifier le stress plutôt que de le diminuer, de sorte que leur usage ne correspond plus à un comportement d’ajustement. Arrive un moment où la personne ne peut plus faire de nouveaux apprentissages ni accroître son rendement et devient incapable d’affronter le stress par ses propres moyens. En conséquence, elle éprouve le besoin d’augmenter sa consommation de drogues et tombe dans l’abus.

77.3.2. Comorbidité et anxiété

L’épidémiologie de l’anxiété reliée à la comorbidité est aussi fort intéressante ; on y démontre la simultanéité élevée des syndromes d’anxiété associés à l’abus de drogues ou d’alcool et la présence d’agoraphobie, de phobie sociale, d’attaques de panique et de troubles anxieux chez une forte proportion de patients alcooliques.

Cela reflète probablement l’action des drogues ou de l’alcool sur l’adrénaline, provoquant un syndrome clinique qui ressemble à une anxiété généralisée ; ainsi, on a souvent observé un même trouble panique chez les individus intoxiqués.

On a aussi rapporté des taux élevés de symptômes d’anxiété associés à l’abus d’autres substances que l’alcool. Schuckit (1989) ainsi que Szuster, Pantuus et Compos (1988) croient qu’aux États-Unis de 20% à 30% des patients utilisant la marijuana ont pu avoir des problèmes reliés à l’alcool ou à l’abus d’autres substances. Une proportion similaire de patients présentent des troubles anxieux qui compliquent ce tableau, car on ne sait pas quelle est la source réelle de ces symptômes d’anxiété (Helzer et coll., 1988 ; Schuckit, 1985). On note aussi, à la suite du retrait de l’alcool ou des benzodiazépines, de hauts niveaux d’anxiété, surtout durant les premiers jours, chez au moins 80% des patients dont la plupart n’avaient jamais présenté d’états de panique ou d’anxiété auparavant.

[1821]

Par contre, le trouble panique apparaît comme intensifié par tous les stimulants, y compris la caféine (Schuckit, Irwin et Brown, 1990).

En ce qui concerne l’abus d’alcool et de substances associé aux troubles anxieux, il s’agit d’une situation clinique complexe. Ces deux types de troubles peuvent survenir ensemble pour plusieurs raisons (p. ex., le stress au travail et les problèmes conjugaux), et l’on note une prévalence élevée de ces deux types de troubles dans la population en général.

77.4. TRAITEMENT

Schuckit (1992) mentionne que plusieurs patients qui se présentent en clinique donnent des signes de troubles multiples et que leur histoire comporte plusieurs syndromes étalés dans le temps. Il faut alors déterminer quel traitement sera le plus utile et vérifier si des approches thérapeutiques multiples sont requises ou si la thérapie choisie pour un trouble risque de réduire l’efficacité de l’approche thérapeutique pour une autre pathologie.

Comme la comorbidité a des implications importantes pour le traitement, il est bon de se poser les questions suivantes :

- Est-ce que la présence d’un trouble de la personnalité peut masquer la présence et l’évolution d’une maladie mentale de l’axe I ?

- Est-ce que les traitements classiques doivent être modifiés lorsque deux troubles sont traités de façon simultanée (Wallen et Weiner, 1988) ?

- Est-ce que le traitement d’un trouble peut devenir dangereux face au traitement d’un autre trouble ?

Il faut aussi se demander si l’on est en présence de troubles indépendants, si un premier trouble a permis à un second de se développer ou si le second trouble peut comprendre les symptômes de la première maladie. Maser et Dinges (1993) apportent des preuves, que l’on constate de plus en plus dans les hôpitaux et les urgences psychiatriques, selon lesquelles les patients qui ont plus d’un trouble utilisent plus fréquemment les lits d’hôpitaux, se rendent aux urgences plus souvent, répondent plus lentement aux traitements, se suicident en plus grand nombre, meurent généralement plus tôt et font l’objet d’un pronostic beaucoup moins favorable que les patients schizophrènes qui ne souffrent d’aucun autre trouble.

Même si la question des patients ayant un double diagnostic n’est pas nouvelle, ce n’est que depuis quelques années qu’on a pris conscience des problèmes complexes que cette situation entraîne. Cela coïncide avec la reconnaissance par la société de l’ampleur des problèmes d’abus de substances en général.

Ces dernières années, plusieurs auteurs ont dénoncé le manque de soins intégrés pour ces patients et encouragé les efforts visant à mettre au point des traitements intégrés, et non plus séparés dans deux systèmes étanches, où chaque système exclut les patients à cause de la comorbidité qui les affecte (Minkoff, 1993 ; Ridgely, Goldman et Willenbring, 1990), ce qui amène ceux-ci à se considérer comme des laissés- pour-compte (Bachrach, 1987), ballottés entre un système et l’autre.

En 1989, Minkoff a été le premier chercheur à élaborer de façon claire et précise les modalités du traitement intégré. Il s’agit d’une intervention thérapeutique pour des patients qui ont des troubles mentaux graves comme la schizophrénie et qui reçoivent, en même temps, dans un programme intégré, des traitements pour leur abus de substances. Selon la philosophie de Minkoff, le traitement de ces deux maladies chroniques requiert une approche à long terme incluant la stabilisation, l’engagement personnel du patient dans son traitement et une thérapie psychoéducative.

Les patients sont traités par le même praticien ou la même équipe de praticiens dans un seul programme, car on veut s’assurer que le patient reçoit une explication homogène de sa maladie, une description cohérente du traitement, plutôt qu’un ensemble de messages contradictoires venant de différentes personnes. Le traitement intégré amène à réduire les conflits entre les praticiens, à éliminer pour le patient la difficulté consistant à suivre deux programmes de soins à la fois et donc à entendre des messages potentiellement conflictuels ; de même, il permet de diminuer les barrières financières et autres à l’accès au traitement et à la continuation de celui-ci.

Le traitement intégré peut consister en une structure de soins combinant le traitement des troubles mentaux comme tels et le traitement de l’abus de substances ; il peut se faire en milieu hospitalier ou à l’extérieur au moyen de l’hébergement et des programmes de jour. Depuis quelques années, l’équipe de [1822] Drake et coll. (1998) a incorporé plusieurs composantes du traitement intégré dans les services externes. Sa méthode va au-delà du suivi psychiatrique habituel, y adjoignant une surveillance quotidienne de la prise des médicaments, des services de soutien, une approche intensive pour que les patients s’engagent dans le traitement, un suivi de cas régulier et efficace dans la communauté, un suivi individuel, un suivi de groupe, des rencontres avec les familles au sujet des abus de substances de même que des conseils donnés à ce sujet et, dans certains cas, un soutien à domicile.

Avec les années, ces différents traitements intégrés ont évolué, se sont enrichis. Une littérature de plus en plus abondante ainsi que de nombreux projets de recherche démontrent le bien-fondé de ce type de traitement.

- Kofoed et coll. (1986) ont étudié 11 cas de comorbidité grave pris en charge par un programme hospitalier interne intégré. Il y a eu une diminution du nombre de journées d’hospitalisation, mais les patients n’ont pu atteindre l’abstinence totale.

- L’étude de Bond et coll. (1988) s’est penchée sur 56 cas de comorbidité grave traités dans le cadre du Program of Assertive Community Treatment (PACT) ou programme de suivi communautaire intensif. Il y a eu cinq fois moins d’hospitalisations pendant la durée de cette étude.

- Dans l’étude de Bond et coll. (1991), 97 cas de comorbidité ont suivi le traitement PACT. Les auteurs ont noté une diminution du nombre d’admissions à l’hôpital et de la durée du séjour, une diminution de l’usage de l’alcool et une augmentation des indices de satisfaction de la vie.

- Drake, McHugo et Noordsy (1993) ont suivi pendant 4 ans 18 cas de comorbidité. Une équipe externe effectuait un suivi communautaire intensif dans le cadre d’un programme intégré. Environ 11% des patients ont connu une rémission totale en 26,5 mois.

- Jerrell et Ridgely (1995) ont examiné 147 patients ayant un double diagnostic. Il y a eu trois types d’intervention comportementale :

1) un entraînement aux activités de la vie quotidienne ;

2) un suivi de cas individuel ;

3) la technique des 12 étapes des Alcooliques Anonymes (AA) dans un programme de santé mentale en milieu rural.

Les patients ont été évalués tous les six mois pendant deux ans à l’aide d’un autorapport multidimentionnel et de rencontres avec les chercheurs, lesquels ont eu recours à des mesures du fonctionnement psychosocial et à des échelles de symptômes psychiatriques, d’abus de drogues et d’abus d’utilisation des services. Les résultats obtenus sont les suivants :

• un changement dans le fonctionnement psychosocial ;

• une augmentation de la stabilité résidentielle et au travail ;

• une diminution de l’usage d’alcool et de drogues et des symptômes qui y sont reliés ;

• une diminution de l’utilisation des services de santé mentale à l’urgence et à l’hôpital ;

• une augmentation des services en externe et du suivi individuel.

Drake et coll. (1998) ont revu 36 études récentes sur l’efficacité des traitements intégrés pour les patients ayant fait l’objet d’un double diagnostic. Au moins 10 de ces études, qui comportaient un programme de traitement complet, intégré et en externe, démontrent le potentiel de ces programmes, qui incitent les patients à recevoir des services, les aident à réduire leur abus de substances et les acheminent vers la rémission. Ces succès sont reliés étroitement à l’adoption d’une approche externe intensive, à la gestion de cas individuelle et à une approche longitudinale de la motivation procédant étape par étape pour entraîner des résultats tels que l’abstinence, la stabilité résidentielle et la diminution du nombre d’hospitalisations.

Ces auteurs, qui demeurent très prudents, précisent que, même si certaines études présentées comportent de sérieuses limites, elles sont l’indication d’une évolution importante des services intégrés et de l’avancement de l’évaluation des méthodologies. Ils montrent que des services intégrés pour les doubles diagnostics peuvent être créés dans diverses structures cliniques, que des populations spéciales peuvent être attirées par ces services et qu’il est possible d’obtenir des bénéfices à court terme, incluant la réduction des hospitalisations et la diminution de l’abus de substances. [1823] Après qu’on a découvert, dans la pratique quotidienne, que les patients n’étaient pas prêts à subir des traitements pour un abus de substances orientés vers l’abstinence traditionnelle, on a mis au point plusieurs projets d’intervention par étapes comprenant différents niveaux d’engagement et de motivation chez les patients, et ce en vue de réduire d’abord les conséquences de l’abus de drogues. Grâce à ces projets, on a aussi pu mettre au jour les difficultés entourant l’utilisation des instruments d’évaluation traditionnels d’abus de substances comme l’ASI, ce qui a permis aux chercheurs d’élaborer d’autres types d’échelles plus performantes.

Cependant, les 10 études examinées qui comprenaient des programmes de traitement intégré pour les doubles diagnostics étaient beaucoup plus poussées. Ces études présentaient des avantages par rapport aux autres, car elles avaient incorporé des interventions sur la motivation, une approche intensive des patients (utilisation simultanée de plusieurs stratégies visant à renforcer les patients dans leur décision de réduire leur consommation), une gestion de cas très personnalisée, un soutien individuel et des interventions familiales. De plus, elles ont suivi les patients pendant plus d’une année. Certaines d’entre elles ont même pu évaluer la rémission, qui est définie comme suit : aucun abus de substances pendant six mois et plus.

Ces résultats démontrent l’efficacité de ce type de traitement intégré, surtout chez les patients qui ont été suivis pendant 18 mois ou plus. En effet, le traitement intégré a amené une réduction significative des abus de substances et, dans certains cas, une rémission complète, de même que la diminution de l’utilisation des services hospitaliers et l’atteinte d’autres objectifs, comme améliorer les relations familiales et de couple, retourner aux études ou vivre seul en appartement.

Le numéro de l’American Journal of Psychiatry de novembre 1995 (Mirin et coll., 1995) portant sur les patients qui font un usage abusif de substances — alcool, cocaïne et opioïdes — indique que les patients doivent être traités dans les structures les moins restrictives possible, qui soient à la fois sécuritaires et efficaces. Ils doivent pouvoir passer d’un niveau de soins à un autre, selon l’évaluation que l’on fait de leur état, de leurs besoins et de leurs capacités. Il faut que la planification du traitement et son application tiennent compte de la comorbidité psychiatrique, de l’affection médicale, du sexe (possibilité de grossesse, etc.), de l’âge, du milieu social, de l’environnement quotidien, des facteurs culturels et des caractéristiques familiales.

Par ailleurs, il est nécessaire d’apporter une attention spéciale aux traitements propres à la comorbidité. Les patients concernés ont besoin de traitements à long terme, dont l’intensité variera selon les moments et qui comprendront :

- la prise en charge psychiatrique ;

- des stratégies permettant d’atteindre l’abstinence et de réduire les effets des drogues illicites ;

- des efforts pour augmenter la fidélité aux programmes de soins, pour prévenir les rechutes et pour améliorer le fonctionnement global ;

- des traitements additionnels, soit en psychiatrie, soit sur le plan psychosocial, soit au point de vue de la désintoxication, afin de tenir compte des affections en cause dans la comorbidité.

Il est recommandé que ces traitements soient inclus dans un programme comportant une évaluation psychiatrique complète, des traitements psychosociaux et des traitements à long terme pour la réadaptation de ces patients.

\*  
\* \*

Les programmes de soins qui s’intéressent à la comorbidité, surtout en ce qui concerne la schizophrénie associée à l’abus de substances, doivent comprendre des traitements sophistiqués sur les plans psychiatrique, psychopharmacologique et psychothérapeutique, offrir des possibilités de désintoxication sécuritaire, inclure la prévention des rechutes, faire appel à la technique des 12 étapes des AA et proposer un traitement à long terme pour aider ces patients à surmonter les difficultés qu’ils expérimenteront à différents stades du processus de réadaptation.

Drake et coll. (1998) concluent que, vu l’importance du problème de la comorbidité, il est nécessaire de mener plus de recherches contrôlées non seulement pour examiner des programmes de traitement intégré par rapport à des programmes de traitement non intégré, mais aussi pour étudier les différentes composantes des interventions intégrées. La plupart de ces études devraient être longitudinales, parce que l’abus de substances comme les maladies mentales sont chroniques et s’accompagnent de rechutes, de réhospitalisations et de reprises de traitement. Ainsi, [1824] les programmes et les services doivent être expérimentés pendant une période appropriée, assez longtemps pour qu’on puisse en évaluer les résultats à long terme.

Si l’on combine un excellent traitement de la maladie psychiatrique avec un excellent traitement de la dépendance à des substances, certains de ces programmes spécialisés devraient améliorer de façon substantielle le pronostic quant à la comorbidité chez une population de patients qui a toujours été très difficile à joindre et à traiter, et qui l’est même de plus en plus.

Beaucoup de recherches sont faites au sujet de la comorbidité liée à d’autres affections. Les prochaines années seront marquées par de nouvelles perspectives, de nouvelles approches et de nouveaux traitements. On pourra alors élaborer différentes stratégies axées sur la comorbidité.

Bibliographie

Ananth, J., et coll.

1989 « Missed diagnosis of substance abuse in psychiatric patients », *Hospital and Community Psychiatry,* vol. 40, p. 297-299.

Bachrach, L.L.

1987 « The context of care for the clinic mental patient with substance abuse », *Psychiatr. Q.,* vol. 58, p. 3-14.

Beckham, J.C., et coll.

1997 « Self-efficacy and adjustment in cancer patients : A preliminary report », *Behav. Med.,* vol. 23, n° 3, p. 138-142.

Bond, G. et coll.

1991 « Assertive community treatment and reference groups : An évaluation of their effectiveness for young adults with serious mental illness and substance abuse problems », *Psychosocial Rehabilitation Journal,* vol. 15, n° 2, p. 31-43.

1988 « Assertive case management in three CMHC : A controlled study », *Hospital and Community Psychiatry,* vol. 39, p. 411-418.

Côté, G., et Hodgkins, S.

1996 Problème d'alcool, problème de drogues et conduite antisociale chez des sujets en demande d'aide psychologique dans une salle d'urgence,rapport de recherche, Montréal, Centre de recherche de l’Institut Philippe Pinel.

DRAKE, R.E., et coll.

1998 « Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders », *Schizophr. Bull.,* vol. 24, n° 4, p. 589-608.

Drake, R.E., McHugo, G., et Noordsy, D.

1993 « Treatment of alcoholism among schizophrenie out-patients : 4 year outcomes », *Am. J. Psychiatry,* vol. 150, n° 2, p. 328-330.

Drake, R.E., Teague, G.B., et Warren, R.S.

1990 « The New Hampshire Dual Diagnosis Program for people with severe mental illness and substance abuse*», Addiction and Recovery,* vol. 10, p. 35-39.

El-Guebaly, N.

1990 « Substance abuse and mental disorders. The dual diagnosis concept », *Can. J. Psychiatry,* vol. 32, p. 261-267.

First, M.B., et coll.

1996 Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID), Washington, American Psychiatric Press.

Guy, W.

1976 *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology,* Rockville (Md.), U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Heakh Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, Psy-chopharmacology Research Branch, Division of Extramural Research Programs.

Helzer, J.E., et coll.

1988 « Alcoholism : A cross national comparison of population surveys with the Diagnostic Interview Schedule », dans R.M. Rose et J. Barret (sous la dir. de), *Alcoholism : Origins and Outcome,* New York, Raven, p. 31-50.

Jerrell, J.M., et Ridgely, M.S.

1995 « Evaluating change in symptom and functioning of dually diagnosed clients in specialized treatment », *Psychiatr. Serv.,* vol. 46, n° 3, p. 233-238.

Katz, J.L.

1992 « Eating disorders and substance abuse disorders », dans A. Tasman et M.B. Riba (sous la dir. de), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry,* vol. 11, Washington (D.C.), American Psychiatric Press, p. 436-438.

Kessler, R.C., et coll.

1994 « Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R : Psychiatric disorders in the United States », *Arch. Gen. Psychiatry,* vol. 51, p. 8-19.

Kiesler, C.A., Simpkins, C.G., et Mortin, T.L.

1991 « Prevalence of dual diagnoses of mental and substance abuse disorders in general hospitals », *Hospital and Community Psychiatry,* vol. 42, n° 4, p. 400- 403.

[1825]

Kofoed, L., et coll.

1986 « Outpatient treatment of patients with substance abuse and coexisting psychiatric disorders », Am. J. *Psychiatry,* vol. 143, p. 867-872.

KORANYI, E.K.

1979 « Morbidity and rate of undiagnosed physical illnesses in a psychiatric clinic population », *Arch. Gen. Psychiatry,* vol. 36, n° 4, p. 414-419.

LYNESS, J.M., et coll.

1993 « Depressive symptoms, medical illness, and functional capacity in depressed psychiatric inpatients », *Am. J. Psychiatry,* vol. 150, n° 6, p. 910-915.

McLellan, T., et coll.

1980 « An improved diagnostic evaluation for substance abuse patients », J. *Nerv. Ment. Dis.,* vol. 168, n° 1, p. 26-34.

Maser, J.D., et Dinges, N.

1993 « Comorbidity-meaning and user in cross-cultural clinical research », *Culture, Medicine and Psychiatry,* Pays-Bas, Kluwer Academic Publishers, vol. 165, p. 409-425.

Miller, N.S.

1993 « Comorbidity of psychiatrie and alcohol/drug dis-orders : Interactions and independent status », dans *Comorbidity of Addictive and Psychiatric Disorders,* Binghampton (N.Y.), Haworth Press, p. 5-16.

Minkoff, K.

1993 « Intervention strategies for people with dual diagnosis », *Innovation and Research,* vol. 2, n° 4, p. 11- 17.

Minkoff, K., et Drake, R.E.

1991 Dual Diagnosis of Major Mental Illness and Substance Disorder, San Francisco, Jossey-Bass*.*

Mirin, M., et coll.

1995 Practice Guideline for the Treatment of Patients with Substance Use Disorders : Alcohol, Cocaine, Opioids, suppl. de l’Am. J. Psychiatry,vol. 152, n° 11.

Mueser, K.T., Bellack, A.S., et Blanchard, J.J.

1992 « Comorbidity of schizophrenia and substance abuse : Implications for treatment », *Journal of Counselling and Clinical Psychology,* vol. 60, p. 845- 856.

Overall, J.E., et Gorham, D.R.

1962 « The Brief Psychiatric Rating Scale », *Psychol. Rep.,* vol. 10, p. 799-812.

Pechter, B.M., Janicak, G.P., et Danis, J.M.

1997 « Psychopharmacotherapy of the dually diagnosed : Novel approaches », dans N.S. Miller (sous la dir. de), *The Principles and Practice of Addictions in Psychiatry,* Philadelphie, W.B. Saunders, p. 521-531.

Pedersen, B.

1990 Dual-Disorders, Psychoactive Substance Use Disorders and Non-Addictive Mental Disorders, from 1980’s to 1990’s,document de travail inédit.

Regier, D.A., et coll.

1990 « Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse : Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study », *Comorbidity of Mental Disorders,* vol. 264, n° 19, p. 2511-2518.

Rice, D.P., et Kelman, S.

1989 « Measuring comorbidity and overlap in the hospitalization cost for alcohol and drug abuse and mental illness », *Inquiry,* vol. 26, p. 249-260.

Ridgely, M.C., Goldman, H.H., et Willenbring, M.

1990 « Barriers to the care of persons with dual diagnosis », *Schizophr. Bull.,* vol. 16, p. 123-132.

Salloum, I., Mass, H., et Daley, D.

1991 « Substance abuse and schizophrenia : Impediments to optimal care », *Am. J. Drug Alcohol Abuse,* vol. 17, n° 3, p. 321-336

Schubert, D.S., et coll.

1988 « A statistical evaluation of the literature regarding the associations among alcoholism, drug abuse, and antisocial personality disorder », *Int. J. Addict.,* vol. 23, n° 8, p. 797-808.

SCHUCKIT, M.A.

1992 « Anxiety disorders and substance abuse », dans A. Tasman et M.B. Riba (sous la dir. de), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry,* vol. 11, Washington (D.C.), American Psychiatric Press, p. 402- 417.

1989 *Drug and Alcohol Abuse,* 3e éd., New York, Plenum.

1985 « The clinical implications of primary diagnosis groups among alcoholics », *Arch. Gen. Psychiatry,* vol. 42, p. 1043-1049.

Schuckit, M.A., Irwin, M., et Brown, S.A.

1990 « History of anxiety among 171 primary alcoholics », *J. Stud. Alcohol,* n° 51, p. 34-41.

Selzer, M.L., Venakur, H., et Von Rooijen, L.

1975 « Self-administered short Michigan Alcoholism Screening Test (SMAST) », *J. Stud. Alcohol,* vol. 36, p. 117-126.

Smith, J., et Hucker, S.

1994 « Schizophrenia and substance abuse », *Br. J. Psychiatry,* vol. 165, p. 13-21.

Snyder, S., et coll.

1992 « Prevalence of mental disorders in newly admitted medical inpatients with AIDS », *Psychosomatics,* vol. 33, n° 2, p. 166-170.

Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., et Gibbon, M.

1988 *Structured Clinical Interview for DSM-III-R* — *Patient Version (SCID-P),* New York, New York State Psychiatric Institute Biometries Research.

Szuster, R.R., Pantuus, E.B., et Compos, P.E.

1988 « Marijuana sensitivity and panic anxiety », J. *Clin.**Psychiatry,* vol. 49, p. 427-429.

[1826]

Wallen, M.C., et Weiner, H.D.

1988 « The dually diagnosed patients in an important clinical dependency treatment program*», Alcoholism Treatment Quarterly,* vol. 5, p. 197-218.

Weiss, R.D., Mirin, S.M., et Frances, R.J.

1992 « The myth of the typical dual diagnosis patient », *Hospital and Community Psychiatry,* vol. 43, n° 2, p. 107-108.

Westermeyer, J.

1992 « Schizophrenia and substance abuse », dans A. Tasman et M.B. Riba (sous la dir. de), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry,* vol. 11, Washington (D.C.), American Psychiatric Press, p. 379-401

Lectures complémentaires

Bartels, S.J., et Drake, R.E.

1991 « Dual diagnosis : New challenges and directions », *California Journal of the Alliance for the Mentally III,* vol. 2, p. 6-8.

Bartels, S .J., et Liberto, J.

1995 « Dual diagnosis in the elderly », dans A. Lehman et L. Dixon (sous la dir. de), *Double Jeopardy : Chronic Mental Illness and Substance Abuse,* New York, Harwood Academic Publishers.

Drake, R.E.

1995 « Substance abuse and mental illness recent research », *NAMI Advocate,* vol. 15, n° 4, p. 5-6.

Drake, R.E., et coll.

1998 *Readings in Dual Diagnosis,* Columbia (Md.), International Association of Psychosocial Rehabilitation Services.

1997 « Integrated treatment for dually diagnosed homeless adults », J. *Nerv. Ment. Dis.,* vol. 185, p. 298-305.

Mercer-McFadden, C., et coll.

1998 Substance Abuse Treatment for People with Severe Mental Disorders. A Program Managers Guide, Concord (N.H.), New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center*.*

Mueser, K.T., Drake, R.E., et Noordsley, D.L.

1998 « Integrated mental health and substance abuse treatment for severe psychiatric disorders », *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health,* vol. 4, n° 3, p. 129-139.

Mueser, K.T., Drake, R.E., et Wallach, M.

1998 « Dual Diagnosis : A review of etiological theories », *Addict. Behav.,* vol. 23, n° 6, p. 717-734.

[1827]

[1828]

**Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale**Tome 2. Spécialités, traitements, sciences fondamentales  
et sujets d’intérêt

SIXIÈME PARTIE  
*Sujets d’intérêt*

Chapitre 78

MANIFESTATIONS  
PSYCHIATRIQUES  
DU SIDA

[Retour à la table des matières](#tdm)

José L. Fabian, M.D., F.R.C.P.C.

Psychiatre, chef de service à l’Hôpital Louis-H. Lafontaine (Montréal)

Professeur adjoint de clinique au Département de psychiatrie de l’Université de Montréal

[1829]

**PLAN**

78.1. Épidémiologie des complications psychiatriques

78.2. Complications psychiatriques

78.2.1. Delirium

• Étiologie • Traitement

78.2.2. Troubles cognitifs

• *Trouble neurocognitif léger* • *Démence*

78.2.3. Psychose

*• Épidémiologie • Étiologie* • *Description clinique et évolution • Diagnostic différentiel • Traitement*

78.2.4. Troubles de l’humeur

*• Épidémiologie • Étiologie* • *Description clinique et diagnostic • Traitement*

78.2.5. Troubles de l’adaptation

*• Épidémiologie* • *Description clinique • Traitement*

Bibliographie

Lectures complémentaires

[1830]

Le virus de l’immunodéficience humaine (VIH) est le facteur causal du syndrome immunodéficitaire acquis (sida). Il s’agit d’un virus, transmis généralement par un contact sexuel ou par un transfert de fluides corporels, tel le sang, qui possède des propriétés lymphotro- piques et neurotrophiques. Le VIH infecte les cellules de la lignée lymphocytaire, entraînant une immunosuppression qui facilite l’apparition d’infections opportunistes et de certaines néoplasies. L’infection du système nerveux central (SNC) par le VIH peut se traduire par un éventail de syndromes neurologiques.

Dans le domaine de la santé mentale, l’épidémie de VIH a représenté un défi de taille, car les services et les intervenants ont dû s’adapter à une maladie susceptible d’avoir des complications psychiatriques et neuropsychiatriques sérieuses. En effet, les atteintes cérébrales constituent un des aspects biologiques majeurs de l’infection et les conséquences psychologiques de la séroconversion et de la progression de la maladie peuvent s’avérer dévastatrices, en raison du pronostic, de l’absence de traitement curatif et des répercussions sociales. L’intérêt que présente le VIH pour la psychiatrie est double. D’un côté, il relève d’un champ d’étude qui se situe à la frontière de la psychiatrie et de la neurologie et qui s’intéresse aux effets de l’infection par le VIH sur le cerveau. De l’autre côté, il soulève des questions qui concernent la psychiatrie et la psychologie et qui portent sur l’impact psychologique de l’infection par le VIH et du sida.

Au cours des dernières années, d’importantes données sur la gravité et sur la variété des complications psychiatriques de l’infection par le VIH et du sida ont pu être recueillies.

78.1. ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES COMPLICATIONS  
PSYCHIATRIQUES

Les complications psychiatriques et neuropsychiatriques semblent fréquentes au cours de l’évolution de l’infection par le VIH (Nichols et Ostrow, 1984). Les premières explications de la morbidité psychiatrique chez les personnes atteintes du sida mettaient l’accent sur les répercussions émotionnelles de la maladie. Par la suite, on a prêté attention surtout aux complications neuropsychiatriques accompagnant l’infection par le VIH. Il est devenu évident que le VIH atteint le SNC (McArthur, Cohen et Farzedegan, 1988 ; Marshall et coll., 1988), et l’on estime que 75% des personnes souffrant du sida finissent par présenter des signes d’atteintes cérébrales (Levy et Bredesen, 1989).

Selon certaines estimations, de 30% à 65% des patients sidéens requièrent, au cours de l’évolution de la maladie, une consultation psychiatrique (Dilley, Ochitil et Perl, 1985 ; Fabian, 1990) ou présentent un trouble psychiatrique (Atkinson et coll., 1988 ; Perry etTross, 1984). Les diagnostics les plus fréquents sont ceux de troubles mentaux consécutifs à une atteinte cérébrale et de troubles de l’adaptation (Baer, 1989 ; Fabian, 1990 ; Mazzoti et coll., 1992).

Des études ont examiné les complications psychiatriques en tenant compte des stades initiaux de l’infection, alors que le diagnostic de sida n’est pas encore posé. Les constatations étaient similaires chez ces patients (Rundell et coll., 1988). Les raisons les plus fréquentes de la consultation étaient l’évaluation de troubles cognitifs, de symptômes dépressifs, d’anxiété et de difficultés adaptatives. On a remarqué que le risque d’apparition d’un trouble psychiatrique augmentait avec l’évolution de l’infection par le VIH et que des anomalies cognitives dans les stades initiaux de l’infection étaient rares.

Ces données laissent supposer une vulnérabilité des personnes infectées par le VIH aux troubles psychiatriques et neuropsychiatriques, en raison de l’incidence élevée d’atteintes cérébrales et des difficultés adaptatives consécutives au stress grave associé à cette maladie. Cependant, la plus grande prévalence de troubles psychiatriques chez les groupes à risque par rapport à l’infection par le VIH (Atkinson et coll., 1988) indique la possibilité que, dans plusieurs cas, la maladie psychiatrique précède le développement de l’infection.

Une étude (Chuang et coll., 1992) comparant l’incidence des troubles psychiatriques chez les patients séropositifs à différents stades de l’infection à celle que l’on observe chez les sujets séronégatifs considérés comme à risque quant à l’infection par le VIH (sujets homosexuels, bisexuels, vivant avec un partenaire séropositif ou utilisant des drogues intraveineuses) révélait un taux de morbidité psychiatrique significativement supérieur chez le groupe séropositif. La différence était particulièrement importante pour ce qui est des troubles de l’adaptation dans le cas de sujets séropositifs à différents stades de l’infection et en ce qui concerne les troubles cognitifs et mentaux [1831]consécutifs à une atteinte cérébrale chez les sujets atteints du sida.

Il semble donc que l’infection par le VIH rende l’individu vulnérable au développement de problèmes psychiatriques. Cependant, à l’exception de cas présentant une perturbation mentale ou bien de personnes chez qui les troubles psychiatriques ont une origine médicale et chez qui on peut facilement déceler une atteinte cérébrale, il est malaisé de déterminer de façon précise le rôle de l’infection par le VIH dans l’éclosion de ces troubles.

78.2. COMPLICATIONS  
PSYCHIATRIQUES

L’apparition de perturbations mentales au cours de l’évolution de l’infection par le VIH doit faire envisager sérieusement la possibilité d’une atteinte cérébrale. En effet, les atteintes cérébrales et les perturbations mentales consécutives à des affections médicales associées à l’infection par le VIH sont des complications fréquentes chez les patients atteints du sida. On rapporte que 65% des patients hospitalisés pour le sida présentent un trouble mental dont il est possible de déterminer l’étiologie médicale (Perry et Tross, 1984). Ces perturbations mentales peuvent apparaître même s’il n’y a aucun signe d’atteinte systémique, le VIH pouvant toucher le cerveau avant que des manifestations systémiques soient observables (Perry, 1990).

On relève des tableaux de delirium, de démence, de troubles affectifs et de troubles psychotiques consécutifs à une affection médicale, ainsi que des tableaux de changement de personnalité et de troubles cognitifs discrets. Ils résultent d’une atteinte directe du SNC par le VIH ou sont une conséquence directe ou indirecte des anomalies immunitaires associées à l’infection par le VIH (Berger, 1987), ou correspondent à des troubles iatrogènes. Les infections et les syndromes para-infectieux sont les causes les plus fréquentes ; cependant, les tumeurs et les syndromes paranéoplasiques peuvent aussi survenir (Britton et Miller, 1984) [voir le tableau 78.1].

TABLEAU 78.1

Étiologie des atteintes cérébrales dans l’infection par le VIH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Atteintes infectieuses** | **Atteintes néoplasiques** | **Atteintes métaboliques** | **Atteintes vasculaires** |
| **Affections virales**  VIH (infection directe) Cytomégalovirus Herpès simplex type 1  Herpès simplex type 2  Herpès zoster  Adénovirus  **Affections bactériennes**  *Treponema pallidium*  *Mycobacterium tuberculosis*  *Mycobacterium avium*  **Affections fongiques** *Cryptococcus neoformans*  *Aspergillus fumigatus Histoplasma capsulatum Candida albicans*  **Affections parasitaires**  *Toxoplasma gondii*  *Tænia solium* | Tumeur primaire  Lymphome  Métastases | Anomalies électrolytiques  Déficits vitaminiques  Effets secondaires des médicaments | Hémorragies  Embolies  Artérites para-infectieuses |

[1832]

78.2.1. Delirium

Les atteintes systémiques fréquentes dans le sida, les atteintes cérébrales et les nombreux médicaments utilisés en cours de traitement rendent les personnes affectées de cette maladie vulnérables au développement d’épisodes confusionnels aigus. Bien qu’il existe peu de données précises sur la prévalence et l’incidence du delirium dans l’infection par le VIH, certains auteurs ont rapporté des épisodes de delirium chez 30% à 43% des patients atteints du sida (O’Dowd et McKegney, 1990 ; Perry et Tross, 1984). On estime qu’il existe un processus confusionnel aigu, souvent non détecté, chez 43% à 65% des patients hospitalisés.

Étiologie

Plusieurs affections peuvent causer un tableau de delirium dans le contexte de l’infection par le VIH. Outre les syndromes infectieux, para-infectieux, néoplasiques et métaboliques, il ne faut pas oublier que plusieurs médicaments anti-infectieux, antinéoplasiques et psychotropes utilisés dans le traitement du sida peuvent produire des hallucinations, des perturbations thymiques et des états confusionnels aigus. Les facteurs étiologiques du delirium dans l’infection par le VIH sont :

- les infections opportunistes du SNC ;

- les infections opportunistes d’autres organes (p. ex., pneumonie à *Pneumocystis carinii* par mécanisme d’hypoxie) ;

- les infections opportunistes systémiques (p. ex., bactériémie à staphylocoques) ;

- les néoplasies opportunistes (p. ex., lymphome du SNC, sarcome de Kaposi avec atteinte du SNC) ;

- les troubles métaboliques (p. ex., anomalies hydroélectrolytiques) ;

- les médicaments psychotropes, anti-infectieux et antinéoplasiques.

Traitement

Le traitement du delirium dans l’infection par le VIH suit les principes généraux du traitement des états confusionnels aigus. Il faut traiter l’affection médicale sous-jacente, maintenir l’équilibre électrolytique et nutritionnel, fournir un environnement sécuritaire et rassurant (chambre calme et bien éclairée, veilleuse la nuit, horloge et calendrier pour favoriser l’orientation, restriction du nombre de visiteurs et du personnel, membre rassurant de la famille au chevet, etc.), corriger le cycle veille-sommeil et assurer une sédation adéquate de l’agitation. Dans les cas d’agitation grave, l’utilisation de médicaments antipsychotiques incisifs (p. ex., halopéridol) à faible dose, seuls ou en combinaison avec le lorazépam, est souvent efficace et sécuritaire (Brietbart, Platt et Marotta, 1991 ; Fernandez, Levy et Monsell, 1989). Cependant, étant donné que ces patients semblent vulnérables aux effets secondaires extrapyramidaux et anticholinergiques (Baer, 1989 ; Harris et coll., 1991) et peut-être au syndrome neuroleptique malin (Brietbart, Marotta et Call, 1988), il est recommandé de maintenir la dose la plus faible possible. L’emploi de benzodiazépines seules est rarement efficace.

78.2.2. Troubles cognitifs

Le cerveau est une cible fréquente du dommage causé par le sida. Outre les infections opportunistes, le VIH lui-même peut produire une destruction du SNC. Le syndrome cognitivomoteur associé au VIH (ou encéphalopathie due au VIH, AIDS dementia complex, encéphalopathie subaiguë due au VIH) est considéré comme la complication neuropsychiatrique la plus fréquente. Il comprend deux types de troubles : le trouble neurocognitif léger et la démence associée au VIH.

L’agent causal serait le VIH-1, qui infecte les cellules du cerveau et provoque, par différents mécanismes, une destruction progressive de la substance blanche et des structures sous-corticales. L’étude neuropathologique des cerveaux atteints démontre généralement une encéphalite propre à l’infection par le VIH caractérisée par des cellules géantes multinucléées, des macrophages, des cellules microgliales et des lymphocytes.

Trouble neurocognitif léger

Le terme « trouble neurocognitif léger » a été créé par le Centre de recherche neurobehaviorale sur le VIH de San Diego pour désigner une atteinte cognitive discrète consécutive à l’encéphalopathie due au VIH. Celle-ci se traduit par une réduction de la vitesse du traitement de l’information, une atteinte de la capacité [1833] d’attention et une difficulté de l’apprentissage et de la collecte d’informations nouvelles (Grant et Heaton, 1990). Les critères diagnostiques sont définis par la présence de déficits touchant deux ou plusieurs fonctions cognitives qui entraînent une légère perturbation du fonctionnement social ou professionnel (voir le tableau 78.2). On estime que 50% des patients atteints du sida remplissent ces critères (Grant, Heaton et Velin, 1993). L’Académie américaine de neurologie a élaboré des critères similaires pour diagnostiquer et décrire ce trouble (Janssen, Cornblath et Epstein, 1991).

Dans le DSM-IV, ce syndrome peut être diagnostiqué sous la rubrique du trouble cognitif non spécifié (code 294.9) ou de la modification de la personnalité due à une affection médicale générale (code 310.1 ; voir le tome I, tableau 18.3, p. 454).

Il n’a pas encore été établi clairement si les individus séropositifs asymptomatiques présentent des changements cognitifs décelables, les données sur ce point étant sujettes à discussion. Cependant, il est reconnu que lorsque les patients deviennent plus symptomatiques, même si un diagnostic de sida n’est pas encore posé, ils sont plus susceptibles de présenter des changements neuropsychologiques.

Démence

Il existe peu d’études bien documentées sur la prévalence et l’incidence de la démence dans l’infection par le VIH. Certaines données indiquent que 60% des personnes séropositives développent des difficultés cognitives et que de 15% à 19% présentent des problèmes cognitifs assez graves pour répondre aux critères de démence (McArthur, Hoover et Bacellar, 1993). Depuis l’utilisation précoce de traitements comme l’AZT (azidothymidine ou zidovudine) et, plus récemment, la didanosine, d’autres nucléosides et les inhibiteurs de la protéase, surtout en trithérapie, des tableaux de démence semblent survenir moins fréquemment. Cependant, il y a peu d’études contrôlées sur l’action de ces traitements sur les fonctions cognitives. Des lésions cérébrales significatives causées par le VIH ont été relevées chez 20% à 30% des patients après leur mort (Atkinson et coll., 1992).

Description clinique

La présentation initiale se caractérise par des changements cognitifs, comportementaux et moteurs, discrets et insidieux, progressant en général lentement vers un tableau de démence. Le tableau 78.3 donne les manifestations les plus fréquentes.

Le diagnostic de démence est posé lorsque le tableau clinique répond aux critères diagnostiques du DSM-IV (voir le tableau 78.4, p. 1834-1835). Le tableau peut se compliquer de delirium et de symptômes psychotiques.

TABLEAU 78.2

Critères diagnostiques du trouble neurocognitif léger associé au VIH

|  |
| --- |
| A. Anomalies cognitives, motrices et comportementales (1 et 2) :  (1) Au moins deux anomalies parmi les suivantes :  - atteinte de l’attention ou de la concentration ;  - ralentissement psychique ;  - atteinte mnésique ;  - ralentissement moteur ;  - incoordination ;  - changement de personnalité.  (2) Mise en évidence de (1) par une évaluation clinique neurologique ou par des tests neuropsychologiques.  B. Perturbation légère du fonctionnement social ou professionnel.  C. Ne remplit pas les critères de la démence.  D. Il n’y a pas de preuves d’infection opportuniste active du SNC, de néoplasie ou de maladie systémique et le trouble n’est pas attribuable exclusivement à un abus de substances ou à un autre trouble psychiatrique. |

Source : Centre de recherche neurobehaviorale sur le VIH.

TABLEAU 78.3

Manifestations cliniques de l’encéphalopathie due au VIH

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Atteinte des fonctions cognitives** | **Atteinte du comportement** | **Atteinte de la motricité** |
| Agnosie (dans les phases terminales)  Altération de la fonction d’exécution  Altération de la mémoire  Aphasie (dans les phases terminales)  Baisse de la concentration  Difficulté d’apprentissage  Difficulté de classement  Difficulté de résolution de problèmes  Trouble de l’attention | Anergie  Apathie  Désinhibition  Dysphorie  Fatigue  Perte de motivation  Retrait social | Altération de la motricité fine  Détérioration de l’écriture  Hyperréflexie  Instabilité de la démarche  Maladresse  Ralentissement |

[1834]

TABLEAU 78.4

Critères diagnostiques de la démence due à la maladie du VIH

| DSM-IV  294.9 Démence due à la maladie du VIH | CIM-10  F02.4 Démence de fa maladie due au virus de Timmunodé- ficience humaine (VIH) |
| --- | --- |
|  | A. Répond aux critères généraux (G1 à G4) d’une démence. |
| A. Apparition de déficits cognitifs multiples, comme en témoignent à la fois :  (1) une altération de la mémoire (altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler les informations apprises antérieurement) ; | A. (Gl.) Mise en évidence de (1) et (2) :  (1) Altération de la mémoire, avant tout de l’apprentissage des informations nouvelles, et dans les cas les plus sévères, le rappel des informations apprises antérieurement :  *Altération légère*: Interférence avec les activités de la vie quotidienne (AVQ), mais le sujet garde la capacité de vivre de façon indépendante. Atteinte de l'apprentissage d’informations nouvelles.  *Altération moyenne*: Handicap sérieux pour vivre de façon indépendante. Seules les données très personnelles et celles ayant fait l’objet d’un apprentissage intense sont conservées. Incapacité de retenir les informations de base (domicile, activités récentes, nom des proches).  *Altération sévère*: Aucune information nouvelle n’est retenue. Seuls persistent des fragments d’informations retenues antérieurement. Le sujet ne reconnaît plus ses proches.  (2) Altération d’autres fonctions cognitives, caractérisée par une détérioration du jugement et de la pensée et du traitement général des informations. On doit mettre en évidence une détérioration par rapport à un niveau de performance prémorbide plus élevé :  *Altération légère*: Interférence avec les AVQ, mais le sujet garde la capacité de vivre de façon indépendante. Incapacité d’entreprendre des tâches quotidiennes ou des activités de loisir complexes.  *Altération moyenne*.- Le sujet doit être assisté dans ses activités quotidiennes. Seules les tâches ménagères simples peuvent être accomplies. Les activités sont très réduites et peu soutenues.  *Altération sévère*: Le sujet ne présente plus ou pratiquement plus d’idéation intelligible. |
|  |
| (2) une (ou plusieurs) des perturbations cognitives suivantes :  (a) aphasie ;  (b) apraxie ;  (c) agnosie ;  (d) perturbation des fonctions exécutives (faire des projets, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite). | Le diagnostic peut être étayé ppar le mise en évidence d’une altération d,autres fonctions corticales supérieures, se traduidaant par exemple par uneaphasie, une agnosie, une apraxie. |
| B. Les déficits cognitifs des critères A(l) et (2) sont tous les deux à l’origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représentent un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur. | La sévérité globale de la démence doit être déterminée à partir du degré d’altération la plus sévère, *soit* de la mémoire soit d’autres fonctions cognitives.  Tout jugement relatif à la capacité de vivre de façon indépendante doit tenir compte du contexte culturel. |
|  | A. (G3.) Altération du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation, comme en témoigne la présence d’au moins une des manifestations suivantes :  (1) labilité émotionnelle ;  (2) irritabilité ;  (3) apathie ;  (4) altération du comportement social. |

[1835]

TABLEAU 78.4

Critères diagnostiques de la démence due à la maladie du VIH (suite)

|  |  |
| --- | --- |
| **DSM-IV**  **294.9 Démence due à la maladie du VIH** | **CIM-10**  **F02.4 Démence de fa maladie due au virus de l’immunodéficience humaine (VIH)** |
|  | (G4.) Pour un diagnostic clinique certain, présence nette du critère G1 depuis au moins six mois. |
| C. Il existe des preuves, d’après l’histoire de la maladie, l’examen physique ou les analyses de laboratoire, que la perturbation est une conséquence physiologique directe de l'infection par le VIH. | B. Mise en évidence d’une infection à VIH. |
| C. Absence d’arguments, d’après l’histoire de la maladie, l’examen physique et les investigations complémentaires, en faveur d’une autre cause de démence, y compris d’autres maladies, lésions ou dysfonctionnements du cerveau (p. ex., une maladie d’Alzheimer, une maladie cérébrovasculaire, une maladie de Parkinson, une maladie de Huntington, une hydrocéphalie à pression normale), d’une maladie somatique (p. ex., une hypothyroïdie, une carence en vitamine B12 ou en acide folique, une hypercalcémie) ou d’un trouble mental organique induit par l’alcool ou une autre substance psychoactive. |
| D. Les déficits ne surviennent pas de façon exclusive au cours de l’évolution d’un delirium. | A. (G2.) Persistance de la conscience de l'environnement pendant une durée assez longue pour permettre la mise en évidence sans équivoque du critère Gl. En présence de delirium, le diagnostic de démence doit être différé. |

**Source** : American Psychiatric Association (1994)-, trad.. française DSM-IV- *Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux*, Paris, Masson, 1996.World Health Organization (1993), trad.. française *Classification internationale des maladies,* 10e révision. Chapitre V (F).*Troubles mentaux et troubles du comportement; critères diagnostiques pour la recherche,* Paris, Organisation Mondiale de la Santé et Masson, 1994.

Laboratoire

Les tests neuropsychologiques révèlent des déficits généralement compatibles avec un tableau de démence sous-corticale (Navia, Jordan et Price, 1986 ; Perdices et Cooper, 1990 ; Tross, Price et Navia, 1988). La tomographie axiale du cerveau (CT-SCAN) peut être normale ou démontrer une atrophie cérébrale (Navia, Jordan et Price, 1986). L’imagerie par résonance magnétique (IRM) est souvent un examen plus sensible qui peut révéler une atteinte diffuse, une atteinte focalisée de plusieurs régions ou des hypodensités ponctiformes de la substance blanche. Les lésions sont souvent localisées dans la région périventriculaire et moins fréquemment dans les noyaux gris centraux ou le thalamus (Olsen et coll., 1988).

Il est à noter que les tests neuropsychologiques semblent plus sensibles que le CT-SCAN ou PIRM pour la détection d’une atteinte cérébrale dans les stades initiaux de l’infection.

Diagnostic différentiel

Ce syndrome peut être confondu avec un trouble dépressif, un trouble anxieux, une hypomanie ou un état psychotique. Il faut aussi faire le diagnostic différentiel avec des infections opportunistes, des néoplasies, des encéphalopathies métaboliques et d’autres causes de la démence telles la sclérose en plaques, la maladie de Parkinson et la maladie d’Alzheimer.

Traitement

L’utilisation de stimulants (méthylphénidate, dexamphétamine) et d’agents antirétroviraux dans l’espoir d’améliorer les paramètres cognitifs et neuropsychologiques a donné des résultats variables (Angrist et coll., 1992 ; Gorman et coll., 1993 ; Schmitt et coll., 1988). Parmi les agents antirétroviraux, l’AZT a été l’un des premiers à montrer une certaine efficacité. Au cours des dernières années, l’utilisation d’autres [1836] nucléosides, d’inhibiteurs de la transcriptase et d’inhibiteurs de la protéase, en combinaison, a été efficace dans le traitement du sida et a donné des résultats prometteurs quant à l’amélioration des déficits cognitifs. Cependant, des études contrôlées sont nécessaires pour confirmer cet effet.

Évolution

Bien que certains patients puissent présenter de façon précoce une atteinte cérébrale diffuse, la majorité des patients ne verront apparaître une démence que tard dans l’évolution de l’infection. L’évolution du tableau de démence est variable. Le rythme de la progression semble relié à l’état de santé général du patient et à sa fonction immunitaire. Le syndrome évolue vers une détérioration grave, avec une détérioration globale des fonctions cognitives et psychomotrices et la mort, surtout chez les patients ayant une atteinte systémique avancée (World Health Organization, 1990). La survie moyenne après le diagnostic de démence était évaluée à quelques mois en 1986 (Navia, Jordan et Price, 1986). L’utilisation d’agents antirétroviraux, surtout en combinaison, a contribué à améliorer ce taux de survie. En 1996, le taux de mortalité associé au sida a baissé de 15% aux États-Unis et de 30% à New York.

78.2.3. Psychose

Dans certains cas, les perturbations mentales se présentent sous la forme de symptômes psychotiques aigus en l’absence de delirium, de cause iatrogène, d’abus de substances ou d’atteinte cérébrale directement décelable.

Épidémiologie

Selon les estimations, la prévalence d’une telle complication, qui semble survenir surtout dans les phases avancées de la maladie, est de 0,1% à 5% (Buhrich, Cooper et Freed, 1988 ; Sewell, Jeste et Atkinson, 1993). Cependant, la présence d’un premier épisode de psychose a été rapportée chez 3,2% des patients séropositifs sans diagnostic de sida au moment de l’éclosion psychotique (Harris et coll., 1991).

Étiologie

L’étiologie de tels épisodes est souvent obscure. On doit considérer aussi bien l’effet direct du VIH sur le cerveau que l’effet d’une infection du SNC par un autre virus, une co-infection du SNC par plusieurs virus, l’association de l’infection par le VIH et d’un trouble psychotique comme la schizophrénie ou encore l’effet du stress qui provoque une réaction psychotique brève.

Description clinique et évolution

On retient comme manifestations cliniques habituelles un début aigu ou subaigu sans prodrome apparent et des symptômes psychotiques graves. La présence de délires systématisés, d’hallucinations auditives, visuelles et tactiles, d’un relâchement des associations d’idées et de troubles de la pensée est fréquente. Le tableau ressemble à celui d’un trouble schizophréniforme. Les déficits cognitifs sont souvent minimes et les symptômes psychotiques dominent le tableau clinique. Dans la moitié des cas, on note une détérioration rapide vers une démence ou la mort en quelques mois. L’émergence de symptômes psychotiques est un signe de mauvais pronostic.

Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel doit comprendre les troubles psychiatriques primaires (p. ex., la schizophrénie et le trouble bipolaire), les psychoses toxiques consécutives à l’abus de substances et aux effets neurotoxiques des agents antiviraux et d’autres médicaments, les infections opportunistes du SNC et les néoplasies du SNC.

Traitement

Les symptômes psychotiques et l’agitation tendent à répondre favorablement à la médication antipsychotique. L’emploi de ces médicaments chez ces patients suit les principes qui ont été mentionnés au sujet du traitement de l’agitation dans le delirium (section 78.2.1). Il faut tenir compte de la vulnérabilité accrue aux effets extrapyramidaux et anticholinergiques dans le choix du médicament et de la posologie.

[1837]

78.2.4. Troubles de l’humeur

Les troubles de l’humeur constituent une autre complication possible de l’infection par le VIH. On peut observer des tableaux de dépression ou de manie.

Épidémiologie

Le taux de dépression majeure chez les personnes infectées par le VIH semble supérieur à celui qu’on enregistre dans la population générale et se compare au taux de dépression parmi les individus atteints d’autres maladies chroniques (Atkinson et coll., 1988 ; Perry, Jacobsberg et Fishman, 1990). D’après certains auteurs, de 10% à 20% des patients infectés par le VIH présenteraient une dépression majeure (Ostrow, 1987). Un taux plus élevé est rapporté chez les patients hospitalisés pour le sida, ce taux pouvant atteindre 40% (Perry et Tross, 1984). Dans une étude (Atkinson et coll., 1992), de 10% à 25% des hommes homosexuels séropositifs suivis sur une période de 2 ans avaient présenté un syndrome dépressif. Cependant, ce taux ne semblait pas dépasser de beaucoup le taux relevé chez des hommes homosexuels séronégatifs.

Selon des estimations plus récentes, la prévalence de la dépression majeure serait de 10% à 25% chez les patients séropositifs et la prévalence de la manie, de 4% à 10% (Constantine, 1999).

Étiologie

Des facteurs biologiques peuvent intervenir dans l’étiologie des troubles de l’humeur. De plus, des infections opportunistes et des tumeurs risquent d’entraîner des lésions cérébrales amenant des perturbations de l’humeur. Certains troubles associés à l’immunosuppression peuvent affecter indirectement l’humeur. Par ailleurs, certains virus ont une prédilection pour des régions cérébrales responsables de l’humeur et du comportement, et plusieurs médicaments utilisés sont susceptibles d’altérer l’humeur. Cependant, on ne peut ignorer le fait que l’impact psychologique d’une telle maladie peut contribuer à l’éclosion de troubles de l’humeur.

Les tableaux de manie semblent fréquemment « secondaires ». On peut souvent relever une infection opportuniste du SNC ou des effets toxiques des médicaments utilisés. Toutefois, ce tableau est rarement associé à l’infection par le VIH elle-même (Schmidt et Miller, 1988).

Description clinique et diagnostic

Sur le plan clinique, la présentation ressemble à celle qui est observée chez des patients déprimés séronégatifs (Hintz et coll., 1990). Étant donné que des symptômes somatiques (p. ex., fatigue, perte de poids) ou neurologiques (p. ex., trouble de la mémoire, troubles de l’attention) peuvent compliquer le diagnostic différentiel chez le patient séropositif, on doit mettre en évidence les symptômes centraux de la dépression majeure pour confirmer le diagnostic. Ces symptômes incluent l’humeur dépressive, l’anhédonie, l’autodévalorisation et les idées suicidaires basées sur un sentiment de culpabilité ou de dévalorisation. Un des problèmes les plus fréquents est celui du patient se plaignant de problèmes cognitifs. Ces problèmes peuvent être d’origine neurologique (p. ex., démence causée par le VIH) ou psychiatrique (p. ex., dépression majeure). On doit évaluer avec soin les symptômes et les signes de dépression et avoir recours à une évaluation neuropsychologique détaillée. Le Mini-Mental State Examination est souvent insuffisamment sensible pour détecter des modifications cognitives en début de maladie.

Traitement

Peu d’études ont évalué si les dépressions peuvent être traitées de façon efficace et sécuritaire par les antidépresseurs existants. Les données actuelles indiquent une bonne efficacité pour plusieurs antidépresseurs, incluant la nortriptyline, l’imipramine et les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS), telle la fluoxétine (Ferrando, 1997 ; Hintz et coll., 1990 ; Perkins et Evans, 1991 ; Rabkin et Harrison, 1990 ; Rabkin, Rabkin et Wagner, 1994). L’efficacité semble plus grande chez les patients séropositifs asymptomatiques que chez les patients sidéens. Les effets secondaires varient de minimes à modérés. Cependant, étant donné que les patients infectés par le VIH, et plus particulièrement ceux qui sont atteints du sida, présentent une sensibilité accrue aux effets anti-cholinergiques (Evans et Pelcins, 1990), les nouveaux ISRS, la venlafaxine et la néfazodone peuvent se révéler des antidépresseurs mieux tolérés. Le bupropion [1838] doit être utilisé avec précaution chez les patients ayant une atteinte cérébrale, car il peut précipiter des convulsions.

D’autres méthodes thérapeutiques ont amené des réponses positives. L’électroconvulsivothérapie a donné de bons résultats dans les cas de dépressions graves (Schaerf et coll., 1989) et peut être utile lorsque le traitement pharmacologique échoue. On a rapporté des succès thérapeutiques avec le recours à la fois d’une thérapie cognitive et d’antidépresseurs (Bhugra, Moorey et Minne, 1990). Des réponses favorables ont été observées à la suite de l’utilisation de stimulants, notamment quant aux symptômes d’apathie, de léthargie et de retrait, ce qui en fait une solution de rechange intéressante par rapport aux antidépresseurs (Fernandez, Adams et Levy, 1988 ; Holmes, Fernandez et Levy, 1989).

Dans le traitement d’épisodes de manie, l’emploi des agents antimanie habituels peut s’avérer problématique. Les patients démontrent une hypersensibilité aux effets extrapyramidaux des neuroleptiques et le lithium comporte un délai d’action de même qu’un potentiel de neurotoxicité, sans compter que le suivi des taux sériques constitue une entreprise difficile en raison des complications médicales concomitantes (p. ex., diarrhées, vomissements, fièvre). Une médication qui entraîne peu d’effets anticholinergiques et extrapyramidaux, qui exerce une action rapide et qui a des propriétés sédatives, comme celles du clonazé- pam, est une solution intéressante (Budman et Van- dersall, 1990). L’acide valproïque peut être envisagé, mais il faut éviter la carbamazépine chez les patients recevant des antiviraux à cause du risque accru de toxicité hématologique.

78.2.5. Troubles de l’adaptation

Le pronostic associé au sida provoque des réactions psychologiques semblables à celles que l’on observe chez des personnes atteintes d’autres maladies graves et incurables (Kübler-Ross, 1988). Cependant, on doit retenir certaines particularités de cette maladie.

L’évolution de la maladie, à la fois aiguë et chronique, fait vivre au sujet des deuils répétés, ce qui rend le processus adaptatif passablement difficile. En outre, rarement dans notre société des personnes atteintes d’une maladie ont-elles eu à subir une exclusion et une stigmatisation telles que celles qui se rattachent au sida. Cette situation peut être reliée à deux phénomènes sociaux : la stigmatisation des minorités à plus grand risque (homosexuels, utilisateurs de drogues intraveineuses, minorités ethniques) et la peur de la contamination et de la mort. Dès le début, le sida a été associé à des habitudes de vie particulières, donnant lieu d’emblée à la marginalisation et à la stigmatisation. Cette maladie est perçue, par une partie de la société, comme une punition pour l’adoption de certains styles de vie. Par ailleurs, dans les sociétés occidentales, la mort fait l’objet d’un tabou. La peur, la honte et le malaise que suscite l’idée de la mort mènent souvent à des comportements de rejet.

L’exposition à ces situations stressantes est susceptible de provoquer des manifestations de détresse (Dilley et Waltham, 1990 ; Lamping, Sewitch et Clark, 1990). Le choc et la détresse psychologiques qui suivent l’annonce du diagnostic peuvent entraîner des réactions de panique ; la perspective d’une éventuelle dégradation physique et cognitive suscite la peur de l’avenir et de la mort. Une telle réaction, qui répond généralement bien au soutien qui est apporté, est compréhensible : il s’agit d’une réaction humaine à une maladie grave. Ces personnes anticipent l’inconnu, la souffrance, l’isolement, l’invalidité, la dépendance. Elles se sentent souvent coupables de leur orientation sexuelle ou de leurs habitudes de vie. La colère est un autre sentiment fréquent, alors que les personnes séropositives voient leurs projets anéantis et sont rejetées par une partie de leur entourage et de la société. Elles réagissent selon les mécanismes adaptatifs qui leur sont propres et cherchent le soutien de leur entourage. Si leur détresse dépasse les capacités adaptatives de l’individu, on peut assister à des réactions mésadaptées.

Épidémiologie

Des études initiales portant sur le fonctionnement psychologique des personnes séropositives indiquaient que les difficultés adaptatives étaient fréquentes. Les troubles de l’adaptation représentaient le diagnostic le plus fréquent chez les patients souffrant du sida ou de l’ARC (AIDS-related complex) envoyés en consultation psychiatrique (Dilley, Ochitil et Perl, 1985 ; Rundell et coll., 1988). Dans une étude effectuée auprès de 63 patients sidéens, de 34 patients présentant l’ARC et de 139 sujets témoins sains, tous homosexuels, des diagnostics psychiatriques ont été posés [1839] dans respectivement 56%, 78% et 39% des cas. Dans tous ces groupes, le diagnostic le plus fréquent était celui d’un trouble de l’adaptation, représentant 67% de tous les diagnostics (Tross et coll., 1986).

Il est cependant devenu clair que les personnes infectées par le VIH forment un groupe relativement hétérogène quant à leur capacité adaptative et à leurs besoins (Perry, Jacobsberg et Fishman, 1990). Néanmoins, les difficultés semblent augmenter à la suite de l’apparition de symptômes de la maladie et en l’absence d’un soutien social et d’une bonne compréhension de la maladie, du traitement et du pronostic (Kelly, 1992). La venue du traitement combiné d’agents antiviraux et de la charge virale, comme outil clinique permettant des prédictions et des décisions cliniques plus efficaces, a amélioré le pronostic et le taux de survie, ce qui permet à certains patients une « deuxième vie ».

Description clinique

La présentation clinique des troubles de l’adaptation chez les sujets infectés par le VIH est généralement dominée par la tristesse et l’anxiété. Les patients peuvent d’habitude relier leur tristesse et leur anxiété aux conséquences médicales, sociales, familiales et professionnelles qu’amènent leur séropositivité et leur maladie.

Traitement

Les thérapies cognitives et l’entraînement aux techniques de gestion du stress, individuellement ou en groupe, peuvent s’avérer bénéfiques pour aider ces patients à mieux s’adapter (Kelly, 1992).

L’utilisation de médicaments anxiolytiques peut être indiquée dans les cas d’anxiété ou d’insomnie importantes. Les benzodiazépines dont l’action de courte durée produit peu de métabolites actifs sont préférables en raison de la sensibilité accrue aux effets secondaires et de la prévalence élevée de déficits cognitifs infracliniques chez ces patients. Le buspirone est un anxiolytique assez bien toléré par ces patients ; on peut donc le considérer dans les cas d’anxiété chronique.

\*  
\* \*

Rarement une maladie a-t-elle autant touché toutes les spécialités médicales, y compris la psychiatrie, que le sida. Les patients infectés par le VIH peuvent présenter une multitude de complications, y compris des complications psychiatriques graves. Des tableaux de delirium, de démence ou de psychose aiguë peuvent survenir au cours de l’évolution du processus d’immunosuppression ; cela exige une collaboration étroite des équipes médicale, psychiatrique et sociale. La recherche psychologique doit continuer à mettre au jour les facteurs sociaux et psychologiques prédisposant aux troubles psychiatriques chez ces patients et ceux qui peuvent les protéger contre ces troubles. De son côté, la recherche médicale doit préciser l’évolution naturelle des changements cognitifs, leur corrélation avec les changements neuroradiologiques et neuropathologiques et leur différenciation des troubles psychiatriques. Elle doit aussi élaborer des stratégies de traitement. Une attention particulière doit en outre être portée aux aspects de la vie des groupes à risque qui pourraient être la cible de programmes de prévention.

Bibliographie

American Psychiatric Association

1994 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4e éd., Washington (D.C.), American Psychiatric Association ; trad. française DSM-IV - *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson, 1996, 1040 p.

Angrist, B., et coll.

1992 « Central nervous System stimulants as symptomatic treatment for AIDS-related neuropsychiatric impairment », *J. Clin. Psychopharmacol.,* vol. 12, n° 4, p 268-272.

Atkinson, J.H., et coll.

1992 « Long-term follow-up of psychiatric disorders in HIV », affiche, 8th International Conference on AIDS, Amsterdam, juillet.

1988 « Prevalence of psychiatric disorders among men infected with HIV. A controlled study »*, Arch. Gen. Psychiatry,* vol. 45, n° 9, p. 859-865.

[1840]

Baer, J.K.

1989 « Study of 60 patients with AIDS or AIDS related complex requiring psychiatric hospitalisation », *Am. J. Psychiatry,* vol. 146, n° 10, p. 1285-1288.

Berger, J.R.

1987 « Neurologie complications of HIV infection », *Postgrad. Med. J.,* vol. 81, p. 72-78.

Bhugra, D., Moorey, S., et Minne, C.

1990 « Antidepressant and cognitive-behavior therapy for an AIDS patient »*, Am. J. Psychiatry,* vol. 147, n° 2, p. 156.

Bredesen, D.E.

1989 « Clinical features : The AIDS dementia complex », *Ann. Intern. Med.,* vol. 3, p. 401

Brietbart, W., Marotta, R.F., et Call, P.

1988 « AIDS and neuroleptic malignant syndrome », *Lancet,* vol. 2, p. 1488-1489.

Brietbart, W., Platt, M., et Marotta, R.

1991« Low-dose neuroleptic treatment for AIDS delirium »,Abstracts of the 144th Annual Meeting of American Psychiatric Association, n° NR 518*.*

Britton, C.B., et Miller, J.R.

1984 « Neurologie complications in AIDS », *Neurol. Clin.,* vol. 2, p. 315-399.

Budman, C.L., et Vandersall, T.A.

1990 « Clonazepam treatment of acute mania in an AIDS patient », J. *Clin. Psychiatry,* vol. 51, n° 5, p. 212.

Buhrich, N., Cooper, D.A., et Freed, E.

1988 « HIV infection associated with symptoms indistin-guishable from functional psychosis », *Br. J. Psychiatry,* vol. 152, p 649-653.

Chuang, H.T., et coll.

1992 « Psychiatric morbidity in patients with HIV infection », *Can. J. Psychiatry,* vol. 37, n° 2, p. 109-115.

CONSTANTINE, G.L.

1999 « Mood disorders in HIV infection », Abstracts on Disk of the 1999 APA Annual Meeting.

Dilley, J., et Waltham, M.A.

1990 « Psychosocial impact of AIDS »*, AIDS Knowledge Base Text. Psychiatric Aspects,* Medicine Publishing Group, p. 1-5.

Dilley, J.W., Ochitil, H.N., et Perl, M.

1985 « Findings in psychiatric consultation with patients with AIDS », *Am. J. Psychiatry,* vol. 142, n° 1, p. 82-86.

Evans, D.L., et Pelcins, D.O.

1990 « Clinical psychiatry of AIDS », *Current Opinion in Psychiatry,* vol. 3, p. 96-102.

Fabian, J.L.

1990 « Morbidité psychiatrique chez les patients hospitalisés pour le sida : expérience dans un hôpital au Québec », *Revue canadienne de psychiatrie,* vol. 35, n° 7, p. 581-584.

Fernandez, F., Adams, F., et Levy, J.K.

1988 « Cognitive impairment due to AIDS-related complex and its response to psychostimulants », *Psychosomatics,* vol. 29, p. 38-46.

Fernandez, F., Levy, J.K., et Monsell, P.W.A.

1989 « Management of delirium in terminally ill AIDS patients », *Int. J. Psychiatr. Med.,* vol. 19, p. 165-172.

Ferrando, S.I.

1997 « SSRI treatment of depression in symptomatic HIV infection and AIDS : Improvement in affective and somatic symptoms », *Gen. Hosp. Psychiatry,* vol. 19, p. 89-97.

Gorman, J.M., et coll.

1993 « Effects of zidovudine on neuropsychiatrie measures in HIV-infected men », *Am. J. Psychiatry,* vol. 150, n° 3, p. 505-507.

Grant, I., et Heaton, R.K.

1990 « Human deficiency virus-type 1 (HIV-1) and the brain », *J. Consult. Clin. Psychol.,* vol. 58, n° 1, p. 22-30.

Grant, I., Heaton, R.K., et Velin, R.

1993 « Rates of cognitive impairment and prediction of neuropsychological decline in HIV + persons : A 2 year follow-up », 9th International Conference on AIDS, Berlin.

Harris, M.J., et coll.

1991 « New onset psychosis in HIV infected patients », *J. Clin. Psychiatry,* vol. 52, n° 9, p. 369-376.

Hintz, S., et coll.

1990 « Depression in the context of HIV infection : Implications for treatment », J. *Clin. Psychiatry,* vol. 51, n° 12, p. 497-501.

Holmes, V.H., Fernandez, F., et Levy, J.K.

1989 « Psychostimulant response in AIDS-related complex patients », J. *Clin. Psychiatry,* vol. 50, n° 1, p. 5-8.

Janssen, R.S., Cornblath, D.R., et Epstein, L.G.

1991 « American Academy of Neurology AIDS Task Force, nomenclature and research case definitions for neurologie manifestations of HIV-1 infection », *Neurology,* vol. 41, p. 778-785.

Kelly, J. A.

1992 « Psychosocial aspects of AIDS », *Current Opinion in Psychiatry,* vol. 5, p. 820-824.

Kübler-Ross, E.

1988 *SIDA, un ultime défi à la société,* Montréal, Édition Internationale.

Lamping, D.L., Sewitch, M., et Clark, E.

1990 HIV-Related Mental Health Needs and Services in Canada, Needs Assessment Survey, Ottawa, Federal Center for AIDS.

Levy, R.M., et Bredesen, D.E.

1989 « Controversies in HIV-related central nervous System disease : Neuropsychological aspects of HIV-1 [1841] infections », dans P. Volberding et M.A. Jacobson (sous la dir. de)*, AIDS Clinical Review 1989,* New York, Raven Press, p. 151-191.

McArthur, J.C., Cohen, B.A., et Farzedegan, H.

1988 « Cerebrospinal fluid abnormalities in homosexual men with and without neuropsychiatric findings », *Ann. Neurol,* vol. 23, suppl., p. 34-37.

McArthur, J.C., Hoover, D.R., et Bacellar, H.

1993 « Dementia in AIDS patients : Incidence and risk factors », *Neurology,* vol. 43, p. 2245-2252.

Marshall, D.W., et coll.

1988 « Spectrum of cerebrospinal fluid findings in various stages of human immunodeficiency virus infection »*, Arch. Neurol.,* vol. 45, p. 954-958.

Mazzoti, G., et coll.

1992 « Psychiatric diagnosis in patients with HIV/AIDS in Lima-Peru », *International Conference on AIDS,* 19-24 juillet, vol. 8, n° 3, p. 107.

Navia, B.A., Jordan, B.D., et Price, R.W.

1986 « The AIDS dementia complex : Clinical features », *Ann. Neurol.,* vol. 19, p. 517-524.

Nichols, S.E., et Ostrow, D.G.

1984 *Psychiatric implications of AIDS,* Washington (D.C.), American Psychiatric Press.

O’Dowd, M.A., et McKEGNEY, F.P.

1990 « Does AIDS reduce psychiatric illness ? AIDS patients compared with other medically ill HIV + patients seen in consultation », *Abstracts of the VIth International Conférence on AIDS,* San Francisco, p. 2006.

Olsen, W.L., et coll.

1988 « White matter disease in AIDS : Findings at MR imaging », *Radiology,* vol. 169, p. 445-448.

Ostrow, D.G.

1987 « Psychiatric consequences of AIDS : An overview », *Int. J. Neurosci.,* vol. 32, p. 647-659.

Perdices, M., et Cooper, D.A.

1990 « Neuropsychological investigation of patients with AIDS and ARC », *Journal of AIDS,* vol. 3, p. 555- 564.

Perkins, D.O., et Evans, D.L.

1991 « Fluoxetine treatment of depression in patients with HIV infection », Am. *J. Psychiatry,* vol. 148, n°6, p. 807-808.

Perry, S.W.

1990 « Organic mental disorders caused by HIV : Update on early diagnosis and treatment », Am. *J. Psychiatry,* vol. 147, n° 6, p. 696-705.

Perry, S.W., Jacobsberg, L.R., et Fishman, B.

1990 « Psychiatric diagnosis to serological testing for HIV », Am. *J. Psychiatry,* vol. 147, n° 1, p. 89-93.

Perry, S.W., et Tross, J.

1984 « Psychiatric problems of AIDS in patients at the New York Hospital : Preliminary report », *Public Health Rep.,* vol. 99, p. 200-205.

Rabkin, J.G., Rabkin, R., et Wagner, G.

1994 « Effects of fluoxetine on mood and immune status in depressed patients with HIV illness », *J. Clin. Psychiatry,* vol. 55, n° 3, p. 92-97.

Rabkin, J.R., et Harrison, W.M.

1990 « Effect of imipramine on depression and immune status in a sample of men with HIV infection », Am. *J. Psychiatry,* vol. 147, n° 4, p. 495-497.

Rundell, J.R., et coll.

1988 « Psychiatric illness at all stages of HIV infection », Am. *J. Psychiatry,* vol. 145, n° 5, p. 652-653.

Schaerf, F.W., et coll.

1989 « ECT for major depression in four patients infected with HIV », Am. *J. Psychiatry,* vol. 146, n° 6, p. 782-784.

Schmidt, U., et Miller, D.

1988 « Two cases of hypomania in AIDS », *Br. J. Psychiatry,* vol. 152, p. 839-842.

Schmitt, F.A., et coll.

1988 « Neuropsychological outcome of AZT treatment of patients with AIDS and ARC », *New Engl. J. Med.,* vol. 319, p. 1573-1578.

Sewell, D.D., Jeste, D.V., et Atkinson, J.H.

1993 « Prospective study of HIV-associated psychosis », *Annual Meeting of the American Psychiatric Association,* La Nouvelle-Orléans, mai, p. 22-28.

Snider, W.D., Simpson, D.M., et Nielson, S.

1993 « Neurological complications of AIDS »*, Ann. Neurol.,* vol. 14, p. 403-418.

Tross, S., et coll.

1986 « Psychological and social impact of AIDS spectrum disorders *»*, Abstracts of the IInd International Conference on AIDS,Paris, p. 157.

Tross, S., Price, R.W., et Navia, B.

1988 « Neuropsychological characterization of AIDS dementia complex »*, AIDS,* vol. 2, p. 81-88.

World Health Organization

1993The ICD-10 *Classification of Mental and Behavioural Disorders : Diagnostic Criteria for Research*, Genève, World Health Organization ; trad. française *Classification internationale des maladies,* 10e révision. Chapitre V (F) : *Troubles mentaux et troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche*, Paris, Organisation Mondiale de la Santé et Masson, 1994*.*

1990 *Report of the Second Consultation on the Neuropsychiatrie Aspects of HTV-1 Infection*, Genève, janvier.

[1842]

Lectures complémentaires

Brouillette, MJ., et Citron, K.

1997 Le VIH et la psychiatrie : manuel de formation et de référence, Ottawa, Association des psychiatres du Canada.

Cohen, P.T., et coll.

1999 *The AIDS Knowledge Base,* 3e éd., New York, Williams & Wilkins.

DeVita, V.T., Jr., et coll.

1996 AIDS : Etiology, Diagnosis, Treatment and Prevention, New York, Williams & Wilkins

*Journal of Acquired Deficiency Syndromes (JAIDS),* Lippincott Williams & Wilkins, <[www.jaids.com](http://www.jaids.com)>.

National Institute of Allergy and Infections Diseases, National Institutes of Health, <[www.niaid.nih.gov](http://www.niaid.nih.gov)>.

Reidy, M., et Taggart, M.E.

1995 *VIH/sida : une approche multidisciplinaire,* Boucherville (Québec), Gaëtan Morin Éditeur.

[1843]

[1844]

**Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale**Tome 2. Spécialités, traitements, sciences fondamentales  
et sujets d’intérêt

SIXIÈME PARTIE  
*Sujets d’intérêt*

Chapitre 79

MALADIE  
INCURABLE

[Retour à la table des matières](#tdm)

Jacques Voyer, M.D., F.R.C.P.C.

Psychiatre consultant au Service des soins palliatifs et à la Clinique communautaire de l’Hôpital Royal Victoria de Montréal

Président du conseil d’administration de l’Institut de réadaptation de Montréal

[1845]

**PLAN**

79.1. Historique

79.2. Épidémiologie

79.3. Maladie chronique

79.3.1. Aspects psychologiques

• *Stresseurs généraux* • *Stresseurs reliés aux maladies au pronostic sombre*

79.3.2. Aspects psychiatriques

• *Dépression* • *Troubles anxieux* • *Troubles psychotiques* • *Troubles du comportement*

79.4. Phase terminale

79.4.1. Aspects psychologiques

• *Contribution psychanalytique • Elisabeth Kübler-Ross* • *Manfred Pattison*

79.4.2. Aspects psychiatriques

• *Dépression* • *Anxiété • Troubles psychotiques • Troubles cérébraux dégénératifs* • *Trouble de la personnalité*

79.5. Impact sur la famille

79.5.1. Début de la maladie

79.5.2. Cours de la maladie

79.5.3. Incapacité

79.6. Impact sur les intervenants

79.6.1. Principales problématiques psychologiques

79.6.2. Communication du diagnostic et du pronostic

79.7. Éthique et loi

79.7.1. Droit au refus de traitement

79.7.2. Droit au suicide assisté

79.7.3. Droit au traitement

79.7.4. Droit à la vie

Bibliographie

Lectures complémentaires

[1846]

L’incurabilité tend à démoraliser les malades, leurs proches et les intervenants, que le cours de la maladie soit stationnaire, épisodique, progressif ou fatal. Pendant les 100 dernières années, les résultats spectaculaires de la recherche médicale et l’amélioration des conditions de vie dans les pays industrialisés ont contribué à augmenter la longévité de la population en général, dont celle des malades atteints de pathologies jadis assez rapidement mortelles et dont l’évolution est maintenant beaucoup plus lente, tel le diabète. Toutefois, la diminution de la létalité de plusieurs de ces maladies ne s’accompagne pas toujours d’une atténuation de la morbidité qui en résulte. Enfin, malgré la quasi-disparition de plusieurs maladies dont le pronostic était autrefois très réservé, comme la pneumonie à pneumocoque et la poliomyélite, de vieilles maladies et de nouvelles au cours irréversible suscitent l’impuissance chez les intervenants et le désespoir chez les malades, et ce quotidiennement.

79.1. HISTORIQUE

Au cours de l’histoire, on a tendu dans les différentes cultures à valoriser le corps beau, fonctionnel et intact et, par conséquent, à stigmatiser, à rejeter et même à ostraciser les personnes malades. Ainsi, les sociétés occidentales semblent encore influencées par quatre grands courants d’attitudes :

1. Dans la Grèce antique, on associait la maladie et la malformation avec l’infériorité sociale. Les bébés difformes étaient précipités au pied de falaises et l’on marquait le corps des personnes handicapées afin de les signaler en tant que personnes à éviter dans les endroits publics.

2. Originellement, dans la culture juive, les maladies et les malformations physiques indiquaient une faute morale, et les personnes qui en étaient affligées étaient considérées comme impures et, partant, l’objet d’ostracisme.

3. Initialement, chez les chrétiens, on jugeait que la souffrance était purificatrice et qu’elle méritait les faveurs divines. Ce mythe, tout en n’impliquant pas l’acceptation de l’individu malade dans sa société, a toutefois donné lieu à l’instauration d’un système de soins asilaires pour les grands malades et les invalides, lequel reste une contribution importante de cette tradition religieuse. Au Moyen Âge, cependant, sous l’influence de superstitions encore nourries par l’ignorance et l’impuissance, on a de nouveau considéré les infirmes, les individus mal formés et les autres individus visiblement malades comme maudits, possédés du démon ou représentant des esprits mauvais, et, conséquemment, comme les causes des fléaux qui s’abattaient alors sur les villes et leurs habitants. C’est à ce titre qu’ils étaient craints, détestés, voire, dans bien des cas, carrément persécutés.

4. De nos jours, une perspective « scientifique » prévaut, en principe, selon lesquelles maladies, accidents et incapacités résultent d’une absurdité du sort indépendante de la volonté des personnes qui les subissent.

79.2. ÉPIDÉMIOLOGIE

À l’heure actuelle, les maladies chroniques représentent le problème de santé physique le plus important :

- Le sondage le plus récent de Statistique Canada (1996) estimait à 13% la proportion de Canadiens atteints de déficiences physiques permanentes.

- Économiquement, les coûts des maladies chroniques sont faramineux. Aux États-Unis, pour la seule maladie d’Alzheimer, on évalue la facture des soins requis par les 4 millions de personnes atteintes à près de 100 milliards de dollars par année.

- En juin 2000, l’Organisation Mondiale de la Santé estimait que 33,4 millions de personnes étaient porteuses du virus de l’immunodéficience humaine (VIH), dont un quart en Afrique et un autre quart en Asie.

- Enfin, 80% des Nord-Américains meurent actuellement en institution. Il est donc de première importance de mettre au point des approches appropriées à leurs besoins. Comme il devient impossible de guérir ou de prolonger la vie, la qualité de la vie doit l’emporter sur sa durée.

79.3. MALADIE CHRONIQUE

La maladie chronique nous atteint tous psychologiquement d’une certaine manière. Avec le temps, et selon les individus, des pathologies psychiatriques peuvent apparaître.

[1847]

79.3.1. Aspects psychologiques

Stresseurs généraux

Les stresseurs inhérents à la maladie chronique ravivent inévitablement des conflits plus ou moins sous- jacents chez l’individu atteint. Parmi les principaux stresseurs, on peut relever :

*- La menace pour l'estime de soi.* La maladie constitue pour tout individu une menace pour son intégrité et pour ses fantasmes narcissiques d’indestructibilité, d’immortalité et de maîtrise de sa destinée. La chronicité de la maladie et les changements qui y sont associés dans le temps obligent aussi l’individu à modifier l’image de soi qu’il s’était formée jusque-là. Les menaces les plus sérieuses apparaissent :

• avec les changements touchant l’apparence physique, la mobilité et le fonctionnement sexuel ;

• avec la perte du contrôle des fonctions physiques et physiologiques ;

• avec la diminution de l’acuité mentale.

*- La menace pour l’autonomie.* Dans un contexte de soins prolongés, le malade en vient à dépendre d’un groupe de personnes de plus en plus limité à son médecin, à l’équipe soignante et à ses proches. Les individus très dépendants, tout comme les individus très indépendants, tendent à réagir à cette situation plus pathologiquement. Ainsi, pour les premiers, les besoins de dépendance qui sont comblés par les différentes interventions favoriseront la régression et la complaisance dans la maladie et le traitement, leurs traits de caractère les portant davantage vers la compensation que vers les efforts de réadaptation. Au contraire, les personnes indépendantes, qui valorisent au premier chef leur autonomie, percevront ces soins comme une menace pour celle-ci et, par là, pour leur estime de soi. Elles tendront à répondre de façon dépressive, anxieuse ou agressive, ou encore elles s’engageront dans des actions cherchant à nier la gravité de la maladie et la nécessité des traitements

*- Les autres menaces.* Dans la phase aiguë de la maladie, la peur des étrangers ressentie au huitième mois de la petite enfance est souvent ravivée à partir du moment où le malade se voit obligé de remettre son corps et sa vie entre les mains d’intervenants jusqu’alors inconnus. L’angoisse de séparation peut aussi réapparaître en raison de la privation de l’environnement familier. La peur de perdre l’amour des proches survient souvent à la suite d’incapacités physiques et mentales et de la dépendance que cela entraîne. Des sentiments de culpabilité, l’angoisse de castration et la peur de la douleur peuvent aussi s’exprimer directement ou par l’intensification d’autres stresseurs.

Chez le malade chronique, l’adaptation et l’équilibre psychologique qui sont atteints dans la phase de rémission sont souvent compromis lorsque surviennent des rechutes ou des complications consécutives à la maladie ou à son traitement.

Stresseurs reliés aux maladies au pronostic sombre

Dans le cas des maladies dont le cours est susceptible d’être évolutif et fatal comme le cancer et l’infection par le VIH, les stresseurs suivants ont été reconnus comme étant plus spécifiques :

- les incertitudes entourant le diagnostic initial avec le choc, la colère, le déni, le sentiment de culpabilité et l’anxiété qui s’ensuivent ;

- les sentiments de vulnérabilité et d’impuissance rattachés à une maladie comportant un risque de rechute et dont le cours est traditionnellement fatal ;

- les conflits quant au suivi de l’état de santé et au traitement ;

- le partage ou non du diagnostic avec d’autres personnes ;

- la stigmatisation liée à certaines de ces maladies, telles que l’infection par le VIH, avec le potentiel de discrimination tant sociale que professionnelle et même familiale que cela comporte ;

- la perte d’amis et de connaissances consécutive à la maladie ;

- l’inconfort physique qui accompagne souvent la progression de la maladie ;

- la perte de l’indépendance reliée à la maladie, aux traitements et à l’hospitalisation ;

[1848]

- les lenteurs des phases de récupération et d’adaptation face aux séquelles subsistantes ;

- les incapacités et les déficiences résultant de détériorations, comme celles que l’on observe dans les phases préterminale et terminale du cancer et du sida ;

- la diminution des revenus.

79.3.2. Aspects psychiatriques

En général, les études tendent à démontrer une prévalence élevée de troubles psychiatriques chez les personnes atteintes de maladies physiques chroniques. En 1988, dans une étude épidémiologique menée auprès d’une communauté de 2 554 personnes, Wells, Golding et Burnam parlaient d’une prévalence à vie de troubles psychiatriques de l’ordre de 33% dans le segment de la population qui ne souffrait pas de maladie physique et de 42,2% chez des sujets atteints de maladies chroniques (pulmonaires, cardiaques, arthritiques, cancéreuses, neurologiques) ou d’un handicap physique. Les proportions de troubles dépressifs (8,4% comparativement à 12,9%) et anxieux (12,4% comparativement à 18,2%), tout comme la dépendance à des substances ou l’abus de celles-ci (19,6% comparativement à 26,2%) soulignent l’importance de bien diagnostiquer aussi ces conditions dans le suivi médical.

Quant aux facteurs de risque rendant les malades chroniques plus vulnérables aux troubles psychiatriques, on signale principalement :

- les pertes psychosociales significatives (deuils de proches ou changements des rôles familial et social) ;

- les difficultés financières ;

- les pertes cognitives et les défaillances de santé ;

- les sentiments d’impuissance et de perte de contrôle.

Dépression

Certains troubles dépressifs significatifs, qui sont fréquents chez les patients atteints d’une maladie incurable, restent intraités. Des signes et des symptômes comme la perte ou le gain de poids, la diminution ou l’augmentation de l’appétit, l’insomnie ou l’hypersomnie, le ralentissement psychomoteur ou l’agitation psychomotrice, la fatigue ainsi que les difficultés d’attention et de concentration peuvent résulter des effets métaboliques de certaines maladies physiques traitables (p. ex., l’hypothyroïdie) ou de la toxicité de médicaments (p. ex., la réserpine ou le méthyldopa).

Plusieurs praticiens tendent à considérer ces réactions comme normales ou compréhensibles dans les circonstances, oubliant que ce n’est pas tant la présence ou l’absence de stresseurs que la nature de la symptomatologie qui reste le meilleur gage de la réponse clinique.

Le médecin aura donc avantage à appuyer son diagnostic de dépression majeure chez un malade sur des symptômes cognitifs tels que la perte d’intérêt, l’humeur triste, les idées suicidaires, le sentiment de culpabilité inapproprié ou la faible estime de soi. Le diagnostic pourra aussi se fonder sur l’absence d’amélioration de l’humeur chez le patient malgré de bonnes nouvelles ou sur son refus de reprendre les activités qu’il appréciait. Enfin, une bonne réponse aux antidépresseurs antérieurement reste aussi un indice clinique favorable.

Troubles anxieux

L’anxiété a souvent été diagnostiquée en tant que réaction à des transitions de vie difficiles telles que l’anticipation du processus diagnostique, l’hospitalisation ou le transfert dans un établissement de soins ou encore l’apparition de nouvelles maladies ou de limitations fonctionnelles. Par ailleurs, les coûts reliés à la maladie et aux traitements, particulièrement ceux des médicaments, sont souvent la cause d’une forte angoisse chez les personnes qui ne disposent d’aucun régime de protection.

Sur le plan diagnostique, on notera encore la difficulté à départager l’étiologie psychiatrique et l’étiologie médicale dans ces cas, tout comme à accepter leur coexistence, ce qui entraîne une surutilisation des services de santé. Une étude portant sur de grands utilisateurs de soins médicaux a révélé que 21,8% d’entre eux souffraient d’une anxiété généralisée et que la consultation en psychiatrie a conduit à une meilleure évaluation dans 40% de ces cas et à une révision des plans de soins chez 67% des malades (Katon et coll., 1990).

[1849]

Troubles psychotiques

Un trouble psychotique consécutif à une maladie physique chronique peut survenir chez certains patients prédisposés. On ne peut véritablement prédire de telles réactions, car même chez des malades mentaux atteints d’une psychose réfractaire, on a souvent observé qu’un danger réel est susceptible de stimuler les aspects sains de leur personnalité.

Troubles du comportement

En fonction de la personnalité prémorbide, des comportements pathologiques extrêmement variés peuvent survenir. Les catégories de problèmes que l’on constate le plus fréquemment sont la régression et le passage à l’acte.

Régression

Un style de vie dépendant peut se révéler adaptatif dans certaines conditions chroniques particulièrement débilitantes (p. ex., chez des malades ayant de graves douleurs chroniques), mais il devient pathologique quand les attitudes d’impuissance et de dépendance des malades excèdent leurs limites physiques et mentales.

Passage à l'acte

Toutes sortes d’actes ont été rapportés, le plus courant étant la non-observance des traitements. Quant au suicide, il demeure la complication majeure la plus régulière.

En ce qui concerne la non-observance du traitement, plus de 50% des personnes souffrant d’une maladie chronique suivies en médecine n’observeraient pas la prescription qu’on leur donne. Les raisons sont extrêmement variées et complexes, allant de la négation de la maladie et de sa gravité au déplacement de l’hostilité non exprimée envers le personnel soignant, « impuissant » et « en bonne santé », en passant par la réaction dépressive, anxieuse ou psychotique non diagnostiquée.

Pour ce qui est du suicide, même si l’expérience clinique et la littérature en révèlent une incidence plus élevée, il existe peu de données statistiques fiables à ce sujet. Paradoxalement, chez les séropositifs, les données indiquent une fréquence du suicide et d’autres manifestations de détresse moindre que chez les patients devenus sidéens. Les causes de ce phénomène ne sont pas encore précisées, mais la présence plus marquée du délire, de la démence, d’infections opportunistes et de maladies systémiques chez les sidéens porte à croire que l’atteinte organique favorise l’utilisation du déni, une association rapportée depuis plusieurs décennies. Yalom et Greaves (1977) ont même émis l’hypothèse que le cancer guérit les psychonévroses ou que l’aggravation fatale de leur condition amène ces patients à affronter et à maîtriser leur peur de la mort, diluant de cette façon bien d’autres peurs, comme si le fait d’abandonner les préoccupations plus superficielles de l’existence permettait une meilleure appréciation de ses éléments fondamentaux.

Au Service des soins palliatifs de l’Hôpital Royal Victoria, l’expérience révèle que le passage du temps, avec l’adaptation progressive aux pertes qui se succèdent et l’aggravation de l’asthénie, fait généralement en sorte que l’intensité de la souffrance psychologique tend à s’atténuer peu à peu.

79.4. PHASE TERMINALE

Les publications traitant des réactions psychologiques universelles au mourir tout comme de ses aspects psychiatriques ne sont apparues que depuis 1950 dans la littérature scientifique.

79.4.1. Aspects psychologiques

Contribution psychanalytique

En 1936, Félix Deutsch a, le premier, parlé de la psychologie du mourant dans un article intitulé « Euthanasia : A clinical study ». D’autres psychanalystes ont aussi le mérite d’avoir maintenu l’intérêt scientifique sur la question, et principalement Eissler, en 1955, dans son ouvrage The Psychiatrist and the Dying Patient. On pourra résumer leurs observations de la façon suivante :

- L’individu qui fait face à la réalité de sa mort imminente est entraîné dans une série de changements intrapsychiques.

- Tous les mécanismes de défense semblent utilisés face à la mort imminente, le principal restant le [1850] déni. Freud (1915, p. 289) écrivait d’ailleurs : « Notre inconscient ne croit pas en sa propre mort. Il se comporte comme si nous étions immortels. »

- Quand les mécanismes de défense et surtout le déni tombent, alors commence le travail de deuil, qu’Eissler (1955, p. 181 ; traduction libre) décrit ainsi : « Le mourant désinvestit les objets, y compris son propre corps, et c’est ainsi qu’au moment de la mort ses préoccupations et sa libido sont retirées du monde. »

Elisabeth Kübler-Ross

En 1969, Elisabeth Kübler-Ross a sensibilisé un large public à la psychologie du mourant, résumant la réaction de ce dernier en cinq étapes bien connues :

1. Le *déni* (« Non, pas moi ! Ce n’est pas possible ! ») lors de la communication du diagnostic et du pronostic. Suivant l’expérience des soins palliatifs de l’Hôpital Royal Victoria, il convient de ne pas intervenir sur le plan clinique par rapport à ce mécanisme de défense, ne serait-ce que pour soutenir l’espoir. On devra cependant s’y résoudre lorsque le déni interférera avec les traitements ou avec des obligations prioritaires comme le legs de biens importants.

2. La *colère* (« Pourquoi moi ? »), où le patient, qui refuse l’inévitable, projette son dépit sur le médecin, sur l’équipe traitante, sur ses proches, sur Dieu... Ramener le patient à sa tristesse et à son angoisse initiales reste l’intervention clinique la plus utile.

3. Le *marchandage* (« D’accord, mais pas avant que... »), où le patient tente d’apprivoiser l’inévitable en négociant des sursis. Le maintien de l’espoir, que le marchandage sert si bien, n’oblige pas l’équipe soignante à adopter une attitude particulière ou à intervenir sur le plan clinique.

4. La *dépression* (« Oui, c’est moi qui vais mourir »), où le patient s’attriste des différentes pertes qu’il vit — sa santé, sa famille, son statut social — et réfléchit sur ses déceptions et ses échecs. Cliniquement, l’écoute et la clarification sont alors particulièrement appropriées.

5. L*'acceptation* (« Mon heure est arrivée ; je l’accepte »), où, suivant Kübler-Ross (1969), le patient, qui est en paix avec lui-même, se retire en lui de plus en plus paisiblement. Au Service des soins palliatifs de l’Hôpital Royal Victoria, on a souvent noté que cette phase est une phase de retrait intérieur s’intensifiant, alors que les contacts avec les autres, y compris les échanges verbaux, deviennent de plus en plus exigeants, voire pénibles, pour le malade qui est de plus en plus asthénique, physiquement et moralement. Pour le psychiatre consultant, la priorité consiste alors à déculpabiliser le malade quant à son état psychologique et à aider les proches et les intervenants à prévenir toute forme d’activisme potentiellement douloureux en les sensibilisant à la fatigue et aux besoins du mourant.

Kübler-Ross (1969) insiste sur le fait que ces étapes ne se déroulent pas nécessairement selon la séquence décrite ; souvent elles s’entrecoupent et il arrive même qu’elles n’aient pas lieu. Le psychiatre consultant aura avantage à rappeler aux intervenants en cause que la définition de ces étapes a un caractère surtout descriptif et qu’elle ne représente pas un cheminement psychologique obligatoire.

Manfred Pattison

Le psychiatre E.M. Pattison (1967) suggère que les attitudes cliniques tiennent compte des trois éléments suivants : le cycle de la vie, les phases de la maladie et les peurs spécifiques reliées à un pronostic fatal.

Cycle de la vie

Chez l’enfant malade, ce n’est pas tant la peur de la mort que la peur de la séparation d’avec les parents qui est prépondérante. Il est alors fondamental d’encourager la présence de ces derniers.

Chez l’adolescent, ce n’est pas non plus la peur de la mort qui prédomine, mais plutôt l’atteinte à l’identité en formation.

Quant au jeune adulte, il ressentira le besoin de démontrer les compétences physiques, psychologiques et intellectuelles qu’il a acquises récemment, et ce souvent jusqu’à un stade très avancé de la maladie. Ainsi, une attitude thérapeutique appropriée consiste à lui permettre de travailler aussi longtemps que possible.

Les patients de 35 à 45 ans seront plutôt préoccupés par le sort de leurs proches, et particulièrement par celui de leurs enfants.

Chez l’adulte vieillissant, Pattison rappelle que l’approche de la mort place l’individu devant l’histoire [1851] de sa vie, ses événements marquants et sa signification. L’écoute compréhensive s’avère souvent fort utile.

Phases de la maladie

Pattison (1967) distingue les trois phases de la maladie suivantes :

1. La phase aiguë, qui, avec la communication du diagnostic et du pronostic fatal, oblige à une intervention de crise et au renforcement des mécanismes de défense antérieurs.

2. La phase intermédiaire de la maladie, qui, vu les incertitudes entourant l’évolution de la maladie et des traitements, amènera le praticien à insister sur le côté certain du quotidien : « On ne sait pas encore ce qui va vous arriver, mais aujourd’hui, n’étiez-vous pas censé téléphoner à votre sœur en Californie pour lui expliquer votre état ? »

3. La phase terminale, qui ramène aux attitudes telles que le déni, la colère, le marchandage, la dépression et l’acceptation.

Peurs spécifiques reliées à un pronostic fatal

À ce sujet, Pattison (1967) rappelle que les peurs les plus fréquentes sont les suivantes :

- la peur de la douleur ;

- la peur de perdre le contrôle de soi ;

- la peur de la solitude ;

- la peur de perdre les êtres chers ;

- la peur du corps et de son image corporelle ;

- la peur de l’inconnu.

Le praticien aura avantage à recenser les peurs présentes chez le patient, à informer ce dernier à leur sujet, à le laisser les explorer, à l’encourager à les verbaliser et à le soutenir.

79.4.2. Aspects psychiatriques

Dépression

La littérature psychiatrique nord-américaine en relation avec le milieu médical ou chirurgical rapporte généralement une prévalence élevée de dépression chez les malades hospitalisés. Ainsi, dans une étude portant sur 1 000 patients, Shevitz, Silberfarb et Lipowski (1976) ont relevé jusqu’à 66% de cas de dépression majeure.

Pourtant, dans une étude portant sur 98 consultations effectuées auprès de malades cancéreux (Stedeford et Bloch, 1979) et dans une revue de 71 consultations psychiatriques effectuées entre le 1er janvier 1980 et le 1er janvier 1981 au Service des soins palliatifs de l’Hôpital Royal Victoria, on rapporte dans les deux cas une prévalence de syndromes dépressifs beaucoup moindre, soit respectivement de 20% et de 14%.

Pour expliquer ces différences surprenantes, on prendra en considération les points suivants :

1 Il est important de distinguer une situation triste d’un syndrome dépressif. Ces malades sont en effet engagés dans un processus de deuil, normal dans les circonstances, vu l’énormité des pertes vécues, ce que certains consultants ont tendance à oublier.

2 On ne doit pas confondre le syndrome dépressif classique et le syndrome physiologique typique de la maladie cancéreuse en phase terminale. L’humeur triste, l’anorexie, l’insomnie et le ralentissement psychomoteur sont fréquents chez les malades en phase terminale, qui sont souvent très faibles physiquement et épuisés moralement.

3. Une troisième distinction doit être faite entre les effets du deuil et les effets de l’isolement. En plus d’être engagés dans une situation de deuils multiples, ces malades sont souvent abandonnés, la plupart du temps de manière prématurée, répétitive et croissante à mesure que leur condition clinique se détériore. C’est alors que le soutien et la présence empathique de l’équipe soignante en milieu palliatif paraissent fournir des éléments de prévention très intéressants. Chez 11 malades présentant un trouble de l’adaptation avec une humeur dépressive dans l’échantillon de l’Hôpital Royal Victoria, des antidépresseurs n’ont été prescrits qu’à cinq patients — trois de ces cas se présentant sous la forme d’équivalents somatiques dépressifs —, tandis que les six autres malades n’ont eu besoin que du soutien et des bons soins du personnel.

Anxiété

On trouve souvent de l’anxiété chez les malades utilisant de façon inefficace le déni ou le refoulement face à une réalité de plus en plus évidente que la conscience [1852] ne peut toutefois pas encore admettre. On la trouve aussi chez des malades victimes de la conspiration du silence, c’est-à-dire qui sont peu ou pas informés quant à la gravité de leur condition. La plupart du temps, les malades ne sont pas dupes de ce silence, comme en témoignait un patient : « Si j’ai bien compris mon spécialiste, docteur, je vais mourir en pleine santé. »

Troubles psychotiques

Même les patients ayant une maladie mentale bien documentée décompensent rarement dans ces circonstances. Le traitement pharmacologique usuel doit cependant être maintenu.

Troubles cérébraux dégénératifs

Les troubles cérébraux ont une fréquence relativement élevée chez les malades cancéreux en phase terminale (16% selon Stedeford et Bloch [1979] et 42% au Service des soins palliatifs de l’Hôpital Royal Victoria), vu la fréquence élevée de l’atteinte métastatique cérébrale et l’âge généralement avancé de cette population.

Enfin, une multitude de pathologies consécutives aux maladies chroniques ou à leurs traitements peut aussi toucher le système nerveux central à des degrés d’intensité variables. On trouve ainsi chez 50% des patients sidéens un trouble neurocognitif léger avec de légères atteintes aux fonctions cognitives, plus précisément une réduction de la vitesse de pensée ainsi que des déficits de l’attention et de l’apprentissage.

Plus grave encore, la démence associée au VIH se présente sous la forme de difficultés marquées de l’attention, de la concentration et de l’acquisition rapide et flexible de nouvelles informations. On a aussi rapporté des difficultés prononcées du langage ainsi qu’un ralentissement psychomoteur susceptible d’être très grave et de s’accompagner d’incoordination et d’ataxie. Des changements d’humeur peuvent également être présents, soit de la tristesse, de l’irritabilité, de la labilité affective, de la violence, des attitudes incongrues, du retrait et de l’apathie. Occasionnellement, le delirium peut aussi apparaître. L’apparition du delirium anxiolytique-hypnotique annonce souvent une mort précoce.

Trouble de la personnalité

Le trouble de la personnalité est le diagnostic principal dans une proportion de 4% selon Stedeford et Bloch (1979) et de 10% selon Voyer (1981). Cette situation témoigne bien de la remarque de Pattison, pour qui l’on meurt comme on a vécu. Ainsi, les malades présentant des traits de personnalité surtout histrioniques seront facilement hyperémotifs et somatisants et ceux qui ont des traits obsessionnels- compulsifs tenteront de tout contrôler, et ce à leur détriment. Les malades présentant des traits paranoïdes seront méfiants, tandis que les patients ayant une personnalité limite (borderline) demanderont, sans grand succès, des quantités invraisemblables d’analgésiques ou de psychotropes et continueront d’utiliser le clivage avec le personnel et l’entourage tout en exigeant de leur part énormément d’attention.

La principale intervention du psychiatre consultant reste encore la compréhension du comportement et de ses interactions pathologiques afin de mieux les expliquer aux intervenants et aux proches, ce qui permettra de contenir l’agir et de diminuer la victimisation des uns et des autres.

79.5. IMPACT SUR LA FAMILLE

La famille nucléaire moderne ne maintenant son équilibre qu’au prix de l’activité continuelle de ses membres tant à l’école qu’au travail, la surveillance et la protection des vieillards et des malades sont ainsi devenues de plus en plus difficiles à assurer. La maladie chronique nécessitera donc un nouvel équilibre en fonction des quatre paramètres suivants : le début de la maladie, le cours de la maladie, le pronostic et l’incapacité.

79.5.1. Début de la maladie

On peut diviser les maladies selon que leur apparition est soudaine, tels l’accident vasculaire cérébral ou l’infarctus du myocarde, ou que leur progression est graduelle, comme l’arthrite et la démence de type Alzheimer. L’évolution graduelle de certaines maladies chroniques permettra aux familles de s’ajuster avec le temps. Comme la maladie s’accompagne souvent de changements importants dans les rôles des [1853] différents membres de la famille, les maladies dont l’apparition est soudaine placeront immédiatement toute la famille dans un état de crise ; ainsi, des réajustements majeurs s’imposeront très rapidement.

79.5.2. Cours de la maladie

La maladie chronique peut être évolutive, stationnaire ou épisodique. Dans la maladie d’Alzheimer, l’aggravation continue des symptômes force la structure familiale à modifier le rôle de chacun de ses membres et à se réorganiser autour des soins de la personne malade. Une maladie stationnaire, comme l’hémiplégie résultant d’un accident vasculaire cérébral, entraînera une période de crise et d’ajustement, puis laissera à la famille un peu de répit, ce qui lui permettra de s’ajuster aux besoins fixes du malade. Une maladie chronique au cours épisodique avec des rechutes et des attaques d’une durée variable, comme l’asthme ou la colite ulcéreuse, entraînera un va-et-vient incessant qui deviendra avec le temps un facteur de stress de plus en plus grand vu l’incertitude et l’imprévisibilité qui caractérisent l’évolution de ce genre de pathologie.

79.5.3. Pronostic

Les maladies chroniques peuvent aussi être réparties sur un continuum allant de la maladie non fatale à la maladie fatale. Dans les maladies fatales, comme le cancer métastatique ou la cardiomyopathie grave, la menace de mort est telle qu’elle place immédiatement la famille en face d’un deuil annoncé et dans une atmosphère d’inquiétude touchant tous les aspects de la vie familiale. À l’opposé, les conditions chroniques qui n’ont pas d’effet sur l’espérance de vie, comme la cécité ou la migraine, amènent des ajustements à long terme et des changements de rôle et de structure plus stables, voire permanents.

79.5.4. Incapacité

Les limitations fonctionnelles consécutives à une maladie chronique varieront selon l’atteinte à la cognition, à la mobilité ou au niveau d’énergie ou selon les déformations physiques. Le type et la gravité des limitations fonctionnelles auront donc des répercussions importantes sur le stress vécu par la famille. Par exemple, une maladie comprenant des déficiences physiques et cognitives combinées, comme cela se produit à la suite de certains accidents vasculaires cérébraux, sera beaucoup plus exigeante qu’une simple limitation de la mobilité.

79.6. IMPACT  
SUR LES INTERVENANTS

79.6.1. Principales problématiques  
psychologiques

Tandis que la maladie physique aiguë est souvent envisagée par le médecin comme un défi lancé à ses connaissances, à ses habiletés et à son arsenal thérapeutique, l’inévitable détérioration accompagnant une évolution chronique lui fait éprouver beaucoup plus régulièrement de l’impuissance. Hippocrate a consacré une grande partie de son œuvre à la description de ces malades que les médecins devaient éviter de soigner. À l’époque, les échecs thérapeutiques répétés ternissaient la réputation du médecin, l’obligeant alors à se faire nomade. Ces frustrations, souvent amplifiées par celles des malades et de leur famille, peuvent devenir d’importantes menaces pour l’estime de soi et les fantasmes sous-jacents de toute-puissance. Sentant son narcissisme menacé, le médecin est dès lors souvent porté à abandonner ses malades ou, au contraire, à faire preuve d’un acharnement thérapeutique aussi nuisible aux malades qu’à lui-même.

Depuis le début des années 50, les progrès que la médecine scientifique a réalisés à une cadence jusque-là inimaginable se sont toutefois doublés d’un revers en ce qui a trait aux soins des grands malades et des mourants. Tout se passe comme si l’explosion des ressources technologiques avait peu à peu détourné l’intérêt, les préoccupations et les habiletés des médecins, jusque-là orientés prioritairement vers les soins des personnes qui ne pouvaient plus guérir, au profit des malades en phase aiguë. Cela a amené le docteur Balfour Mount (1997), spécialiste en soins palliatifs, à dire que l’on pourrait transformer le dicton du 15e siècle « Guérir parfois, traiter souvent, soigner toujours » en celui-ci : « Guérir parfois, diagnostiquer souvent, investiguer toujours. »

Le personnel du Service des soins palliatifs de l’Hôpital Royal Victoria a précisé les principaux [1854] facteurs de stress propres au travail auprès de malades cancéreux en phase terminale :

- le fait d’affronter la mort, presque quotidiennement dans ce milieu, qui est en général ressenti de façon plus aiguë chez les stagiaires et les nouveaux membres du service ; le fait d’affronter sa vie, pour ce qui est de sa qualité et de son sens, à mesure que l’intervenant se rend compte de sa propre mortalité, ce qui constitue une forme sauvage de psychothérapie qui le place devant sa quotidienneté ;

- les deuils multiples et réguliers, dont l’intensité s’aggrave quand plusieurs malades décèdent simultanément, quand le contact avec la personne décédée a été prolongé ou quand l’intervenant s’identifie au mourant ou identifie à lui une personne qui lui est chère, ainsi que les pertes et les difficultés majeures dans la vie personnelle des soignants, qui peuvent devenir plus difficiles à supporter ;

- les crises qui surviennent régulièrement étant donné la fragilité des malades et de leur famille tant sur le plan physique que sur le plan psychosocial.

Les interventions suivantes ont été signalées comme facteurs de prévention face à l’épuisement professionnel dans le même milieu :

- la disponibilité — et non la présence — d’un médecin à plein temps, ce qui favorise une prise de décisions plus étendue ainsi qu’une plus grande autonomie chez les autres intervenants ;

- des groupes de soutien se préoccupant spécifiquement des aspects problématiques les plus immédiats du travail ;

- l’établissement de liens d’amitié entre les membres de l’équipe, tant à l’intérieur qu’à l’extérieur du travail ;

- la formation continue des différents intervenants ;

- les activités de rayonnement, dans leur secteur de compétence, pour les intervenants intéressés et habilités à le faire.

79.6.2. Révélation du diagnostic  
et du pronostic

S’inspirant de son expérience en soins palliatifs, Mount (1997) suggère au médecin traitant de tenir compte des éléments suivants lors de la communication d’un diagnostic au pronostic sombre :

- la compréhension que manifeste le médecin face à l’individu malade en ce qui concerne sa personnalité, ses antécédents, sa famille, sa culture, ses idées et ses valeurs, ses capacités d’introspection, ses relations importantes, ses rapports à lui-même et aux autres, sa spiritualité;

- la compréhension que le patient a de sa maladie, tant sa physiopathologie que ce qu’elle signifie pour lui ;

- la dimension unique, privée et solitaire de la souffrance que génère toute menace pour la vie et l’intégrité d’une personne ;

- la disponibilité du praticien, qui favorise l’anticipation et l’intégration de la réalité par le malade en diminuant les effets négatifs de l’incertitude au moyen de la communication de l’information, de l’expression des peurs et de l’accompagnement du patient dans l’inconnu ;

- l’assistance dans la recherche d’un sens en tenant compte des centres d’intérêt de cette personne, de ses expériences passées et de ses croyances ;

- la facilitation du processus de guérison, au sens large, en aidant le malade à reconnaître ses besoins personnels et à s’accepter, de même qu’à transcender le souci exclusif de soi-même, qui inhibe la relation à l’autre, et ce par le recours au dialogue. Mount (1997, p. 18 ; traduction libre) ajoute : « Dans la maladie, la transcendance et le dialogue s’expriment souvent dans l’acceptation d’une dépendance aux autres de plus en plus grande. »

Mount propose même l’abandon de la position d’autorité dans la relation patient-médecin en faveur d’une intervention reconnaissant plutôt les réalités de l’unicité, de l’altérité et de la vulnérabilité qui caractérisent la condition de tout être humain.

Mount insiste aussi sur l’importance de la famille dans la communication du diagnostic et du pronostic, précisant que les entretiens familiaux demeurent un instrument de travail particulièrement efficace qui est trop souvent négligé. Le praticien peut, à l’occasion de ces entretiens, évaluer le système familial et sa dynamique et ainsi faciliter le consensus quant à la compréhension du diagnostic, du pronostic et des objectifs du traitement. Les entretiens familiaux peuvent également permettre l’expression des émotions difficiles [1855] de même que l’établissement de la relation de confiance qui est absolument essentielle aux futures communications. Certaines réconciliations peuvent y être favorisées, tout comme une meilleure maîtrise de la situation par le biais de la participation aux décisions.

Enfin, Mount rappelle que l’intégration d’une dure réalité pronostique et diagnostique constitue plus un processus qu’un événement en soi. Le temps doit aussi faire son œuvre, entre autres au moyen du déni adaptatif, qu’il définit comme suit : « Une stratégie qui préserve l’espoir en permettant au malade d’insister sur les aspects positifs de sa situation et de filtrer les éléments encore intolérables » (Mount, 1997, p. 27 ; traduction libre).

79.7. ÉTHIQUE [[12]](#footnote-12) ET LOI

Si l’on adopte le point de vue selon lequel l’éthique précède la loi quant aux valeurs prépondérantes déterminant les choix professionnels, on peut résumer ainsi les principaux dilemmes de l’heure chez les personnes atteintes d’une maladie incurable.

79.7.1 Droit au refus de traitement

Essentiellement par la voie des tribunaux nord-américains, le respect de l’autonomie du malade a peu à peu supplanté le vieux principe de bienfaisance (ou du meilleur intérêt du malade), qui était jugé trop paternaliste. Et, depuis les années 60, le droit de refuser les traitements prescrits s’impose de plus en plus au nom du respect de l’intégrité physique et psychologique des individus. L’aptitude des patients à décider de leur traitement l’emporte donc sur leurs besoins cliniques et même sur leur statut légal, ainsi qu’on le voit dans le domaine de la psychiatrie dans les cas d’ordonnance de garde en établissement (cure fermée), où l’hospitalisation forcée n’autorise pas le traitement contre la volonté du malade.

Les causes de Mary Quinlan aux États-Unis (on a acquiescé à la demande des parents pour leur fille comateuse) et de Nancy B. au Québec (le tribunal a donné son accord à une demande similaire de la malade elle-même) ont entraîné des jugements cruciaux quant à la cessation de traitement pour les personnes atteintes de maladies fatales mais maintenues en vie, contre leur gré, par des moyens artificiels.

79.7.2. Droit au suicide assisté

Presque autant que l’avortement, la mort assistée des agonisants et des malades incurables (l’euthanasie active) est devenue l’objet de débats moraux, religieux, politiques et publics de plus en plus passionnés dans la plupart des sociétés occidentales. Ainsi, les médias américains ont accordé beaucoup d’attention aux nombreux procès intentés au docteur Jack Kevorkian qui a aidé plusieurs personnes atteintes d’une maladie incurable à se suicider. Au Canada, Sue Rodriguez, une femme atteinte d’une sclérose latérale amyotrophique avancée, s’est vu refuser par la Cour suprême le droit au suicide assisté, pendant qu’aux Pays-Bas et en Australie de telles pratiques sont maintenant encadrées par des lois.

Ainsi que Mishara (1997) résume ces débats, les tenants de l’euthanasie veulent qu’on lui accorde un statut de droit constitutionnel en la considérant comme une expression ultime des libertés fondamentales. Ses opposants se divisent en deux camps non mutuellement exclusifs : ceux qui croient que la vie est sacrée indépendamment des circonstances et ceux pour qui assister la mort ne peut qu’ouvrir la porte à des abus et à des dérapages inadmissibles.

Les défenseurs de l’euthanasie invoquent généralement le droit à une « bonne mort », choisie librement, comme expression du droit de garder sa dignité dans le mourir autant que dans le vivre. Le droit au contrôle des aspects importants de la vie quotidienne et celui du maintien d’un sentiment de sécurité et d’un confort physique et psychologique, la préservation de l’identité et de l’intimité de même que le contrôle de la douleur constituent les principaux points de leur argumentation. Le concept de justice distributive ou de partage des richesses pour le bien du plus grand nombre a aussi été un argument invoqué contre le soutien, à des coûts très élevés, d’individus ayant une pathologie lourde et incurable au détriment du traitement de malades pour qui le pronostic est meilleur. Enfin, certains arguent que la légalisation de l’euthanasie permettrait la standardisation et le contrôle de sa pratique, de façon à prévenir l’amateurisme et les abus qui peuvent résulter des pratiques illicites actuelles.

[1856]

Chez les opposants à l’euthanasie, en plus d’apporter l’argument moral et religieux du caractère sacré et inviolable de la vie, on plaide la possibilité du mauvais diagnostic ou de l’arrivée inopinée de nouveaux traitements révolutionnaires. Plus souvent, on avance l’argument de la pente glissante, selon lequel le fait d’accepter l’assistance à la mort de certains individus se trouvant dans une situation intolérable, même avec les meilleurs règles et contrôles, ne peut mener qu’à des abus. On redoute particulièrement que, au nom de leur meilleur intérêt, des personnes désavantagées soient poussées vers la mort sans un véritable consentement éclairé de leur part. Il y a aussi l’argument selon lequel le suicide n’étant pas illégal dans plusieurs pays dont le Canada, il vaudrait mieux encourager au suicide les personnes qui demandent d’être euthanasiées plutôt que d’engager des tiers dans une pratique légalisée d’euthanasie. Certains, pour des raisons religieuses, invoquent la valeur salvatrice de la souffrance et d’autres disent craindre l’effet d’entraînement chez des personnes influençables lorsqu’elles font face à des situations douloureuses et difficiles mais transitoires. D’autres encore maintiennent qu’il ne peut y avoir de consentement rationnel et volontaire à un tel geste quand on est sous l’influence de la douleur et de la souffrance. On craint également que certaines personnes choisissent de mourir plutôt que de bénéficier de traitements physiques et psychosociaux dont elles ignorent l’existence.

Plusieurs médecins disent aussi craindre que leur association avec l’euthanasie diminue la confiance qu’entretiennent les malades à leur endroit, surtout les plus âgés et les plus débilités.

Enfin, s’appuyant sur le fait qu’il y a beaucoup plus de tentatives de suicide que de suicides réussis, certains opposants allèguent que les personnes suicidaires, si pénible que soit leur situation, changent souvent d’idée avant, pendant ou après leur tentative. Là-dessus, notre propre expérience avec les cancéreux et les sidéens révèle, comme le rapporte la littérature, que la plupart de ces personnes s’accrochent à la vie jusqu’à sa fin en dépit de velléités suicidaires au début. Si bien que certains soutiennent maintenant que la ritualisation d’un « théâtre euthanasique » pourrait imposer sa mise en scène à des personnes qui, autrement, seraient ambivalentes jusqu’à la fin.

En attendant qu’on en arrive à des conclusions plus consensuelles dans ce grand débat public, il apparaît comme important que praticiens et chercheurs continuent à se concentrer sur un meilleur contrôle de la douleur et de la souffrance tant physiques que psychosociales ainsi que sur l’établissement de standards cliniques. Avec l’accord éclairé des malades et de leurs proches, on pourra peut-être avoir un débat plus posé et éviter certaines ornières religieuses et légalistes.

79.7.3. Droit au traitement

Paradoxalement, le droit au traitement est beaucoup moins bien établi que les droits précédents, sauf dans les pays où la médecine est dite étatique ou socialisée comme la France, le Canada et le Québec où il a acquis, par voie de législation sociale, la valeur d’un droit fondamental autant que le droit de parole ou le droit à l’éducation. Toutefois, aux États-Unis, le droit au traitement n’est l’objet d’aucune loi ou jurisprudence majeure, même si le droit au refus de traitement y est de plus en plus renforcé et précisé par les tribunaux.

Dans les pays dotés d’un régime d’assurance-maladie universelle, les équipes traitantes ont de plus en plus à porter des jugements cliniques et éthiques sur le type et l’intensité des traitements que recevront certains malades, vu la rareté et le coût de ces traitements. Ainsi, dans les domaines des greffes cardiaque, hépatique ou rénale, les équipes en cause ont souvent à choisir entre les différents receveurs compatibles. De plus, dans le cas de l’hémodialyse, on procède régulièrement à l’évaluation bio-psycho-sociale des candidats, vu les ressources humaines et financières que cela implique.

79.7.4. Droit à la vie

Si les pratiques des Grecs de l’Antiquité permettant de laisser mourir les nouveau-nés visiblement handicapés ou anormaux soulèvent encore l’horreur, il faut reconnaître que, même aujourd’hui, nos pratiques médicales sont beaucoup moins interventionnistes à l’endroit des bébés qui naissent avec des déficits chromosomiques ou cérébraux évidents.

De plus, on accepte maintenant dans la pratique de dépister, aux fins d’avortement, les fœtus anormaux chez les femmes enceintes à risque. Plusieurs personnes handicapées d’âge adulte relativement bien [1857] adaptées à leur condition en sont venues à se questionner sur leur propre valeur dans des sociétés où l’on élimine des fœtus dont les conditions sont analogues à celles qui furent les leurs. Le dépistage génétique tout comme, bientôt, les techniques de clonage ne pourront qu’étendre ce questionnement à des segments de la population de plus en plus larges et sans déficiences évidentes en vue de prévenir des souffrances et des coûts potentiels. L’amélioration des gènes et, par conséquent, les vieux démons de l’eugénisme obligeront à faire preuve d’une plus grande vigilance encore.

\*  
\* \*

Même si elle est difficile à quantifier, tant pour ce qui est de l’importance de la population touchée qu’en ce qui a trait aux souffrances qu’elle inflige aux malades et à leurs proches, l’incurabilité demeure un défi médical des plus exigeants à relever parce qu’elle est inévitable et qu’elle renvoie quotidiennement le médecin à son impuissance, en dépit des gains technologiques extraordinaires qu’a obtenus la médecine scientifique.

Pour les intervenants, les soins à prodiguer aux malades incurables resteront toujours le test par excellence de leur humanisme, bien plus que les compétences cliniques et scientifiques.

William Osler (1939, p. 91 ; traduction libre) a déjà dit : « Ce qui compte, ce n’est pas tant la sorte de maladie qu’a une personne que la sorte de personne qui a cette maladie. » Quant aux soins des malades incurables, on pourrait ajouter : « ... et la sorte de personnes qui la soignent ».

Bibliographie

Deutsch, F.

1936 « Euthanasia : A clinical study », *Psychoanal Q.,* vol. 5, p. 347-368.

Eissler, K.R.

1955 *The Psychiatrist and the Dying Patient*, New York, International Universities Press, 1969

Freud, S.

1915 « Thoughts for the times on war and death », *Standard Edition,* vol. 14, Londres, Hogarth Press, p. 273-302.

Katon, W., et coll.

1990 « Distressed high utilizers of medical care DSM III R diagnoses and treatment needs », *Gen. Hosp. Psychiatry,* vol. 12, p. 355-362.

Kübler-Ross, E.

1969 *On Death and Dying,* New York, Macmillan.

Mishara, B.L.

1997The Right to Die and the Right to Live : Perspectives on Euthanasia and Assisted Suicide in Canada,Toronto, University of Toronto Press.

Mount, B.M.

1997 « Communication with patient and family », *Oxford* Case-Based Manual in Palliative Care,New York, Oxford University Press.

Mount, B.M., et Voyer, J.

1980 « Staff stress in palliative/hospice care », dans I. Ajemian et B.M. Mount (sous la dir. de), *The R.V.H. Manual on Palliative/Hospice Care,* New York, Arno.

Osler, W.

1939 *Æquanimitas,* Londres, H.K. Lewis.

Pattison, E.M.

1967 « The experience of dying », *Am. J. Psychother.,* vol. 21, p. 32-43.

Rifkin, A.

1992 « Depression in physically-ill patients post-graduated », *Medicine,* vol. 92, n° 3, p. 147-154.

SHEVITZ, S.A., SlLBERFARB, P.M., et LlPOWSKI, Z.J.

1976 « Psychiatric consultations in a general hospital : A report on 1 000 referrals », *Diseases of the Nervous System,* vol. 37, n° 5, p. 295-300.

Statistique Canada

1996 « Profil statistique des communautés canadiennes », <[http ://www.statcan.ca](http://www.statcan.ca)>.

Stedeford, A., et Bloch, S.

1979 « The psychiatrist and the terminal care unit », *Br. J. Psychiatry,* vol. 135, p. 1-6.

Voyer, J.

1981 « Considérations phénoménologiques chez les malades en phase terminale : une étude de 71 cas », VIe Congrès international de psychosomatique, Montréal.

Wells, K.B., Golding, J.M., et Burnam, M.A.

1988 « Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions », Am. *J. Psychiatry,* vol. 145, p. 976-981.

Yalom, I.D., et Greaves, C.

1977 « Group therapy with the terminally ill », *Am. J. Psychiatry,* vol. 134, p. 396-400.

[1858]

Lectures complémentaires

M'UZAN, M. de

1977 *De l'art à la mort*, Paris, Gallimard.

DOYLE, D., HANKS, G.W.C., et MACDONALD, N.

1996 *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 2e éd., NewYork, Oxford University Press.

LEWIS, J.L.

1982 « Dying with friends: Implications for the psychotherapist », *Am. J. Psychiatry*, vol. 139, n° 3, p. 261-266.

[1859]

[1860]

**Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale**Tome 2. Spécialités, traitements, sciences fondamentales  
et sujets d’intérêt

SIXIÈME PARTIE  
*Sujets d’intérêt*

Chapitre 80

MALADIE  
PSYCHIATRIQUE  
CHRONIQUE

[Retour à la table des matières](#tdm)

Jean-Luc Dubreucq, M.D.

Psychiatre, chef du Service de psychiatrie générale du Centre hospitalier de l’Université de Montréal (Hôpital Notre-Dame)

Professeur adjoint de clinique au Département de psychiatrie de l’Université de Montréal

Jean Hébert, M.D.

Psychiatre à l’Institut Philippe Pinel de Montréal

Professeur adjoint de clinique au Département de psychiatrie de l’Université de Montréal

Richard Cloutier, M.D.

Résident en psychiatrie dans le cadre du programme d’études spécialisées en psychiatrie de l’Université de Montréal

[1861]

**PLAN**

80.1 Historique

80.2 Définition

80.3. Épidémiologie

80.4 Étiologie

80.5. Enjeux actuels

80.5.1. Exclusion

80.5.2. Éclatement de la prise en charge

80.5.3. Défis cliniques

*• Comorbidité • Observance du traitement • Filiation • Subjectivité*

80.6. Approche clinique

80.6.1. Approche évaluative

*• Nouveau regard • Objectifs de l’évaluation • Séquence pathologique*

80.6.2. Approche multidisciplinaire

80.6.3. Approche individualisée

80.6.4. Approche relationnelle

Bibliographie

[1862]

Malgré d’indéniables succès thérapeutiques, la psychiatrie est placée devant le problème de la limite de son efficacité, particulièrement lorsqu’elle a affaire à un processus pathologique chronique résistant à divers moyens curatifs. Toute discipline médicale ou chirurgicale est bien sûr logée à la même enseigne, car le désir de guérir est solidement ancré chez les médecins.

En psychiatrie, l’enjeu est peut-être plus important qu’ailleurs. L’échec du projet thérapeutique renvoie non seulement à un passé asilaire, marqué au coin du désespoir et de l’impuissance, dont on voudrait se distancer, mais également à la part d’utopie dont s’assortissent inévitablement les grandes espérances (pharmacologiques, communautaires, psychanalytiques, etc.) qui accompagnent, entre autres, la désinstitutionnalisation depuis plusieurs décennies et qui fondent en partie l’identité psychiatrique contemporaine.

Ainsi, l’échec atteint au moins deux fois les psychiatres, individuellement en contrariant leur désir de guérir et collectivement en décevant leur idéal professionnel. C’est dire à quel point la limitation des moyens thérapeutiques face à la maladie mentale chronique est douloureuse et peut amener à fuir d’une façon ou d’une autre les patients qui en souffrent.

Or la chronicité touche gravement au moins le tiers des patients suivis en psychiatrie et absorbe près de 80% des ressources disponibles (Hasselback et coll., 1990). Il ne s’agit pas d’un problème négligeable, mais bel et bien d’un défi scientifique, social et humain. Tout au long de ce chapitre, trois questions seront présentes de façon implicite : qui sont ces patients ? Comment vivent-ils ? Que fait-on pour eux ?

80.1. HISTORIQUE

Indissociable de l’histoire de la folie et de la psychiatrie, le passé de ce groupe de patients est complexe. S’il est impossible d’en brosser un portrait exact, il n’est pas irréaliste de rappeler l’existence de deux lignes de force qui sous-tendent ici la trame historique.

D’une part, le « fou » est plus souvent maudit que respecté, l’attitude de la société à son égard oscillant, tel un balancier, entre différentes formes d’ostracisme et un certain humanisme. D’autre part, lorsque la médecine a une vision mécanique de la maladie mentale, c’est-à-dire lorsqu’elle considère les symptômes psychiques seulement comme des signes de « lésions » cérébrales, elle devient, selon l’expression d’Henri Ey, une « médecine sans personne » et elle collabore plus volontiers aux solutions d’exclusion des patients atteints. À l’inverse, quand elle reste fidèle à son inspiration humaniste, elle défend ces mêmes patients. Faute de pouvoir faire ici la démonstration de ces deux affirmations, quelques exemples permettront d’entrevoir en filigrane leur pertinence.

La malédiction ne s’abat pas seulement à la fin du Moyen Âge et durant toute la Renaissance avec l’Inquisition, ses possédés à exorciser et ses sorciers ou ses hérétiques à purifier par le feu... Elle frappe régulièrement et à toutes les époques, même si elle change de visage.

À l’âge classique, l’édit de 1656 institue en France le renfermement, c’est-à-dire la ségrégation carcérale dans des hôpitaux (Foucault, 1972). La folie est devenue un désordre que la morale réprouve désormais et que le dressage par la crainte, « thérapie » appliquée aussi dans les ménageries et les prisons, doit corriger (Ellenberger, 1964). À partir du 19e siècle et jusqu’au milieu du 20e, d’abord pour des raisons humanitaires, puis rapidement dans un souci de protection sociale, les aliénés sont massivement internés dans des asiles situés à proximité (mais pas trop !) des grands centres urbains. La promiscuité est grande et les conditions de vie sont difficiles. C’est également l’époque où la psychiatrie, forte de la mise en évidence d’une méningo- encéphalite syphilitique associée à la paralysie générale, cherche à définir des entités anatomo-cliniques, suivant en cela le modèle purement médical qui exclut la vie psychique. Enfin, peu avant la Seconde Guerre mondiale, la malédiction atteint de nouveau le niveau insoutenable de la barbarie lorsque le gouvernement nazi, aveuglé par son idéologie de pureté et de supériorité de la race, adopte une politique de santé publique qui transforme, avec la complicité du corps médical, certains asiles en camps d’extermination des malades mentaux « dégénérés », incurables et improductifs (Lifton, 1986).

La bienveillance se manifeste aussi de façon variée à travers les âges. Fondant leurs œuvres sur la foi, l’espérance et la charité, les communautés religieuses apportent aux malades atteints de folie secours et hospitalité, comme, à partir du 16e siècle, l’ordre des frères hospitaliers de Saint-Jean-de-Dieu. Toujours [1863] en pleine Inquisition, Jean Wier (1515-1588), médecin du duc de Clèves, conteste avec succès la thèse de la sorcellerie et prouve que les personnes qu’on accuse de ce « crime » sont des malades. Puis, dès la fin du 18e siècle, inspirés par les Lumières, les premiers aliénistes entreprennent la réforme des soins psychiatriques. Philippe Pinel, en libérant les fous de leurs chaînes, devient le symbole de ce vaste mouvement philanthropique qui se déploie également en Italie, en Allemagne et en Angleterre. Au cours du 19e siècle, l’aliéniste britannique John Conolly énonce les principes de sa méthode de l’open door et du no restraint qui se fonde sur une formation adéquate du personnel soignant et qui abolit l’enfermement et la contrainte, tristes substituts des soins exigés par leur état et synonymes d’abandon des malades (Pélicier, 1976). En Amérique, après la Seconde Guerre mondiale, s’amorce à partir des États-Unis un vaste mouvement de désinstitutionnalisation sous l’impulsion d’un projet à la fois humanitaire et de défense des droits civiques qui favorise le développement de la psychiatrie communautaire, c’est-à-dire d’une psychiatrie dont l’ambition est d’être le plus près possible de la société pour rompre avec toute approche ségrégationniste. L’apport de la psychanalyse et de la psychopharmacologie est prépondérant dans ce renouveau de la pratique psychiatrique.

Et aujourd’hui, de quel côté se trouve le balancier ? Au-delà du discours bio-psycho-social, à quelle conception effective de la maladie mentale chronique la pratique professionnelle auprès de ces patients renvoie-t-elle ? L’histoire, qui nous lègue ces questions, nous invite à faire preuve de vigilance dans le choix des réponses...

80.2. DÉFINITION

Même si la maladie psychiatrique chronique est une réalité quotidienne, aucune définition ne fait actuellement l’unanimité. Depuis la désinstitutionnalisation, il n’est plus possible de se contenter d’une définition circonstancielle se limitant à désigner la population « résiduelle » de patients résidant longtemps à l’hôpital psychiatrique. Une définition fonctionnelle s’avère nécessaire. À ce titre, celle que proposent Goldman, Gattozzi et Taube (1981) est l’une des plus intéressantes. Selon cette définition, les personnes atteintes d’une maladie psychiatrique chronique présentent des troubles mentaux (démence, schizophrénie, dépression, trouble bipolaire, trouble délirant ou tout autre trouble pouvant devenir chronique) qui, pendant longtemps, compromettent le développement de capacités fonctionnelles ou détériorent les capacités déjà acquises dans trois aspects ou plus de leur vie quotidienne ou sociale, tels :

- l’hygiène et les soins personnels ;

- l’autonomie (faire son marché, se faire à manger, boucler son budget, etc.) ;

- les relations interpersonnelles ;

- les différentes transactions sociales (ouvrir un compte bancaire, se trouver un logement, etc.) ;

- les loisirs ;

- l’apprentissage ;

- le travail.

De plus, ces troubles mentaux réduisent fortement les possibilités d’acquérir ou de maintenir une autosuffisance financière par ailleurs très valorisée dans la société.

Cette définition permet de prendre en considération trois facteurs (Bachrach, 1988), appelés les 3 D : le diagnostic psychiatrique, les déficits et la durée.

Les diagnostics dont la littérature fait le plus souvent état sont les troubles schizophréniques et les troubles de l’humeur. Plus récemment, le trouble obsessionnel-compulsif grave s’est ajouté. La question de savoir si des diagnostics devraient être exclus du concept de maladie psychiatrique chronique demeure ouverte. La Checklist for Chronic Mental Illness Determination, élaborée par l’Arizona Department of Health Services (1979), est plus restrictive que la définition de Goldman, Gattozzi et Taube (1981) et exclut le retard mental et la démence. Faulkner et coll. (1989) préfèrent, pour des raisons médico-légales et thérapeutiques, écarter également l’abus d’une substance ou la dépendance à une substance ainsi que les troubles sévères de la personnalité. On sait cependant que ces derniers constituent une part non négligeable des pathologies chroniques rencontrées en pratique clinique.

Il n’en demeure pas moins vrai qu’au-delà des considérations diagnostiques, c’est l’existence de déficits, à rattacher à la notion d’invalidité, qui reste le critère déterminant de la maladie psychiatrique chronique. Le trouble psychiatrique est une condition nécessaire mais non suffisante : il doit être générateur [1864] d’inaptitudes dans différentes sphères de la vie quotidienne, dans le domaine du travail ou dans des situations d’apprentissage. De façon corrélative, les symptômes cliniques de déficits revêtent ici un caractère dimensionnel et laissent aux manifestations productives de la maladie de base un rôle accessoire. Cela implique, d’une part, une tendance à l’indifférenciation nosographique, laquelle est bien illustrée par le titre du chapitre, et, d’autre part, une connotation négative que certains tentent de masquer en vain en parlant de maladie sévère et persistante ou, plus récemment, de maladie grave et persistante, ce qui, bien sûr, n’enlève rien à la position centrale de l’invalidité reliée au concept quelle que soit la terminologie retenue. L’invalidité, source de stigmatisation, demeure liée non pas au vocabulaire employé, mais à l’absence de moyens curatifs efficaces pour enrayer le processus pathologique. Le déni des conséquences de la maladie mentale constitue, par ailleurs, un problème majeur de santé publique et entrave la mise en œuvre de moyens efficaces pour la traiter.

Enfin, la durée renvoie au caractère prolongé de l’incapacité. Celle-ci se développe à partir d’un fonctionnement initial adéquat, puis elle s’installe pour longtemps. Vasquez (1989) a souligné le caractère répétitif des comportements inadaptés, leur résistance au changement et leur indépendance par rapport aux circonstances (ils surviennent quelle que soit la situation, p. ex. que le patient ait connu ou non une bonne journée). Ces particularités ont longtemps nourri chez les thérapeutes, les malades ou les familles un pessimisme et une passivité qui ne devraient plus avoir cours.

En résumé, les patients atteints d’une maladie psychiatrique chronique sont des personnes qui présentent des déficits fonctionnels durables causés ou accentués par un trouble mental grave.

80.3. ÉPIDÉMIOLOGIE

En raison même de l’absence d’une définition consensuelle, il est impossible d’avoir une estimation fiable du nombre de patients touchés par une maladie psychiatrique chronique ainsi que des données comparatives. La définition reposant sur l’interaction de trois facteurs (les 3 D) est difficile à transposer en des termes quantifiables, même si elle exprime au mieux la réalité clinique.

Aux États-Unis, beaucoup d’États se contentent d’une définition administrative de la chronicité qui est facilement opérationnelle, car elle se fonde sur la durée et sur le nombre d’hospitalisations antérieures (Bachrach, 1988). On peut douter de la pertinence de ce mode de calcul pour traduire l’ampleur du phénomène de la chronicité à une époque où beaucoup de patients aux prises avec ce problème reçoivent leurs soins sur un mode ambulatoire et où, par ailleurs, un nombre sans cesse croissant de personnes gravement malades ne demandent aucun soin en psychiatrie.

Une autre difficulté provient des chercheurs eux- mêmes qui omettent souvent de préciser la définition de la maladie mentale chronique retenue pour leurs travaux (Bachrach, 1988) et qui font de la population de patients souffrant de troubles chroniques un groupe homogène, souvent associé de façon implicite à la schizophrénie, ce qui entraîne un manque d’informations spécifiques pour chacune des pathologies en cause.

Selon le National Institute of Mental Health (1992), il y aurait aux États-Unis approximativement de quatre à cinq millions de malades mentaux touchés par la chronicité, ce qui représente à peu près le tiers des patients recevant des soins en psychiatrie. Les critères retenus étaient soit une hospitalisation continue d’au moins 6 mois durant les 5 dernières années, soit deux hospitalisations ou plus durant les 12 derniers mois.

D’après quelques auteurs (Gottheil et coll., 1991 ; O’Driscoll, Marshall et Reed, 1990), les diagnostics se répartiraient comme suit :

- principalement des schizophrénies (de 40% à 50% des cas) ;

- des « syndromes cérébraux organiques » (de 20% à 25% des cas) ;

- des troubles schizo-affectifs (18% des cas) ;

- des troubles de l’humeur (de 8% à 15% des cas).

Curieusement, les troubles de la personnalité sont absents. En fait, ces chiffres témoignent d’une vision réductrice de la chronicité, qui se rapporte ici à la population institutionnalisée, ce qui est peut-être une façon de dire qu’on ne peut chiffrer ce qu’on ne voit plus...

Les données actuelles sur le pronostic des principales maladies mentales ne permettent pas davantage d’avoir une juste mesure de l’évolution chronique impliquant des incapacités, car le paradigme médical est centré sur la maladie, ce qui explique l’écart entre un [1865] pronostic optimiste et la persistance de difficultés éprouvées par le patient. Par exemple, même si, grâce aux traitements modernes, 85% des patients schizophrènes voient leur état s’améliorer, il n’empêche que la plupart d’entre eux demeurent en dehors du marché du travail régulier (Jacobs et coll., 1992). En fait, les études tenant compte des incapacités des patients restent trop rares. Celles qui existent permettent seulement d’entrevoir le fait que la disparition des symptômes d’un trouble psychiatrique chez une personne ne témoigne pas nécessairement de l’absence de déficits. Ainsi, on a récemment mis en évidence des difficultés interpersonnelles et professionnelles importantes chez des patients atteints d’un trouble bipolaire qui n’avaient pourtant pas rechuté durant une période de cinq ans et qui suivaient régulièrement leur traitement (Gitlin et coll., 1995).

Certes, ce genre de considérations n’est pas exempt d’écueils. D’une part, toute incapacité n’est pas inévitablement associée à la notion de chronicité (on se rappellera que Goldman, Gattozzi et Taube [1981] posent comme condition la présence de déficits touchant au moins trois aspects de la vie quotidienne ou sociale) ; d’autre part, toute difficulté n’est pas forcément associée à un déficit. Si l’on veut éviter d’adopter une définition de l’incapacité basée sur des normes sociales arbitraires, on doit faire précéder les travaux d’une réflexion approfondie sur les limites entre le normal et le pathologique. Il reste qu’au- jourd’hui la chronicité, que l’on tend de plus en plus à relier aux incapacités attribuables à un trouble mental, est mal appréhendée et donc sous-estimée.

80.4. ÉTIOLOGIE

Se poser la question de l’étiologie de la chronicité comme s’il s’agissait d’une entité clinique autonome, en quelque sorte d’une nouvelle maladie, est à première vue curieux, puisque l’incapacité invalidante qui caractérise la chronicité est le prolongement d’états pathologiques pour lesquels les hypothèses étiopathogéniques ont déjà été examinées dans ce manuel. Cependant, la conception contemporaine de la chronicité ne permet pas de réduire ce phénomène aux seules conditions pathologiques initiales. Outre la composante bio-psycho-sociale propre à chaque trouble mental en cause, certains facteurs non spécifiques entrent en jeu pour moduler, dans un sens positif ou négatif, les conséquences de la maladie.

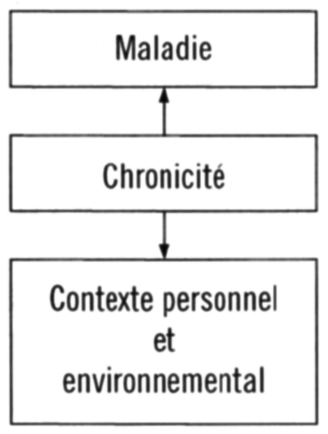
Si l’on s’inspire du concept élaboré par l’Organisation Mondiale de la Santé (World Health Organization, 2000) pour sa révision de l’International Classification of Functioning and Disability, la chronicité peut être envisagée comme le résultat d’interactions entre le potentiel évolutif propre à chaque pathologie et un contexte particulier où interviennent à la fois des facteurs personnels (âge, sexe, comorbidité, histoire personnelle, style cognitif d’évaluation, p. ex. appréciation du stress ou du soutien social, stratégie d’adaptation ou coping, traits de caractère ou type de personnalité, soutien social, éducation ou profession, etc.) et des facteurs environnementaux, sociaux et physiques (p. ex., préjugés sociaux, organisation des soins et politique de santé, protection sociale, cadre juridique, caractéristiques architecturales de l’hébergement ou climat) [voir la figure 80.1].

De cette façon de voir la chronicité découle un modèle multifactoriel, bidirectionnel et transactionnel, c’est-à-dire qu’il tient compte non seulement de ce qu’est le patient et de ce qu’il subit, mais également de ce qu’il fait (style cognitif d’évaluation et stratégie d’adaptation). Dans cette perspective, l’intervenant est forcément un participant ; il ne peut se considérer comme un simple observateur. La façon dont il conçoit la chronicité exerce une influence déterminante sur la relation et sur le processus en cours.

Les trois exemples suivants, parmi d’autres, démontrent la valeur du modèle proposé.

FIGURE 80.1

Modèle étiologique de la chronicité



1. Le contexte personnel des patients. Récemment, une équipe montréalaise (Lecomte et coll., 1999), [1866] qui s’est intéressée au sentiment de compétence (empowerment) de patients atteints de schizophrénie chronique, a montré que, lorsqu’on permettait à ces patients de croire en leurs propres capacités, les stratégies d’adaptation auxquelles ils recouraient s’amélioraient et leurs symptômes psychotiques s’atténuaient.

2. L’environnement social, et plus particulièrement le système de soins. De nombreux travaux, tels ceux de Goffman (1961), ont dénoncé l’hôpital psychiatrique comme étant un univers totalitaire à l’origine même de la chronicité et ont servi d’appui théorique au mouvement de désinstitutionnalisation. Cette dernière, malgré toutes les critiques dont elle est l’objet, s’accompagne de succès lorsqu’elle est soigneusement réalisée. Okin et coll. (1995) ont noté une amélioration substantielle du fonctionnement cognitif et social des patients renvoyés dans la communauté. Une équipe britannique (Trieman, Leff et Glover, 1999) a étudié les effets de la sortie de l’hôpital psychiatrique auprès de 670 patients, pour la plupart des schizophrènes, âgés en moyenne de 54 ans et comptant environ 28 années d’hospitalisation. Les résultats sont les suivants :

- 70% des patients n’ont pas rechuté ;

- moins de 1% des patients étaient sans abri après un recul de 5 années ;

- ils accomplissent les activités de la vie quotidienne de façon plus satisfaisante ;

- leur vie sociale s’est enrichie.

En revanche, les auteurs ont relevé un taux de réadmission de 30%. Ils recommandent qu’on garde 9 ou 10 lits par groupe de 100 patients désinstitutionnalisés, ce qui n’a malheureusement pas été planifié et cause une forte pression sur un système hospitalier déjà en crise...

Contrairement aux attentes initiales, la désinstitutionnalisation réduit dans une certaine mesure la chronicité, mais elle ne la supprime pas.

3. L’effet de la culture sur la chronicité. Collomb (1968) avait déjà signalé que, dans les sociétés agricoles traditionnelles d’Afrique, l’évolution chronique de la schizophrénie était un phénomène plus rare qu’en Occident. Une analyse rétrospective après un suivi de 7 ans de 142 patients nigériens schizophrènes va dans le même sens, signalant la plus grande fréquence de l’évolution selon un mode épisodique (Ohaeri, 1993). Les ethnologues attribuent ce meilleur pronostic au fait que l’expérience subjective du psychotique s’articule mieux avec son groupe social, qui reconnaît un sens et une valeur à ce qu’il vit. Cependant, avec l’urbanisation galopante et l’arrivée des valeurs normalisatrices occidentales, il est probable que cet effet culturel protecteur s’estompera rapidement.

Ces quelques faits illustrent l’importance d’une vision globale des facteurs en cause dans la chronicité et montrent l’intérêt d’un modèle étiologique complexe.

80.5. ENJEUX ACTUELS

Il n’est pas question de prétendre être exhaustif face à une situation dont on ne connaît ni tout à fait la nature ni vraiment l’ampleur. La chronicité est aujourd’hui à la fois la face cachée de la psychiatrie et le lot quotidien de la pratique clinique, lot quotidien bien familier dont on ne parle toutefois pas souvent. Il est difficile, dès lors, de brosser un portrait fidèle de la situation réelle de ces patients et des problèmes soulevés. En voici quelques fragments, regroupés sous trois thèmes.

80.5.1. Exclusion

Le plus souvent pauvre et sans emploi, le patient qui reçoit des soins en clinique externe pour une maladie psychiatrique chronique vit dans des conditions pénibles, voire de paria. On peut facilement l’ignorer, car la désinstitutionnalisation l’a soustrait au regard des soignants (Losson et Paratte, 1988). S’il ne vit pas isolé dans une chambre parfois misérable, il est hébergé dans une famille d’accueil qui a reçu une formation de base minimale et qui n’est pas toujours en mesure de fournir un milieu de vie ouvert sur l’extérieur. Le retour à la communauté n’est généralement pas un retour à la vie sociale naturelle, car il se résume le plus souvent à la fréquentation d’organismes communautaires où ne se retrouvent que des patients atteints d’un trouble psychiatrique. Ainsi, des situations asilaires peuvent se reproduire ailleurs qu’en milieu hospitalier avec les mêmes risques de chronicité induite et d’exclusion sociale.

[1867]

Curieusement, les patients se plaignent rarement de leur situation. Certaines études montrent qu’ils ont tendance à évaluer positivement la qualité de leur vie, même quand les indicateurs objectifs vont dans le sens contraire. Sur la base du seul point de vue de la majorité des patients, la désinstitutionnalisation ne se serait pas faite (Barry et Crosby, 1996). En outre, il ressort de ces études que les patients privilégient l’indépendance et la liberté, ce qu’effectivement la désinstitutionnalisation leur a donné.

Des projets originaux, qui tiennent compte de ces valeurs déterminantes, sont réalisés directement dans la communauté avec un succès notable. Celui de Leff (1997), par exemple, a montré que la socialisation des patients peut être développée par une action soutenue auprès du voisinage, même pour un sous-groupe de patients connus pour leur agressivité et leur faible observance du traitement. Par rapport à un groupe témoin :

- les patients ayant participé au projet ont établi des contacts avec leurs voisins (50% comparativement à 0%) ;

- les voisins les ont visités (28% comparativement à 8%) ;

- les patients ont parfois pris l’initiative de l’invitation (13% comparativement à 0%).

D’autres circonstances concernent des personnes jamais ou rarement vues en psychiatrie, essentiellement des jeunes psychotiques et des sans-abri. En dehors des situations comportant un danger imminent, il faut faire une démarche volontaire pour recevoir des soins psychiatriques. Ainsi, la personne demandant de l’aide doit accepter de se définir comme malade et doit se soumettre aux contraintes liées au fonctionnement d’une clinique externe. Certains jeunes psychotiques chroniques, qui vivent un conflit d’identité, ne peuvent pas intégrer la maladie à leur existence sans avoir le sentiment de se renier. Être patients signifie pour eux être dépendants et abandonner leurs projets ; devenir adultes veut dire être indépendants et prendre des risques. Dans ces conditions, il est illusoire d’attendre ces personnes en restant assis derrière un bureau. Si l’on ne va pas au-devant d’elles pour leur donner des soins appropriés, elles risquent fort de rejoindre la cohorte des patients qui vivent dans l’itinérance.

L’itinérance est un problème complexe impliquant de nombreuses variables socioéconomiques et culturelles telles que la pauvreté, le chômage, le manque de logements à prix abordable, l’éclatement des familles, la valorisation excessive de la réussite, le décrochage scolaire ou la violence familiale. Un bon nombre de sans-abri ont des problèmes psychiatriques et ne reçoivent pas de soins. L’estimation de la fréquence des troubles psychiatriques varie, selon les auteurs, de 15% (suivant des critères très restrictifs) à 91%. Outre les troubles de la personnalité et les problèmes de consommation d’alcool et de drogues, la schizophrénie serait fréquente parmi la population itinérante, touchant de 8% à 67% de celle-ci ; toutefois, beaucoup de problèmes méthodologiques sont reliés à ce genre d’études (Abdul Hamid, Wykes et Stansfeld, 1993). Dans la très grande majorité des cas, les troubles psychiatriques ont débuté avant l’itinérance (North et coll., 1998). Il est inquiétant de constater que les abris pour les personnes sans domicile fixe sont devenus en partie des « asiles ouverts » pour des patients qui ont décroché face au système de soins établi ou qui ne l’ont jamais vraiment connu (Bassuk, Rubin et Lauria, 1984). Pour un nombre grandissant de ces personnes, surtout aux États-Unis, c’est la prison qui les accueillera à la suite d’un délit généralement mineur constituant l’indice d’une décompensation psychotique (Lamb et Weinberger, 1998). Là encore, les approches privilégiant un suivi intensif dans la communauté s’avèrent prometteuses (Lehman et coll., 1999).

L’exclusion rend nécessaire l’élaboration de nouvelles approches tenant compte de la réalité post-institutionnelle d’aujourd’hui. Le suivi intensif dans le milieu de vie est un modèle de traitement intéressant, car il rejoint directement les patients quel que soit l’endroit où ils vivent. Le Program of Assertive Com- munity Treatment (PACT), qui a été lancé aux États- Unis, a fait l’objet de nombreuses études expérimentales qui démontrent son efficacité. L’équipe soignante se compose de tous les intervenants œuvrant habituellement en psychiatrie, de manière à offrir, en tout temps, la gamme complète des services (thérapie de soutien, médication, intervention de crise, service social, soutien pour les activités de la vie quotidienne, réadaptation, aide au logement, etc.). Avec ce modèle, ce n’est plus l’hôpital, mais le milieu de vie du patient qui devient le principal lieu de soins (Test, 1998).

80.5.2. Éclatement  
de la prise en charge

La grande majorité des patients chroniques sont suivis à la fois par la psychiatrie et par un ou plusieurs [1868] organismes communautaires sans qu’il y ait, dans la plupart des cas, la moindre coordination entre chacun des intervenants.

Mis à part les divergences idéologiques irréconciliables concernant l’usage de la médication avec les rares organismes qui sont franchement antipsychiatriques, ce morcellement de la prise en charge se fait sur un fond d’incompréhension mutuelle liée surtout à un manque de communication. A priori, les organismes communautaires perçoivent les psychiatres comme des spécialistes qui s’intéressent à la maladie et méconnaissent la personne. Les psychiatres, quant à eux, font le reproche inverse ; ils considèrent que les intervenants communautaires négligent la réalité de la maladie. L’échange demande un temps considérable dont les uns et les autres ne disposent pas forcément.

L’incohérence de certaines situations amène des patients à se présenter fréquemment aux urgences de l’hôpital ; ils contribuent ainsi au maintien du « syndrome des portes tournantes ». D’une façon réaliste, c’est à partir de ces cas particuliers que l’on peut accomplir un effort de coordination dans le but de tisser des liens significatifs entre les personnes en cause plutôt que de créer de nouveaux lieux de soins.

80.5.3. Défis cliniques

Les défis cliniques sont bien sûr nombreux, mais certains sont, tout compte fait, moins cliniques que d’autres, car ils dépendent des progrès en cours dans les neurosciences. C’est le cas pour la résistance aux médicaments actuels. En revanche, plusieurs défis concernent directement les praticiens.

Comorbidité

On associe fréquemment la maladie mentale chronique avec la consommation d’alcool ou de drogues. Selon les études, on note un tel lien dans 20% à 70% des cas. Les conséquences pour les schizophrènes qui consomment des substances sont bien connues : la maladie s’aggrave et le pronostic est moins bon, ils font plus de rechutes, sont d’ordinaire hospitalisés plus brièvement mais plus souvent, ont plus d’idées suicidaires et vivent davantage dans la violence que ceux qui ne prennent pas de substances toxiques (Greenfield, Weiss et Tohen, 1995). Le lien étiologique entre maladie mentale et consommation de substances, qui est probablement différent pour la schizophrénie et les troubles bipolaires, n’est pas vraiment élucidé. Si l’ensemble de cette question a récemment été revu par Mueser, Drake et Wallach (1998), on ne peut pas encore, à la lumière de leur étude, formuler des recommandations pratiques.

Pour le praticien, c’est toujours au chapitre du suivi de ces patients que se pose le défi, car l’usage veut qu’en Amérique du Nord l’équipe psychiatrique ne s’occupe pas du traitement de la toxicomanie, qui est assuré de préférence par des ressources communautaires. Le patient se voit donc imposer deux suivis distincts qui ne sont généralement pas coordonnés. Greenfield, Weiss et Tohen (1995) rappellent que c’est le programme thérapeutique intégré, comprenant des rencontres de groupe, qui donne les meilleurs résultats. En effet, le traitement de la toxicomanie associée à un trouble psychotique est loin d’être aisé. Entre autres, il est difficile de distinguer les symptômes de sevrage des signes de psychose.

Observance du traitement

Bien que l’observance du traitement dépasse largement la prise des médicaments, c’est ce dernier aspect qui est le plus souvent débattu. D’une façon générale, la non-observance du traitement est la cause des rechutes. Les conséquences de ce problème sont donc importantes, même si son ampleur, en ce qui concerne les patients suivis en psychiatrie, est tout à fait comparable à celle que l’on constate chez les hypertendus (Baldessarini, 1994).

Pour être suffisante, l’observance d’un traitement psychotrope doit être de 80% au moins, niveau qui n’est pas atteint par 30% à 50% des malades (Azrin et Teichner, 1998). L’acquisition d’habitudes, l’appui d’un proche, l’usage d’un pilulier, la notice et le rappel de rendez-vous, la psychoéducation, l’aide au transport, l’aide à la gestion du budget ou l’accompagnement d’un intervenant communautaire sont des mesures efficaces pour augmenter l’observance. Il est important d’aborder ouvertement ces questions en entrevue, car l’information n’est en général pas demandée par le patient ; il faut aller au-devant de ses questions lorsque la relation est bien établie (Tempier, 1996). Il demeure que le problème de l’observance n’est pas uniquement un problème d’habitude, d’encadrement et d’éducation. Des facteurs psychodynamiques (projection, identification, déni et enjeux transférentiels) interviennent dans une large mesure, [1869] représentant un défi relationnel majeur pour les intervenants, qui doivent alors dépasser le stade de l’argumentation et de l’information (Book, 1987).

Filiation

Tandis que le taux de fécondité des patientes atteintes d’une maladie psychiatrique chronique tend à se rapprocher de celui de la population générale, le système de santé fait bien peu de chose pour offrir à ces femmes une aide spécifique soutenant leur fonction parentale. Dans la littérature, on signale souvent que ces grossesses ne sont pas planifiées et que les enfants ne sont pas sous la garde de leur mère en raison de l’incapacité de celle-ci à en prendre soin. Alors qu’il existe une controverse éthique en relation avec l’avortement et la contraception, on parle plus rarement des soins à mettre au point pour répondre aux besoins des femmes qui ont déjà un enfant à charge au moment où débute la maladie. Dans l’étude de Caton, Cournos et Dominguez (1999), qui a porté sur 111 mères schizophrènes, 2 fois sur 3 l’enfant est né avant l’apparition de la maladie. Ce fait est loin d’être négligeable. Il importe alors d’élaborer des modèles de soins qui tiennent compte de cette réalité.

Pour le patient, le fait de pouvoir maintenir une relation avec ses propres parents relève aussi de la filiation. La maladie vient cependant modifier les rôles, et une aide s’avère souvent nécessaire pour que la famille puisse retrouver un sentiment de compétence, se libérer du sentiment de culpabilité et cheminer à travers les nombreux deuils à faire. Là encore, il reste beaucoup à faire. La société étant peu tolérante à l’égard de la marginalité, le premier lieu de socialisation à préserver est assurément la famille. Pour permettre à celle-ci de devenir un partenaire privilégié, il est important de commencer par répondre à son besoin d’information et de directives, d’accepter de lui donner des conseils sur les façons de composer avec le stress, de l’aider à poursuivre des objectifs réalistes, de l’inciter à établir des limites appropriées face aux demandes et aux comportements du malade. Goldstein (1994) a montré qu’il est efficace (chute du taux de réadmission de 50% à 10%) de considérer la famille comme réalisant avec les soignants un travail d’équipe et de l’engager pendant plusieurs mois dans une démarche structurée, aisément compréhensible, alliant psychoéducation et stratégies de résolution des conflits (voir le chapitre 52). D’une façon provocante, Lamb (1986) écrit que la famille « s’attend à mieux de nous » !

Subjectivité

Aller à la rencontre du monde intérieur des patients souffrant d’une maladie psychiatrique chronique est le défi le plus stimulant pour un psychiatre, tant sur le plan humain que sur le plan intellectuel. La folie n’a rien d’exaltant ; elle est toujours un drame. En revanche, les personnes qui vivent cette terrible épreuve sont fascinantes. Le fait de pouvoir accéder, parfois après un long travail relationnel, au dévoilement soudain, rare et fugace d’une parcelle de l’univers d’un patient donne à ce métier sa grandeur. Ce qui fait l’originalité d’une expérience intérieure échappe à la compréhension directe, habituellement obtenue par l’empathie. Lorsqu’on entreprend une telle exploration de la subjectivité, cela suppose qu’on se dépouille temporairement de son savoir et de ses catégories. Il est presque subversif d’aller au-delà des apparences... C’est pourtant le chemin qu’emprunte la psychiatrie phénoménologique. On devine aisément la portée humaine de l’entreprise, et cela représente déjà beaucoup. Mais cette entreprise recèle aussi un intérêt plus général pour la psychiatrie. En favorisant l’accès à une part de la subjectivité des patients, elle amène à porter un nouveau regard sur eux.

L’article de Corin (1998) permet de se convaincre de ce fait. L’un des objets de sa recherche de type phénoménologique consistait à déterminer si, chez des schizophrènes chroniques, certains types de réaménagement de l’expérience intérieure sont associés à un meilleur pronostic. De fait, il existe plusieurs différences entre le groupe de patients qui n’ont fait aucune rechute depuis quatre ans et le groupe de patients qui ont rechuté trois fois ou plus durant la même période. Entre autres, les patients qui n’ont pas rechuté valorisent beaucoup le « retrait positif », sorte de dosage minutieux de la distance où chaque éloignement, vécu par ailleurs comme essentiel au maintien de l’équilibre intérieur, est compensé par une proximité réelle ou imaginaire visant à préserver le sentiment d’être rattaché au monde malgré un retrait social important. Par exemple, certains patients fréquentent quotidiennement des lieux publics tels un centre commercial ou un restaurant de quartier où ils peuvent être en contact avec d’autres personnes sans pour autant communiquer vraiment avec elles. [1870] On peut distinguer ce retrait de l’isolement social par la confiance en soi qui l’accompagne. Cette réorganisation harmonieuse du rapport aux autres et au monde, fruit d’un travail personnel remarquable, intègre les contraintes imposées à la fois par la maladie (symptomatologie négative) et par la société (marginalité). En revanche, le groupe des patients qui ont rechuté ne recourent pas à la stratégie du retrait positif. Ces patients sont aussi isolés que les premiers, mais ils entretiennent des attentes importantes vis- à-vis de l’entourage tout en se sentant dans une position relationnelle asymétrique où ils reçoivent plus qu’ils ne donnent. Ils sont tiraillés entre le désir de répondre aux demandes de succès véhiculées par la société et le sentiment d’être incapables de le faire.

Cette étude soulève, bien sûr, de nombreuses questions, et en particulier la question de savoir pourquoi certains patients ont choisi le retrait positif et pas les autres. Comment, sans en dénaturer l’originalité, peut-on intégrer les résultats de cette étude dans une perspective de réhabilitation ? Mais surtout, ce genre de recherche rappelle que, par-delà d’indéniables déficits, certains patients acquièrent des compétences originales trop souvent méconnues.

Le champ de la subjectivité est donc d’un grand intérêt si l’on veut renouveler le travail clinique auprès des patients souffrant de troubles chroniques afin de mieux les comprendre et, par conséquent, de mieux les soigner.

80.6. APPROCHE CLINIQUE

Le travail avec des patients souffrant d’une maladie psychiatrique chronique est éprouvant à plusieurs titres. Ces patients exigent souplesse et adaptation de la part des thérapeutes, beaucoup de temps de réflexion, de l’humilité aussi. Pour être efficace, ce travail doit être bien structuré, et certains repères plus spécifiques sont à cet égard particulièrement importants.

80.6.1. Approche évaluative

Nouveau regard

On pense en général qu’un patient suivi de longue date est bien connu ; en fait, il est le plus souvent méconnu. Aussi importe-t-il de ne rien tenir pour acquis, de prendre le temps d’évaluer la situation de la même manière qu’un nouveau cas et d’être conscient que le patient, son entourage et les dossiers antérieurs sont des mines d’informations qu’il est essentiel de prendre en considération.

Objectifs de l’évaluation

Les objectifs de l’évaluation sont les suivants :

- prendre connaissance de l’histoire personnelle du patient, laquelle s’est souvent « perdue » au fil du temps ;

- réévaluer le diagnostic pour, le cas échéant, réorienter le traitement ;

- réévaluer toute la médication en vue de la simplifier, s’il y a lieu ;

- éliminer certaines causes médicales à l’origine de limitations fonctionnelles ;

- déterminer les affections associées pouvant compliquer le suivi, telle la toxicomanie ;

- mettre en évidence les facteurs de risque de comportements violents ou suicidaires ;

- découvrir le potentiel du patient et ses incapacités, de préférence dans des situations réelles et idéalement dans le milieu de vie, afin de réduire au minimum les risques de surévaluation et de sous-évaluation de l’autonomie, des forces et des faiblesses du patient. Rester conscient du fait qu’une telle évaluation n’est qu’un indicateur des capacités du patient, à un moment donné et dans des circonstances particulières ;

- connaître les souhaits et les objectifs du patient ;

- caractériser son réseau social ;

- évaluer le milieu de vie pour voir si celui-ci a des attentes irréalistes envers le patient, s’il favorise son autonomie, s’il est ouvert aux changements, etc.

Séquence pathologique

La séquence pathologique est la dernière particularité de l’évaluation. Il s’agit de relever, comme pour le traitement de la toxicomanie, les différentes étapes précédant une décompensation psychotique, une désorganisation du comportement ou une réadmission à l’hôpital. On part du postulat qu’il est probable que les mêmes [1871] circonstances produiront les mêmes effets. Ces informations permettront par la suite d’établir des stratégies pour mieux résoudre les problèmes ou pour éviter les situations de stress qui ont été précisées. Ces stratégies pourront aussi remplir une fonction préventive en permettant à l’entourage de reconnaître une situation à risque et d’agir en conséquence pour la désamorcer. Les événements de la vie considérés comme les plus stressants par les patients sont les changements apportés dans les activités quotidiennes routinières et les déménagements réels ou prévus (Baker et coll., 1985).

L’exemple clinique qui suit illustre ce type de démarche.

*Pierre a 47 ans. Il souffre depuis 28 ans d'une schizophrénie paranoïde chronique et vit en appartement supervisé. Pendant plusieurs années* ; *il a été régulièrement admis à l’hôpital (en moyenne deux fois par année) pour une décompensation psychotique accompagnée d’agressivité. À chaque hospitalisation*, *son traitement était réajusté avec succès. Le cycle s’est poursuivi jusqu’à ce qu’un examen des motifs de chaque hospitalisation ait mis en évidence un problème de jeu pathologique correspondant à la séquence schématisée à la figure 80.2.*

*La reconnaissance de cette séquence pathologique a permis à Pierre d’agir sur son problème de jeu. Depuis cinq ans*, *il n’a plus été admis à l’hôpital. Cette stabilité n’avait pu être obtenue uniquement par le traitement symptomatique.*

FIGURE 80.2

Exemple d’une séquence pathologique



80.6.2. Approche multidisciplinaire

L’approche doit être bio-psycho-sociale et ne peut en aucun cas se résumer à la prescription de médicaments. Elle implique une équipe multidisciplinaire et comprend, après une évaluation soigneuse, l’élaboration d’un plan d’action coordonné et axé sur les besoins ainsi que sur les capacités du patient. Sa mise en œuvre tient compte de toutes les possibilités offertes par le réseau de la santé du secteur, par la famille et par la culture locale (Bachrach, 1991). Ce plan doit être flexible et ouvert aux changements d’objectifs qui ne manqueront pas de se produire en cours de route. Il est capital que le patient puisse évoluer dans un environnement thérapeutique qui lui permettra de développer au mieux ses capacités. Avant que l’on puisse considérer un déficit comme irréversible, il faut s’assurer que le patient a vécu dans un milieu favorable durant plusieurs années. Il serait désastreux d’estimer définitives les incapacités observées lors d’une hospitalisation. Enfin, le plan de soins comprend les diverses facettes bio-psycho-sociales qui sont explicitées dans ce manuel (pharmacothérapie, psychoéducation, thérapie cognitivo-comportementale, réadaptation, suivi intensif dans le milieu, intervention auprès de la famille, etc.).

80.6.3. Approche individualisée

L’individualisation du plan de soins des patients est une nécessité méritant d’être rappelée, car le qualificatif « chronique » qu’on accole souvent à ces derniers laisse croire à tort qu’ils sont tous pareils (Minkoff, 1987). Chaque patient oblige, en effet, à réfléchir sur la façon la plus appropriée, et donc la plus réaliste, de conjuguer simultanément les verbes « traiter », « soigner » et « assister » : traiter parce qu’on ne sait jamais vraiment où se trouve la limite du curatif en psychiatrie ; soigner parce qu’il s’agit d’accompagner une personne pour l’aider à vivre au mieux avec des limites imposées par la maladie ; assister, enfin, parce que le trouble chronique entraîne des conséquences qui vont au-delà des capacités d’adaptation du patient et qui compromettent son autonomie, voire sa sécurité. Il faut dire que le patient ne devient pas automatiquement un partenaire qui se préoccupe de ses soins. L’amener à s’y engager relève d’un processus qui se déroule progressivement, en partant de sa propre réalité. C’est dans cet esprit que le ministère de la Santé du Québec recommande la mise en œuvre d’un plan de soins individualisé (PSI) pour tous les patients suivis en psychiatrie.

80.6.4. Approche relationnelle

Ce qui compte le plus, ce n’est pas le programme mis en place, mais bien l’engagement relationnel auprès [1872] du patient et de ses proches. De la qualité des liens établis avec eux dépend le succès du plan de soins. La chronicité a une fâcheuse tendance à gommer les personnes, à les rendre invisibles. Il convient donc que les intervenants fassent les premiers pas. La perception que les uns et les autres ont de la chronicité d’une maladie mentale a une importance considérable. Il faut patiemment la mettre au jour, en sachant qu’elle s’articule toujours avec une blessure profonde, laquelle est infligée par la maladie, mais aussi par le rejet que celle-ci suscite. Malheureusement, un plan de soins, si parfait soit-il et bien qu’il reste indispensable, ne peut guérir cette double blessure. L’authenticité d’une présence constitue un meilleur remède.

Il n’empêche que, faut-il le rappeler, tout ce qui peut être fait doit être fait. À côté du plan de soins, qui, forcément, codifie la démarche, la relation entre le thérapeute et le patient viendra confirmer la primauté de la personne.

Dans cette optique, faut s’intéresser au quotidien du patient, soutenir en lui l’espoir, lui souligner que la vie est plus importante que la psychiatrie ou encore que les émotions ne sont pas toutes attribuables à la maladie. Il faut lui redonner confiance en lui afin qu’il puisse espérer en l’avenir et savourer un jour le bonheur de l’inattendu, qui pourra prendre, pour les patients qui le souhaitent, la forme d’un transfert du suivi au médecin de famille après une préparation minutieuse en vue d’en assurer le succès. Lorsqu’on prend ses distances par rapport à la psychiatrie après de nombreuses années de suivi en clinique externe, on éprouve un sentiment de liberté retrouvée et d’accomplissement, comme en témoignent ces quelques lignes extraites d’une lettre écrite par une patiente :

Suivie en psychiatrie depuis 1976, hospitalisée à maintes reprises, suivie depuis un an hors de l’hôpital, stable avec ma médication, au cours de rencontres je parle de mon quotidien avec un bon médecin généraliste pour voir si tout va bien, mais plus à l’hôpital... Il y a un an, une porte de sortie qui m’était inconnue s’est ouverte sur mon chemin, comme si je commençais à faire quelques pas : j’apprenais à marcher seule... Quelle belle idée, pourtant impossible à première vue. L’attachement à l’hôpital, qui m’était finalement nuisible, disparaît tranquillement. Le présent a pris place dans ma vie...

\*  
\* \*

La notion de maladie psychiatrique chronique est en pleine évolution. Désignant autrefois les patients institutionnalisés, elle englobe maintenant une grande variété de personnes aux prises avec les conséquences d’un trouble mental grave. La désinstitutionnalisation, si elle a apporté aux patients une certaine liberté, n’a pas éliminé les difficultés que pose la maladie. Ainsi, s’ils jouissent désormais d’une liberté sociale, les patients ne sont pas pour autant libérés des troubles mentaux et des déficits qui s’y rattachent. Pour eux, la liberté passe aussi par la reconnaissance de leur maladie et par un accompagnement multidisciplinaire centré sur leurs besoins. De nombreux patients refusent d’admettre qu’ils souffrent d’un trouble mental. Une attitude complaisante face à ce déni, peut-être le nouveau visage du rejet de la part de la société, les confine le plus souvent dans l’indifférence et la misère. Pourtant, ils ont droit à une vie sociale leur permettant de préserver leur dignité, leur autonomie et leur estime de soi. Ils ont besoin d’un milieu de vie propice au développement de leurs capacités. C’est encore et toujours la tâche de la psychiatrie de contribuer à la mise en place de ces conditions. Elle doit le faire en allant au-devant des patients les plus démunis et de ceux qui se sont rendus invisibles à ses propres yeux. Elle doit également le faire avec un surcroît de réflexion, d’imagination et d’humanisme, de sorte que le difficile souci éthique de secourir autrui dans le respect de sa liberté puisse demeurer prioritaire.

[1873]

Bibliographie

Abdul Hamid, W., WYKES, T., et STANSFELD, S.

1993 « The homeless mentally ill : Myths and realities », *Int. J. Soc. Psychiatry*, vol. 39, n° 4, p. 237-254.

Arizona Department of Health Services

1979Checklist for Chronic Mental Illness Determination, Phoenix, Division of Behavioral Health Services, Arizona Department of Health Services.

Azrin, N.H., et Teichner, G.

1998 « Evaluation of an instructional program for improving medication compliance for chronically mentally ill outpatients », *Behav. Res. Ther.,* vol. 36, n° 9, p. 849-861.

Bachrach, L.L.

1991 « Service planning for chronic mental patients : Some principles », *International Journal of Group Psychotherapy,* vol. 41, n° 1, p. 23-31.

1988 « Defining chronic mental illness : A concept paper », Hospital and Community Psychiatry, vol. 39, n° 4, p. 383-388

Baker, F., et coll.

1985 « The impact of life events on chronic mental patients », *Hospital and Community Psychiatry,* vol. 36, n° 3, p. 293-301.

Baldessarini, R.J.

1994 « Enhancing treatment with psychotropic medicines », *Bull. Menninger Clin.,* vol. 58, n° 2, p. 224- 241.

Barry, M.M., et Crosby, C.

1996 « Quality of life as an evaluative measure in assessing the impact of community care on people with long-term psychiatric disorders », *Br. J. Psychiatry,* vol. 168, n° 2, p. 210-216.

Bassuk, E.L., Rubin, L., et Lauria, A.

1984 « Is homelessness a mental health problem ? »*, Am. J. Psychiatry,* vol. 141, n° 12, p. 1546-1550.

BOOK, E.H.

1987 « Some psychodynamics of non-compliance », *Can. J. Psychiatry,* vol. 32, n° 2, p. 115-117.

Caton, C.L., Cournos, F., et Dominguez, B.

1999 « Parenting and adjustment in schizophrenia », *Psy- chiatr. Serv.,* vol. 50, n° 2, p. 239-243.

Collomb, H.

1968 « Conflict situations and changing family structures », *Canadian Psychiatric Association Journal,* vol. 13, n° 1, p. 49-52.

CORIN, E.

1998 « The thickness of being : Intentional worlds, strategies of identity, and experience among schizophrenies », *Psychiatry,* vol. 61, n° 2, p. 133-146.

Ellenberger, H.

1964 « Jardin zoologique et hôpital psychiatrique », dans B. Cyrulnick (sous la dir. de), *Si les lions pouvaient parler. Essais sur la condition animale,* Paris, Gallimard, coll. « Quarto », 1998, p. 78-91.

Faulkner, L.R., et coll.

1989 « A basic residency curriculum concerning the chronically mentally ill », Am. *J. Psychiatry,* vol. 146, n° 10, p. 1323-1327.

Foucault, M.

1972 *Histoire de la folie à l’âge classique,* Paris, Gallimard, coll. « Tel ».

Gitlin, M.J., et coll.

1995 « Relapse and impairment in bipolar disorder », *Am. J. Psychiatry,* vol. 152, n° 11, p. 1635-1640.

Goffman, E.

1961 Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux, Paris, Minuit, 1968.

Goldman, H.H., Gattozzi, A.A., et Taube, C.A.

1981 « Defining and counting the chronically mentally ill », *Hospital and Community Psychiatry,* vol. 32, n° 1, p. 21-27.

Goldstein, M.J.

1994 « Psychoeducational and family therapy in relapse prevention »*, Acta Psychiatr. Scand. Suppl.,* vol. 382, p. 54-57.

Gottheil, e., et coll.

1991 « Characteristics of patients who are resistant to deinstitutionalization », *Hospital and Community Psychiatry,* vol. 42, n° 7, p. 745-748.

Greenfield, S.F., Weiss, R.D., et Tohen, M.

1995 « Substance abuse and the chronically mentally ill : A description of dual diagnosis treatment services in a psychiatric hospital », *Community Ment. Health J.,* vol. 31, n° 3, p. 265-277.

Hasselback, P., et coll.

1990 « Long term active psychiatrie illness in a Canadian urban région », *Psychiatr. Q.,* vol. 61, n° 2, p. 105-119.

Jacobs, H.E., et coll.

1992 « Correlations between psychiatric disabilities and vocational outcome », *Hospital and Community Psychiatry,* vol. 43, n° 4, p. 365-369.

Lamb, H.R.

1986 « Some reflections on treating schizophrenies », *Arch. Gen. Psychiatry,* vol. 43, n° 10, p. 1007-1011.

Lamb, H.R., et Weinberger, L.E.

1998 « Persons with severe mental illness in jails and prisons : A review », *Psychiatr. Serv.,* vol. 49, n° 4, p. 483-492.

[1874]

Lecomte, T., et coll.

1999 « Efficacy of a self-esteem module in the empowerment of individuals with schizophrenia », *J. Nerv. Ment. Dis.,* vol. 187, n° 7, p. 406-413.

Leff, J.

1997 « Aiding resocialization of the chronic psychotic patient », *Int. Clin. Psychopharmacol.,* vol. 12, n° 4, suppl., p. S19- S24.

Lehman, A.F., et coll.

1999 « Cost effectiveness of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness », *Br. J. Psychiatry,* vol. 174, p. 346-352.

Lifton, R.J.

1986 The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide,New York, Basic Books.

Losson, J.-P., et Paratte, J.

1988 « La désinstitutionnalisation psychiatrique au Québec », *L’Information psychiatrique,* vol. 64, n° 10, p. 1287-1299.

Minkoff, K.

1987 « Beyond deinstitutionalization : A new ideology for the postinstitutional era », *Hospital and Community Psychiatry,* vol. 38, n° 9, p 945-950.

Mueser, K.T., Drake, R.E., et Wallach, M.A.

1998 « Dual diagnosis : A review of etiological theories », *Addict. Behav.,* vol. 23, n° 6, p. 717-734.

National Institute of Mental Health

1992 *Defining Chronic Mental Illness,* Bethesda (Md.), National Institute of Mental Health.

North, C.S., et coll.

1998 « Correlates of early onset and chronicity of homelessness in a large urban homeless population », *J. Nerv. Ment. Dis.,* vol. 186, n° 7, p. 393-400.

O’Driscoll, C., Marshall, J., et Reed, J.

1990 « Chronically ill psychiatric patients in a district general hospital unit. A survey and two-year follow-up in an inner-London health district », *Br. J. Psychiatry,* vol. 157, p. 694-702.

Ohaeri, J.U.

1993 « Long-term outcome of treated schizophrenia in a Nigerian cohort. Retrospective analysis of 7-year follow-ups », J. *Nerv. Ment. Dis.,* vol. 181, n° 8, p. 514- 516.

Okin, R.L., et coll.

1995 « Long-term outcome of State hospital patients discharged into structured community residential settings », *Psychiatr. Serv.,* vol. 46, n° 1, p. 73-78.

PÉLICIER, Y.

1976 *Histoire de la psychiatrie,* 2e éd., Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », n° 1428.

Tempier, R.

1996 « Long-term psychiatric patients’ knowledge about their medication », *Psychiatr. Serv.,* vol. 47, n° 12, p. 1385-1387.

Test, M.A.

1998 « Modèles de traitement dans la communauté pour adultes ayant des maladies mentales graves et persistantes », *Santé mentale au Québec,* vol. 23, n° 2, p. 119-147.

Trieman, N., Leff, J., et Glover, G.

1999 « Outcome of long stay psychiatric patients resettled in the community : Prospective cohort study », *BMJ,* vol. 319, n° 7201, p. 13-16.

Vasquez, L.

1989 « L’approche systémique de la chronicité : problématique », *Psychologie médicale,* vol. 21, n° 2, p. 216- 218.

World Health Organization

2000 International Classification of Functioning and Dis-ability, <http://[*www.who.int/icidh/*](http://www.who.int/icidh/)>.

[1875]

[1876]

**Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale**Tome 2. Spécialités, traitements, sciences fondamentales  
et sujets d’intérêt

SIXIÈME PARTIE  
*Sujets d’intérêt*

Chapitre 81

RÉADAPTATION

[Retour à la table des matières](#tdm)

Michel J. Messier, M.D., M.B.A.

Psychiatre, directeur médical de la résidence Durost de l’Hôpital Douglas (Montréal)

Professeur adjoint de clinique au Département de psychiatrie de l’Université McGill (Montréal)

[1877]

**PLAN**

81.1. Bases théoriques et historiques

81.2. Modalités d’intervention

81.2.1. Bilan

81.2.2. Plan

81.2.3. Intervention

81.3. Interventions spécifiques

81.3.1. Médication

81.3.2. Psychoéducation des patients et de leur famille

81.3.3. Retour au travail

81.3.4. Community Support Program (CSP)

81.3.5. Program of Assertive Community Treatment (PACT)

81.4. Rôles de l’hôpital psychiatrique et du psychiatre

Bibliographie

Lectures complémentaires

[1878]

La réadaptation représente une réalité qui, jusqu’à maintenant, a été mal définie, mal délimitée, comparativement au traitement des maladies mentales, à la recherche psychiatrique et même à la prévention ou à la promotion de la santé mentale (Bachrach, 1996).

Plusieurs auteurs (Cubelli et Havens, 1969 ; Gagné et Lalonde, 1996 ; Liberman, 1992) ont contribué à la définition de la réadaptation. Il s’agit d’un ensemble de soins apportés aux individus souffrant d’une maladie mentale afin qu’ils se sentent encouragés à développer au maximum leurs capacités au moyen de méthodes d’apprentissage et d’un soutien environnemental. Le National Institute of Mental Health (NIMH) a proposé une définition de la réadaptation psychosociale qui renvoie à

un éventail de programmes pour les personnes souffrant d’incapacités psychiatriques graves et persistantes. Le but visé est l’amélioration de la qualité de vie pour ces individus, en les assistant pour qu’ils puissent assumer leurs responsabilités dans leur vie et fonctionner de façon aussi active et autonome que possible dans la société (Turner, 1977 ; traduction libre).

Le vocable anglais *réhabilitation,* qui fait référence essentiellement au recouvrement d’une fonction perdue, se traduit en français par « réadaptation », tandis que le mot français « réhabilitation » signifie le rétablissement d’une personne dans ses droits ou encore le recouvrement de l’estime d’autrui. La réadaptation représente donc un processus, une démarche thérapeutique, alors que la réhabilitation est l’objectif poursuivi, car il faut bien reconnaître que les personnes qui souffrent d’une maladie mentale grave et persistante ont souvent vu leurs droits et leur réputation compromis.

En ce qui concerne les maladies mentales graves et persistantes, il faut maintenant considérer les aspects suivants (Morissette, 1996) :

- le *traitement*, qui vise à réduire les causes (à mesure qu’elles seront mieux connues) et les symptômes de la maladie. Le savoir (pas seulement le « présumé savoir ») acquis au cours des dernières années permet d’adopter des perspectives plus optimistes ;

- la *réadaptation*, qui permet de développer de nouvelles habiletés pour faire face à une invalidité et qui redonne les *moyens d’agir* en tenant compte des déficits et des capacités. Il s’agit de l’acquisition d’un savoir-faire. En s’inspirant d’une approche psychoéducative, les thérapeutes ont mis au point, il y a quelques années, une série d’outils aidant les patients et leur famille à adopter des stratégies de *coping* plus efficaces pour surmonter les handicaps qui découlent de la psychose. Socrate Réhabilitation [[13]](#footnote-13) et le site Internet http://[www.rehab-infoweb.net](http://www.rehab-infoweb.net) en présentent plusieurs exemples ;

- la *réadaptation psychosociale,* qui met l’accent sur la réinsertion du patient, alors que le terme « réadaptation psychiatrique » nous amène à concevoir cette démarche dans le sens des traitements psychiatriques. Pour plusieurs auteurs, ces expressions sont interchangeables, et il en sera de même dans ce chapitre ;

- la *réhabilitation,* qui redonne à la personne sa dignité et le pouvoir d’agir. Il s’agit de l’*empowerment* [[14]](#footnote-14)*,* le savoir-être. Comme l’indique *Le Petit Robert,* « réhabiliter », c’est « rétablir dans l’estime, dans la considération d’autrui » des malades stigmatisés et leurs parents culpabilisés. Les praticiens interviennent maintenant aussi au chapitre de la promotion de la santé mentale et de l’information publique afin de favoriser l’acquisition et le maintien de saines habitudes de vie de même que la création d’un environnement propice à l’épanouissement de la personne.

81.1. BASES THÉORIQUES  
ET HISTORIQUES

La médecine physique a une tradition plus longue que la psychiatrie dans le domaine de la réadaptation. Les articles et les livres traitant de la réadaptation physique ainsi que les instituts qui s’y consacrent existent depuis plus de 50 ans, mais ils ne sont apparus qu’il y a une vingtaine d’années en ce qui concerne la réadaptation psychosociale dans la francophonie, au Québec et en Europe.

Pourtant, dans le champ de la psychiatrie, le concept de réadaptation n’est pas vraiment nouveau, [1879] mais on le distingue mal du concept de traitement, et certains auteurs vont même jusqu’à les opposer. On peut concevoir d’une manière plus positive la réadaptation comme le volet psychosocial d’un plan de traitement bio-psycho-social.

Plusieurs mythes persistants gênent le développement de la réadaptation, ce qui n’est pas surprenant car la plupart des manuels traditionnels de psychiatrie ne consacrent pas même un chapitre à la réadaptation. C’est dans les revues spécialisées qu’on peut obtenir la majeure partie des informations à jour (*Schizophrenia Bulletin, Psychiatric Rehabilitation Journal* et, de plus en plus, les grandes revues de psychiatrie).

Pour bien cerner le concept de réadaptation, il faut remonter à Bleuler, qui, en 1911, recommandait déjà de courts séjours hospitaliers et le retour rapide aux activités habituelles. Il faut aussi évoquer la période du « traitement moral » au début du 20e siècle, où l’on mettait l’accent non pas sur le traitement, qui était alors pour ainsi dire inexistant, mais sur les activités de la vie quotidienne dans un cadre rappelant si possible le milieu familial. Ces différentes démarches étaient empreintes de sagesse et surtout du respect d’un principe de médecine bien connu : *primum non nocere.* Comme on ne prétendait ni traiter ni guérir, on favorisait l’épanouissement des aspects sains de la personnalité du malade.

Avec l’introduction des neuroleptiques dans les années 50, on a pu nourrir l’espoir que l’on réussirait enfin à guérir la psychose et à fermer les asiles. C’est ainsi que sont apparues en Europe et en Amérique de nombreuses structures intermédiaires issues des établissements hospitaliers (centre de jour, atelier interne et externe, maison de transition, famille d’accueil, colonie de vacances, etc.). Par ces structures, on voulait empêcher le plus possible les effets négatifs de l’hospitalisation de longue durée tout en prolongeant la période de traitement.

De même, durant cette période se sont développées de très nombreuses formes de psychothérapie individuelle, institutionnelle, familiale, de groupe, etc. Malheureusement, l’efficacité limitée des premiers traitements biologiques ainsi que leurs effets secondaires importants n’ont pas permis à toutes ces démarches de donner leur pleine mesure.

Caplan (1964) a formulé les notions de prévention primaire (prévention de l’apparition de la pathologie), prévention secondaire (détection de la maladie et intervention précoce) et prévention tertiaire. La prévention tertiaire vise surtout à prévenir la désocialisation qui résultait inévitablement des longues hospitalisations auxquelles on avait eu recours dans le passé compte tenu des effets limités des traitements existants. Il recommandait donc de mettre l’accent sur la création d’un ensemble de lieux où l’hospitalisation à temps partiel était possible, ainsi que de centres résidentiels et vocationnels.

À partir du début des années 70, une philosophie axée sur les droits et libertés individuels influence toute la société occidentale et se traduit par des mesures législatives qui favorisent l’affirmation du droit des individus à refuser tout traitement à moins que leur état ne présente un danger grave et immédiat pour eux-mêmes ou pour autrui.

On a alors assisté à la naissance de nombreux regroupements d’anciens patients qui cherchaient à favoriser la vie de leurs membres au sein de la collectivité, ce qui leur permettait de mieux se développer et de mieux exercer leur autonomie et leurs responsabilités en profitant des mêmes avantages que tout le monde. Des groupes antipsychiatriques sont même allés jusqu’à déconseiller les traitements pharmacologiques et psychothérapeutiques, et plusieurs malades ont cru bon d’abandonner ces traitements. Bref, on a fait miroiter l’idée que la vie dans la collectivité, jugée plus saine que le milieu institutionnel et même curative en quelque sorte, offrirait de meilleures garanties de rétablissement.

Malheureusement, il en est résulté une multiplication des rechutes non traitées et des malades plus ou moins symptomatiques, des itinérants, des sans-abri, qui dérivent maintenant dans les villes et refusent l’aide traditionnelle qui est offerte. Ils se retrouvent souvent dépourvus de l’accueil, de la bonté et du respect qu’ils ont cru et croient encore trouver davantage en dehors des hôpitaux psychiatriques. En fait, plusieurs d’entre eux sont victimes d’une judiciarisation qui les amène souvent en prison.

Simultanément, les gouvernements ont pris conscience de la croissance très rapide des coûts de la santé et, en raison d’une économie qui ralentissait, ont voulu mettre un frein à cette escalade des coûts. Dans le domaine de la psychiatrie, la désinstitutionnalisation attribuable à des facteurs économiques tout autant qu’à des facteurs idéologiques et scientifiques a favorisé le développement des organismes communautaires et de tout ce qui était extrahospitalier.

[1880]

Depuis 1990, de nouveaux médicaments antipsychotiques dits atypiques ont redonné l’espoir aux patients en leur apportant une aide plus spécifique, plus efficace, tout en comportant moins d’effets secondaires. En ce qui concerne aussi bien les troubles affectifs que les troubles schizophréniques, les patients qui acceptent de prendre régulièrement leur médication se trouvent en bien meilleure position pour profiter pleinement des bienfaits de la réadaptation.

En psychiatrie, la réadaptation commence là où les effets de la pharmacothérapie s’arrêtent ; elle ne remplace pas celle-ci, mais la complète. Elle touche la réalité des handicaps psychiques importants et persistants et met l’accent sur l’actualisation du potentiel du patient, sur la satisfaction de ses besoins : se débrouiller, travailler, communiquer et surtout espérer. Certains, comme Jolivet (1989), voient à juste titre dans la réadaptation une partie importante du traitement qui doit viser une réhabilitation complète du patient.

En ce qui a trait aux maladies mentales, Anthony et Liberman (1986) décrivent quatre niveaux selon un modèle théorique de réadaptation :

1. La *pathologie* anatomique, histologique ou physiologique du cerveau est la base biologique, lésionnelle de la maladie mentale.

2. Le *déficit* de fonctionnement par l’altération psychophysiologique du cerveau entraîne une perturbation des activités mentales ou physiques. C’est ainsi qu’une dysfonction cérébrale, comme dans la schizophrénie, peut causer des troubles de la perception (hallucinations) ou des altérations de la logique (délire). C’est à ce niveau que les antipsychotiques agissent à travers leur action sur les neurotransmetteurs.

3. L*'invalidité* est l’incapacité, causée par une réduction partielle ou totale de la capacité, d’accomplir une activité parmi l’éventail normal des activités que la plupart des individus peuvent faire (p. ex., la difficulté de communiquer avec l’entourage ou la difficulté d’organiser la vie quotidienne). Il peut s’agir, notamment, des symptômes dits négatifs ou déficitaires de la schizophrénie. C’est à ce niveau qu’interviennent la réadaptation et l’entraînement aux habiletés sociales.

4. Le *handicap*, qui résulte d’une incapacité ou d’un déficit, constitue un désavantage pour un individu, ce qui l’empêche de tenir un rôle auquel il pourrait prétendre selon son âge, son sexe ou le contexte social et culturel où il s’insère dans l’ensemble de la population (p. ex., la qualification pour un emploi ou « employabilité »). Des obstacles au fonctionnement peuvent aussi provenir de facteurs environnementaux — c’est-à-dire l’ensemble des dimensions sociales, culturelles et écologiques qui déterminent l’organisation et le contexte d’une société — et aggraver un handicap. L’impossibilité de remplir un rôle social entraîne le chômage, l’itinérance et la stigmatisation des malades mentaux. Un ajustement des normes sociales pourrait atténuer ce handicap.

La réadaptation, qui complète le traitement biologique, s’adresse en particulier aux personnes atteintes de psychose, de toxicomanie ou d’un trouble grave de la personnalité. Ces patients continuent de présenter des déficiences importantes qui engendrent des incapacités fonctionnelles dans plusieurs secteurs de leur vie, comme les activités de la vie quotidienne, les activités familiales, sociales ou professionnelles. Par ailleurs, ils ont aussi à leur disposition des ressources intellectuelles, affectives ou artistiques réelles en plus de leurs expériences de vie. La réadaptation fait surtout appel à ce potentiel pour amener la personne à reconnaître et éventuellement à surmonter ses incapacités. Si la déficience persiste en dépit d’une pharmacothérapie continue, l’incapacité qui en résulte est réduite et l’individu peut espérer garder sa place ou en trouver une au sein de la société. Strauss (1986) indique même que l’engagement de la personne malade dans sa propre réadaptation peut l’aider à se réintégrer psychiquement et à retrouver un sens à sa vie. Ces deux fonctions psychiques font défaut dans les psychoses et les troubles graves de la personnalité, et leur récupération est importante.

Depuis une dizaine d’années, le concept de recouvrement d’un nouvel équilibre et d’un nouveau rôle social (*recovery*) prend de plus en plus d’importance, ce qui suscite de l’espoir chez tous les patients qui se trouvaient face à un avenir où la souffrance primait.

Il y a donc une continuité essentielle et nécessaire entre traitement et réadaptation, mais les objectifs spécifiques visés diffèrent. Il s’ensuit que les principes et les techniques utilisés ne sont pas les mêmes ; par conséquent, les habiletés et la formation requises des thérapeutes varient.

La réadaptation n’est pas un nouveau lieu d’intervention, mais bien une *nouvelle stratégie d’intervention.* [1881] D’un côté, elle vise à entraîner des *changements chez la personne* en favorisant l’apprentissage de moyens pour mieux ressentir les choses, s’exprimer, vivre au jour le jour, établir des contacts, travailler et surtout espérer. Cela lui permettra de diminuer ses incapacités, voire de les surmonter. D’un autre côté, la réadaptation vise à entraîner des *changements dans l’environnement*, afin de rendre celui-ci plus accessible et accueillant pour la personne handicapée, et à favoriser la reconnaissance et le respect de sa déficience, mais sans la réduire à sa déficience. Cet environnement peut être un établissement assez grand (hôpital psychiatrique) ou petit (résidence d’accueil), ou bien la famille d’origine, une école, une usine, un bureau, un atelier, un centre culturel ou sportif, etc. Parfois, il suffit de modifier l’environnement ; parfois, il faut créer une ressource de type hospitalier ou communautaire, comme un service de réadaptation, un atelier protégé, un suivi communautaire, un centre résidentiel d’apprentissage ou un appartement supervisé.

La réadaptation reste avant tout une intervention individualisée, globale, continue et bien coordonnée. Elle est souvent amorcée dans une institution et l’on peut y recourir pour diverses activités. Elle cherche à permettre à une personne de vivre dans le milieu le moins restrictif possible compte tenu de ses limites, en l’aidant à utiliser au maximum ses propres moyens. Elle se réalise grâce aux apprentissages qu’elle permet de faire ainsi qu’aux divers soutiens environnementaux mis en place.

81.2. MODALITÉS D’INTERVENTION

Le modèle de réadaptation qui est présenté dans ce chapitre s’inspire largement des modèles qu’ont suggérés Anthony et Liberman (1986).

81.2.1. Bilan

Le bilan consiste en une évaluation des forces et des faiblesses de l’individu par rapport aux objectifs qu’il veut atteindre dans un environnement bien défini. Il importe que le patient (son tuteur ou un proche parent, le cas échéant) soit au cœur des décisions concernant la détermination des objectifs au chapitre de la résidence, du travail, de l’école, des loisirs, etc. Sans un engagement du patient au début de la réadaptation, celle-ci perd un levier important et risque alors de se limiter à des modifications de l’environnement. C’est le cas lorsqu’une personne présente un état morbide aigu, des troubles mnésiques majeurs, un refus de se mobiliser, etc. Morin et Comtois (1995) proposent une série de moyens pour évaluer le fonctionnement actuel dans la vie de tous les jours en vue de s’assurer du réalisme des objectifs retenus. Il est tout aussi important d’évaluer les ressources environnementales accessibles et capables de jouer un rôle dans l’intervention : la situation familiale, les ressources financières, les organismes du milieu, le contexte de l’emploi, etc.

En tout temps, il est essentiel que la réadaptation se déroule dans le cadre d’une équipe multidisciplinaire où la coordination des efforts de chacun est primordiale. Les opinions diffèrent quant à savoir quelle personne serait la plus apte à jouer ce rôle de coordination, mais tous s’entendent sur la nécessité de préciser cette fonction et de choisir une personne qui l’assumera sur une base stable.

81.2.2. Plan

L’équipe, qui connaît les objectifs à atteindre de même que les moyens dont disposent le patient et son milieu, définit les apprentissages nécessaires pour parvenir au niveau de compétence requis en fonction des objectifs. Elle détermine aussi les ressources communautaires à fréquenter ou même à créer le cas échéant. Et, aussi important que le choix d’un coordonnateur, elle doit décider qui fait quoi parmi les intervenants, quand, ainsi que le moment d’une réévaluation. Le patient et l’un de ses proches ou son tuteur participent à l’élaboration du plan et doivent l’accepter. Il importe de préciser la nature des démarches à suivre et de prévoir leur déroulement de façon à ne pas surcharger la personne qui suit un processus de réadaptation et à ne pas la laisser longtemps dans l’attente et l’inactivité, ce qui pourrait devenir des facteurs de démobilisation et d’échec en cours de route.

81.2.3. Intervention

L’intervention se caractérise par un enseignement selon l’approche psychoéducative, et c’est pourquoi les intervenants doivent posséder quelques habiletés pédagogiques. Il est important de reconnaître que [1882] l’accompagnement du patient diffère d’un rôle plus spécifiquement psychothérapeutique, en général plus neutre, plus effacé, et portant essentiellement sur la vie *intrapsychique* du sujet. L’accompagnement diffère aussi d’une démarche d’assistance et de suppléance qui maintiennent la dépendance, car le patient apprend à compter sur les autres plutôt que sur ses propres moyens.

Rien n’empêche une démarche psychothérapeutique (cognitive, comportementale, d’introspection) de se poursuivre simultanément (voir les chapitres 49, 51 et 52), mais il faut noter que les objectifs et les outils d’une intervention en réadaptation sont significativement différents. La psychothérapie permet un rapport affectif privilégié et vient soutenir le patient dans les moments difficiles.

Un autre aspect de l’intervention consiste à essayer de rattacher la personne plus solidement à son réseau naturel (enseignement aux familles et aux proches) ou encore à la rattacher au réseau communautaire (par le biais d’un groupe d’ex-patients, p. ex.).

Enfin, il est nécessaire de mettre en place diverses structures intermédiaires ou communautaires, résidentielles ou vocationnelles (foyer de groupe, appartement supervisé, atelier protégé, mesures de répit, etc.). La création de telles ressources devrait découler de l’observation d’un besoin évident chez plusieurs patients qui suivent une démarche de réadaptation.

Il importe aussi de miser sur le dynamisme propre du milieu, sur ses façons de faire, sur son ingéniosité et sur ses disponibilités. Cela favorise le développement de ressources qui respectent la couleur locale et encourage la responsabilisation du milieu, ce qui facilite en retour l’intégration des gens qui fréquentent ces ressources et diminue d’autant leur handicap social.

On doit aussi penser à un niveau d’intervention plus général faisant référence à la modification des systèmes d’aide financière de l’État, aux emplois subventionnés ou protégés, au soutien financier destiné aux organismes communautaires, et même à certaines mesures fiscales pouvant aider la famille ayant une personne malade à sa charge.

La description de cette gamme d’interventions aux facettes multiples n’implique pas que chacun des intervenants doive pouvoir agir sur tous ces plans simultanément ; il faut plutôt s’assurer que tous les systèmes qui ont un rôle à jouer le jouent de manière coordonnée. La nouvelle politique du Québec en matière de santé mentale exprime bien ce fait en parlant de partenariat et de concertation nécessaire, intersectorielle et interministérielle. La figure 81.1 donne une idée des diverses interventions offertes en partenariat à un malade et à sa famille.

81.3. INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES

81.3.1. Médication

La médication vise généralement le contrôle des symptômes. Les anciens neuroleptiques arrivaient assez bien à contrôler les symptômes positifs de la schizophrénie, mais ils étaient peu efficaces en ce qui touche les symptômes négatifs. Aujourd’hui, les nouveaux antipsychotiques (clozapine, olanzapine, quétiapine, rispéridone et ziprasidone) exercent en plus une action sur ces symptômes négatifs tout en préservant les fonctions cognitives et en produisant moins d’effets secondaires.

Il n’est donc pas surprenant de voir s’améliorer l’observance du traitement pharmacologique chez les patients, ce qui contribue évidemment aux bons résultats que donnent ces médicaments et favorise la motivation des patients à participer à la réadaptation.

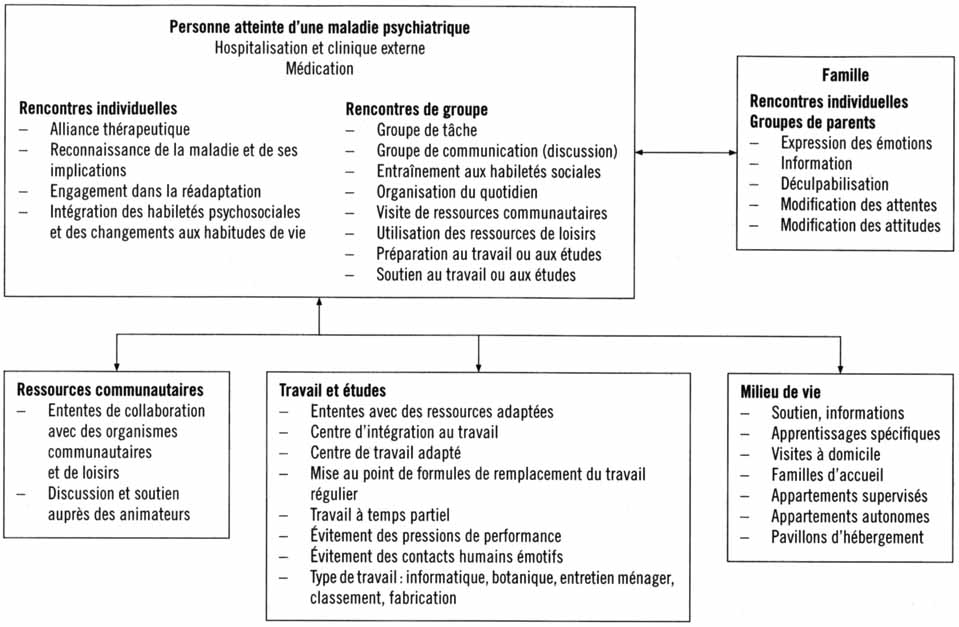
Dans plusieurs unités de soins, on prépare maintenant le malade à son congé en lui donnant toutes les informations nécessaires concernant les objectifs poursuivis par sa médication, les effets secondaires, la marge de manœuvre qui lui est laissée, les signes d’intoxication, etc. On invite aussi le patient à prendre ses médicaments par lui-même, avec une supervision qui va en diminuant, de façon à reproduire les conditions dans lesquelles il se retrouvera le lendemain de son départ.

Cependant, il ne suffit pas de donner une médication efficace pour contrôler les symptômes, encore faut-il qu’elle permette au patient de s’engager pleinement dans son programme de réadaptation. Pour cela, il faut que la médication soit choisie et dosée avec une plus grande finesse, de manière à ne pas venir réduire l’énergie requise pour une participation active à la réadaptation. S’il y a sédation ou akathisie, par exemple, le patient rapporte une diminution de sa concentration ou de sa capacité d’apprentissage.

Par contraste, la personne en réadaptation devra probablement affronter des situations problématiques plus souvent que la personne qui s’exclut du champ [1883] de la vie active et qui a tendance à s’isoler dans son logement ou à rester hospitalisée. La personne en réadaptation peut éprouver des tensions accrues qui nécessitent parfois une augmentation de la dose de son médicament sans qu’elle-même, son entourage ou son médecin y voient l’annonce d’une rechute ; il s’agit d’une aide supplémentaire pour faire face à une tâche plus exigeante. À d’autres moments, un soutien plus important de l’intervenant ou d’un proche, tout autant que le développement de nouvelles habiletés psychiques, permettra au patient de résoudre ses tensions sans avoir besoin d’un médicament d’appoint.

FIGURE 81.1

Ressources complémentaires de réadaptation psychiatrique



**Source** : Programme jeunes adultes de l’Hôpital Louis-H. Lafontaine (Montréal).

Les prescriptions doivent donc être individualisées et suivies de près pour tenir compte des besoins fluctuants du patient. Lorsque la situation est stable, une révision trimestrielle peut suffire, mais lorsque le patient participe activement à la réadaptation, les révisions doivent être beaucoup plus fréquentes.

Il est important de veiller à ce que les modalités d’emploi du médicament ne viennent pas compliquer indûment la vie du patient. Ainsi, on peut simplifier la prise du médicament en donnant des neuroleptiques injectables à longue durée. Pour d’autres patients, il est préférable de concentrer la prise de l’antipsychotique le soir au coucher afin de s’assurer que la majeure partie des effets secondaires, en particulier la somnolence et le parkinsonisme, soient moindres le jour. D’autres patients auront intérêt à prendre leur médicament deux fois par jour, par exemple au souper et au coucher, parce qu’une dose unique entraînerait de la fatigue et de la somnolence pendant la matinée du lendemain. Enfin, certains patients peuvent ressentir des effets secondaires variables de sorte qu’il est préférable pour eux de prendre des antidépresseurs sédatifs le soir au coucher pour profiter de l’effet de somnolence qu’ils engendrent, alors que d’autres [1884] antidépresseurs stimulants, susceptibles de provoquer de l’insomnie, devraient être pris en matinée.

Durant l’hospitalisation, les médicaments sont souvent administrés en trois ou quatre doses quotidiennes par le personnel des soins infirmiers. À l’extérieur de l’hôpital, on devrait simplifier au maximum la médication pour éviter les erreurs et favoriser la responsabilisation du patient. L’utilisation de la « dosette » — où le pharmacien sépare en divers compartiments les médicaments à prendre chaque jour pendant une semaine — réduit le nombre des erreurs et améliore la fidélité au traitement.

L’observance médicamenteuse de la part des patients est souvent directement proportionnelle à l’aide qu’ils ont l’impression que leur apporte la médication et à l’absence d’effets secondaires. Les patients qui reçoivent une médication adéquate et qui en tirent un profit maximal avec un minimum d’effets secondaires font preuve d’une meilleure observance, ce qui ne les empêche pas, néanmoins, de vouloir parfois abandonner leur médication quand, après plusieurs mois, voire quelques années, ils n’ont pas connu de rechutes importantes. C’est ici que l’expérience du médecin acquiert toute sa signification et que la relation qu’il a établie avec son patient peut aider ce dernier à éviter de prendre des décisions intempestives qui risqueraient de déséquilibrer une situation qui a été atteinte au prix de beaucoup d’efforts, mais qui reste précaire.

Cependant, si le patient insiste pour interrompre sa médication, il exerce un droit légitime et son médecin se doit de l’accompagner. On recommande une réduction d’environ 10% par mois, ce qui permet d’échelonner l’interruption sur une période de 6 à 12 mois. En plus, le médecin doit réviser attentivement avec son patient les symptômes de rechute et se tenir prêt à rétablir une médication efficace s’il y a une résurgence des symtômes.

Il est aussi important d’informer les familles sur la pertinence des médicaments, leurs rôles et leurs limites, et d’essayer de les aider à faire la part des choses en ce qui concerne les effets des médicaments, de la maladie ou de la personnalité du patient quand il s’agit de comprendre un comportement surprenant ou inhabituel.

Il existe à l’intention des familles plusieurs brochures d’information et des modules d’enseignement qui leur permettent de collaborer à la démarche de réadaptation en connaissance de cause. Quant aux patients, des groupes de soutien peuvent aussi leur être très utiles parce qu’ils facilitent la supervision médicamenteuse et leur offrent du soutien et de l’information à travers le partage de leurs expériences, de leurs succès et échecs ainsi que de leurs frustrations.

81.3.2. Psychoéducation des patients  
et de leur famille [[15]](#footnote-15)

Les associations qui regroupent les parents et les amis du malade mental aux États-Unis, en Europe, au Canada et au Québec ont gagné de plus en plus le respect des différents intervenants en santé mentale et des élus sur lesquels elles réussissent à agir aussi bien par leur poids politique que par leur dynamisme. L’aide qu’elles apportent à leurs membres reste cependant leur principale raison d’être (voir le tableau 81.1).

Ces associations approchent souvent les professionnels afin de mieux comprendre la maladie mentale d’un de leurs membres et de mieux réagir à celle-ci dans la vie quotidienne avec cette personne.

TABLEAU 81.1

Structures et contrôle de la relation d’aide

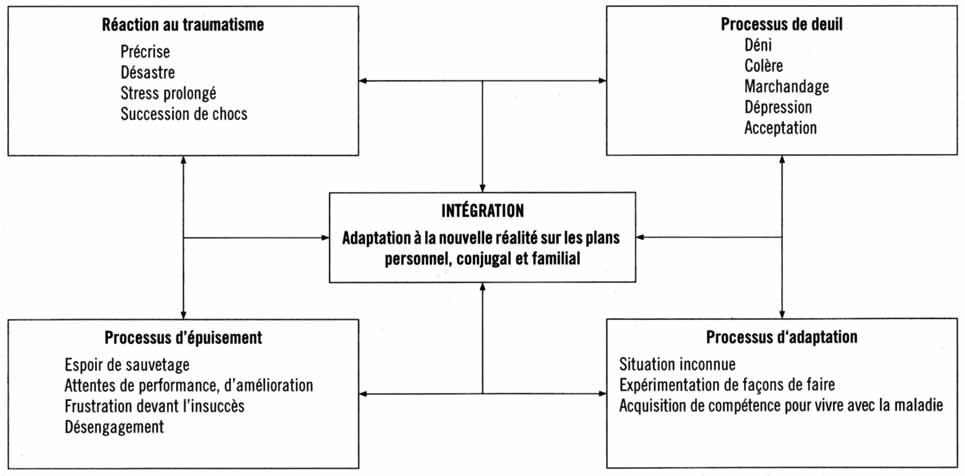
|  |  |
| --- | --- |
| **Type de relation d’aide** | **Type de services offerts** |
| Peu structurée ; contrôlée par le | Réseau primaire, |
| milieu (voisinage, amis) | services informels |
| Peu structurée; contrôlée par les professionnels | Bénévolat |
| Structurée et contrôlée parle milieu | Entraide |
| Structurée et contrôlée par les professionnels | Services étatiques et privés |

**Source**: N. Saint-Amant et H. Clavette, *Entraide et débrouillardise sociale*, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1991, p. 16.

Les praticiens doivent tenir compte des mécanismes de défense utilisés naturellement par toute personne qui fait face à une situation de perte ou de deuil en vivant une maladie mentale débilitante. Initialement, la négation et la minimisation des problèmes permettent aux gens de se donner un peu de temps avant d’affronter une situation dont l’ampleur les [1885] dépasse et pour laquelle ils sont mal préparés. Puis viennent les explications par lesquelles on cherche à comprendre de même qu’à se défendre, à se déculpabiliser, car au fond de chaque parent, de chaque conjoint ou de chaque enfant se trouvent un doute et parfois un sentiment de culpabilité concernant la possibilité d’être en partie responsable de la maladie mentale. Viennent ensuite les inquiétudes quant au devenir de ce malade, ainsi que la tristesse quant à l’avenir bouché d’un jeune, surtout lorsque la maladie l’a frappé au moment où il avait une santé éclatante et poursuivait avec succès ses études ou faisait ses premiers pas dans une carrière prometteuse. On peut aussi se demander comment réagir en cas de crise et quelles sont les implications pronostiques et même génétiques d’une maladie bien définie. Le professionnel doit tenter de répondre à ces questions légitimes avec le plus de clarté et de nuances possible soit sur un plan individuel, soit d’une manière plus large lorsqu’il s’adresse à un groupe. La figure 81.2 illustre une variété de réactions exprimées par le patient et ses proches à la suite de l’annonce d’une maladie mentale grave.

FIGURE 81.2

Réactions à l’annonce de la maladie



Malheureusement, certains individus et parfois la famille au complet adoptent des positions moins adéquates. Ainsi, certains membres de la famille projetteront sur les autres membres la responsabilité de la maladie de l’un d’entre eux, ou encore toute la famille attribuera à la société, au système d’éducation ou aux services médicaux la responsabilité des difficultés que leur proche connaît. Ces positions peuvent entraîner, dans le premier cas, l’éclatement du noyau familial ou, dans le second cas, le retrait de la famille des situations d’aide et d’assistance dont elle a pourtant un grand besoin.

Face à ces comportements inappropriés ou aux réactions plus naturelles des membres de la famille, il importe que les professionnels, et les psychiatres en particulier, se prêtent aux demandes de rencontres et de soutien que leur adressent les familles ou les associations de parents et d’amis. Il est remarquable de voir jusqu’à quel point les groupes d’entraide sont capables d’apporter un soutien qui diffère de l’intervention professionnelle sans réduire le poids de celle-ci. Ces groupes, qui complètent l’aide professionnelle, sont susceptibles de remettre en question certaines attitudes des praticiens, ce qui devrait amener ces derniers à améliorer la qualité de leur intervention.

Il est important de mentionner certaines approches éducatives qui visent spécifiquement les familles, notamment celles d’Anderson, Reiss et Hogarty (1986), de Cormier et coll. (1991) et de Falloon, Boyd et [1886] McGill (1986). Dans l’excellente revue qu’il a faite des modèles d’intervention familiale proposés, Mueser (1996) précise les composantes les plus susceptibles de conduire à des interventions efficaces :

1) renseigner les familles au sujet des maladies psychiatriques et de leurs traitements ;

2) accroître l’adhésion à la médication et diminuer le stress de même que tout abus de substances ;

3) s’assurer que le traitement est flexible et adapté aux besoins particuliers de chaque famille ;

4) témoigner de la sympathie et de l’empathie à l’endroit des proches qui font face à la maladie mentale ;

5) éviter de blâmer une famille ou de voir ses efforts pour tenir le coup comme un symptôme pathologique ;

6) encourager le développement émotionnel de tous les membres de la famille ;

7) améliorer la communication entre les proches ainsi que leur habileté à résoudre les problèmes auxquels ils font face ;

8) encourager les proches à établir des relations sociales aidantes à l’extérieur du réseau familial ;

9) susciter et entretenir l’espoir d’un avenir meilleur, et adopter une perspective à long terme.

Signalons également le concept d’émotion exprimée (expressed emotion) issu des travaux de Brown, Birley et Wing (1972). Il s’agit ici de découvrir dans certaines familles une manière de réagir aux situations tendues et pénibles par une émotivité fortement exprimée (hostilité, critiques et attitudes envahissantes), qui, de ce fait, la rend difficilement assimilable pour le patient. Évidemment, il ne s’agit pas de culpabiliser les familles, mais bien de les aider à reconnaître que leur manière intense de s’exprimer émotionnellement peut nuire au patient qui a de la difficulté à intégrer le monde des émotions. Il est donc important pour les familles manifestant une forte expression émotionnelle de recevoir une aide appropriée afin qu’elles puissent modifier leur façon d’être ou accepter une plus grande distance entre elles et le patient.

Il arrive fréquemment que des patients cohabitent avec leur famille ou avec un conjoint. Au Québec, depuis le « virage ambulatoire », les familles sont de plus en plus nombreuses à assumer elles-mêmes une plus grande partie de l’aide requise par leur membre souffrant d’une maladie mentale. Déjà, les deux tiers des congés de l’hôpital sont planifiés en fonction du retour du malade dans sa famille soit à temps plein, soit à temps partiel. Il faut donc faire participer davantage la famille à la préparation des congés et l’aider à formuler ses exigences pour que le patient puisse s’y conformer et à repérer les limites propres à la maladie afin que les proches n’aient pas d’attentes ou d’exigences irréalistes. Il est important d’établir une communication claire entre les professionnels et les membres des familles, qui ne doivent pas sentir qu’ils sont mis à l’écart du processus décisionnel, afin qu’ils puissent tolérer des situations difficiles sans avoir recours au réflexe d’exclusion (l’hospitalisation en particulier) comme solution. Falloon, Boyd et McGill (1986), Spaniol, Zipple et Fitzgerald (1984) et Spaniol, Zipple et Lockwood (1992), parmi d’autres chercheurs, ont mis au point des stratégies d’intervention auprès des familles qui rendent celles-ci plus aptes à faire face aux problèmes de la maladie mentale et au problème des relations avec les professionnels.

Il faut aussi penser au besoin de répit que les familles éprouveront au fil des ans ; l’établissement ou l’organisme communautaire doit alors pouvoir offrir une relève satisfaisante et rassurante pour la famille. Le besoin de répit peut être lui-même très diversifié et inclure la possibilité de s’absenter pour une soirée, un week-end ou même quelques semaines. À l’occasion, une famille qui se sent débordée pourra se reposer et reprendre son souffle.

81.3.3. Retour au travail

De tout temps, la réadaptation a été assimilée à la réadaptation au travail ou aux études comme preuve de la réhabilitation sociale de la personne souffrant d’une maladie mentale. Souvent, en fait, on considère qu’une personne est encore malade lorsqu’elle n’arrive pas à avoir une activité productive quelconque. Par ailleurs, la réalité des problèmes psychiques nous force à reconnaître qu’une semaine de travail de 15 à 20 heures représente un objectif raisonnable pour une personne handicapée psychiquement plutôt que les 30 à 40 heures habituelles. Même si certaines personnes peuvent aller au-delà de cette norme, un objectif de 30 à 40 heures de travail par semaine entraîne une exigence quant au rendement qui engendrera fréquemment des déceptions. D’autre part, certains patients choisiront de terminer leur formation ou de modifier leur orientation. D’autres encore préféreront [1887] un travail bénévole à une activité rémunérée lorsque ce travail correspond plus à leurs champs d’intérêt, surtout s’ils ne sont pas capables d’acquérir la formation professionnelle qui leur donnerait accès au même travail.

Le travail a une grande importance dans la vie des gens, et bien sûr aussi des malades, et ce pour diverses raisons. Il génère un revenu, structure le temps et l’espace, multiplie les contacts, procure un rôle social et stimule l’activité et l’engagement personnel (Bachrach, 1996). Il est significatif de voir comment un malade qui se tient à l’écart des activités de ce genre aura une vie oisive où l’isolement, la dépendance et la satisfaction passive domineront. À l’opposé, les malades qui s’inscrivent à des activités, même limitées, soutenues ou protégées, ont immédiatement éprouvé un sentiment d’accom­plissement et de fierté facile à observer. Il faut évidemment dénoncer les situations d’exploitation et chercher la reconnaissance de l’apport du malade à une activité économique de son choix et à sa mesure.

Certains groupes de recherche d’emploi formés de patients souffrant d’une maladie psychiatrique enregistrent des taux de placement de l’ordre de 65% à 80% alors que les centres traditionnels obtiennent plutôt des taux de 10% à 20%. Il ne s’agit pas de taux de rétention, qui sont évidemment inférieurs, mais bien de taux de démarrage dans un emploi, ce qui représente tout de même une première étape importante.

Au Québec, et peut-être ailleurs dans le monde, il faudrait corriger certaines inconséquences concernant la rémunération du travail, inconséquences qui donnent la possibilité aux personnes souffrant d’une maladie psychiatrique d’obtenir de l’État un soutien financier plus important qu’en travaillant au salaire minimum. Les revenus générés par leur travail viennent souvent réduire les prestations reçues de l’État, sans parler des autres avantages associés. On peut vite se rendre compte que la motivation au travail est sérieusement affaiblie par de telles mesures sociales. Il y aurait intérêt à soutenir financièrement la personne, proportionnellement à son handicap, et à lui permettre de garder les revenus additionnels tirés de son travail.

Dans plusieurs pays (Allemagne, France, Suède), les gouvernements ont prévu que les grandes entreprises devraient consacrer un pourcentage de leurs postes de travail à des personnes handicapées sur le plan physique ou sur le plan psychiatrique aux taux de rémunération habituels. Il est important de toujours rattacher une incitation financière au fait d’obtenir et de garder un emploi rémunérateur, même à temps partiel, car cela améliorera la situation économique du patient et favorisera sa réintégration sociale et sa pleine réhabilitation.

81.3.4. Community Support  
Program (CSP)

Ce programme du National Institute of Mental Health, modifié à des degrés divers dans certains États américains, vise à aider d’une manière complète les patients à échapper au réseau institutionnel pour s’inscrire et se maintenir dans la communauté. Pour être qualifié de CSP, le programme doit contenir les éléments suivants :

- repérer les patients et les joindre dans la communauté ;

- s’assurer qu’ils touchent le revenu auquel ils ont droit ;

- intervenir en situation de crise, au besoin à domicile ;

- offrir des services de réadaptation en ce qui concerne les loisirs et le travail ;

- offrir des services continus ;

- offrir des services médicaux et psychiatriques de base et spécialisés ;

- offrir le soutien requis aux familles, aux amis et à la communauté ;

- stimuler le bénévolat et la participation dans la communauté (*advocacy*) ;

- mettre sur pied un système de gestion de cas *(case management).*

Évidemment, ce ne sont pas tous les programmes qui comporteront chacun de ces éléments, mais le plus important est que l’ensemble des éléments soient présents et accessibles à la personne en difficulté dans un secteur donné. Les services mentionnés dans un CSP doivent avoir les caractéristiques suivantes : être complets, continus, bien coordonnés et contrôlés par la communauté.

Au Québec, la nouvelle politique en matière de santé mentale vise à établir un partenariat entre les différents acteurs. Le système entier n’est donc pas placé sous l’autorité d’un seul intervenant institutionnel ou autre ; il favorise plutôt la détermination de responsabilités distinctes ainsi que des liens nécessaires, facilitateurs et respectueux des uns et des autres [1888] entre les organismes communautaires, les ressources intermédiaires et les établissements. La personne doit être au cœur des préoccupations des divers intervenants, naturels ou professionnels, comme le prévoit le plan de soins individualisé (PSI).

81.3.5. Program of Assertive  
Community Treatment (PACT)

Ce programme a été mis au point par Stein et Test (1980) au Wisconsin et il s’est répandu rapidement dans les États américains et au Canada grâce à un effort soutenu concernant la recherche évaluative de ses résultats et une systématisation rigoureuse lors de sa mise en place.

Essentiellement, un PACT met l’accent sur l’aide à apporter en ce qui concerne la solution des problèmes de la vie courante et tient pour acquis le fait que la majeure partie des patients qui présentent des troubles psychiques graves et persistants devraient parvenir à vivre avec profit et satisfaction à l’extérieur de l’hôpital s’ils peuvent compter sur un soutien approprié.

Le PACT cherche à atteindre les patients là où ils se trouvent. Il s’assure que tous les services requis sont bien planifiés et coordonnés, il endosse la défense des droits des patients dont il s’occupe et prête attention en particulier à la prise régulière de la médication psychotrope.

Le PACT se différencie de plusieurs programmes de gestion de cas (case management) grâce aux caractéristiques suivantes :

- On aide les patients dans les domaines où ils éprouvent le plus de difficulté, que ce soit le logement, le travail, la communauté, etc.

- On s’assure que les patients reçoivent les services essentiels, au besoin en les donnant soi-même plutôt qu’en adressant le patient à un autre organisme.

- On favorise une approche en équipe où chaque praticien est prêt à intervenir auprès d’un patient.

- On cherche à ce que le nombre de patients par intervenant varie de 10 à 15 selon la situation.

- On s’engage auprès des patients à long terme en maintenant des liens avec eux pendant de nombreuses années, que le patient soit dans la communauté ou momentanément hospitalisé.

81.4. RÔLES DE L’HÔPITAL  
PSYCHIATRIQUE ET DU PSYCHIATRE

Malgré l’ensemble des dispositions énumérées précédemment, le succès de la réadaptation n’est pas toujours total. En effet, pour beaucoup de personnes, en raison d’une trop grande incapacité à vivre en société, l’environnement protecteur d’une hospitalisation à court terme, et parfois à long terme, demeurera strictement nécessaire. Ici encore, cependant, la règle de l’environnement le moins restrictif favorisant le mieux l’autonomie et l’épanouissement de ces patients devrait être respectée dans la mesure du possible. Il faut faire une distinction claire entre l’institution et l’institutionnalisation. Cette dernière réalité se retrouve même dans des milieux dont la taille est très réduite, là où les règles de fonctionnement l’emportent sur les besoins des personnes. Toutefois, il est évident que, vu leur grande taille, certaines institutions doivent faire respecter de nombreuses règles de fonctionnement pour que les activités diverses se déroulent bien et que les besoins conflictuels de centaines de personnes puissent être conciliés. Il s’agit ici de faire coïncider les besoins individuels avec le besoin collectif. C’est à ces réalités que tente de répondre le mouvement de désinstitutionnalisation. La nécessité de se centrer sur les besoins de la personne reste présente surtout à l’intérieur des institutions, grandes ou petites, où séjournent les mêmes patients durant de nombreuses années.

Pour ces institutions, tout effort de réadaptation passe forcément par un changement de la mentalité des praticiens qui s’occupent des patients depuis très longtemps et qui ont souvent perdu de vue le fait que ces derniers gardent aussi un potentiel d’apprentissage et d’épanouissement important malgré leurs limites. Il suffit parfois de leur offrir une activité qui touche certaines de leurs préférences anciennes pour les voir s’animer. Dans cet éveil, dans ce désir d’expression et de participation, on peut reconnaître le germe d’une réadaptation possible.

Pour les psychiatres, la réadaptation doit faire partie de leurs préoccupations thérapeutiques (Lalonde, 1994). Ils doivent pour cela être capables de reconnaître les limites actuelles de leurs traitements pharmacologiques et le potentiel de croissance des patients qui les consultent. D’ailleurs, la prescription médicamenteuse doit tenir compte des exigences énergétiques et dynamiques de la réadaptation. Cela implique [1889] surtout qu’à côté des efforts pour combattre la maladie, il faut donner au patient la possibilité de s’engager pleinement et de prendre plus de responsabilités vis- à-vis de son bien-être et de son intégration sociale.

Cela veut dire aussi que de nouveaux intervenants auront des rôles essentiels à jouer à certains moments et que le rôle du psychiatre consiste souvent à coordonner les échéances et à contrôler l’intensité du processus de réadaptation individualisé de chaque patient.

Il doit lui-même favoriser une coopération multidisciplinaire respectueuse exigeant une plus grande souplesse de tous les intervenants.

Au fil des ans, le rôle du psychiatre évoluera sûrement, mais son soutien doit rester entier pour faire face aux nombreux problèmes et aux échecs inévitables que connaîtront les personnes qui sont aux prises avec des maladies sans doute parmi les plus déshumanisantes.

Bibliographie

Anderson, C.M., Reiss, D.J., et Hogarty, G.E.

1986 *Schizophrenia and the Family,* New York, Guilford Press.

Anthony, W.A., Cohen, M., et Farkas, M.

1993 *Psychiatric Rehabilitation,* Boston, Boston Center for Psychiatric Rehabilitation.

Anthony, W.A., et Liberman, R.P.

1986 « The practice of psychiatrie réhabilitation : Historical, conceptual and research base », *Schizophr. Bull,* vol. 12, n° 4, p. 542-559.

Bachrach, L.L.

1996 « Psychosocial rehabilitation and psychiatry : What are the boundaries », *Can. J. Psychiatry,* vol. 41, n° l, p. 28-35.

Bleuler, E.

1911 *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias,* traduit par J. Zinkin, New York, International Universities Press, 1950.

Brown, G.W., Birley, J.L.T., et Wing, J.K.

1972 « Influence of family life on the course of schizophrenic disorders », *Br. J. Psychiatry,* vol. 121, n° 562, p. 241-258.

Caplan, G.

1964 Principles of Preventive Psychiatry, New York, Basic Books.

Cormier, H., et coll.

1991 *Profamille. Programme d'intervention de groupe auprès des familles de personnes atteintes de schizophrénie,* Sainte-Foy (Québec), Unité de psychiatrie sociale et préventive du CHUL, Centre de recherche Université Laval Robert-Giffard.

Cubelli, G.E., et Havens, L.L.

1969 « The expanding role of psychiatric réhabilitation », dans L. Bellak et H.H. Barten (sous la dir. de), *Progress in Community Mental Health,* New York, Grune & Stratton.

Falloon, I.R.H., Boyd, J.L., et McGill, C.W.

1986 *Family Care of Schizophrenia : A Problem-Solving Approach to the Treatment of Mental Illness*, New York, Guilford Press.

Gagné, G., et Lalonde, P.

1996 « Réadaptation : enjeux, stratégies, approches », *Nervure,* vol. 9, n° 1, p. 22-32.

Jolivet, B.

1989 « Traitement et réhabilitation en psychiatrie », *Actualités psychiatriques,* vol. 19, n° 3, p. 21-26.

Lalonde, P.

1994 « Le rôle du psychiatre dans la réadaptation de la schizophrénie », *Synapse,* n° 104, mars, p. 67-75.

Liberman, R.P.

1992 *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*,New York, Macmillan.

Morin, C., et Comtois, G.

1995 « La réadaptation », dans P. Lalonde et coll., *Démystifier les maladies mentales : la schizophrénie,* Boucherville (Québec), Gaëtan Morin Editeur, p. 111-129.

Morissette, R.

1996 « Traitement, réadaptation, réhabilitation », conférence, Montréal, Hôpital Louis-H. Lafontaine.

Mueser, K.T.

1996 « Helping families manage severe mental illness », *Psychiatric Rehabilitation Skills,* vol. 1, n° 2, p. 21-42.

Saint-Amant, N., et Clavette, H.

1991 *Entraide et débrouillardise sociale,* Ottawa, Conseil canadien de développement social.

Spaniol, L., Zipple, A.M., et Fitzgerald, S.

1984 « How professionals can share power with families : Practical approaches to working with the families of the mentally ill », *Rehabilitation Journal,* vol. 8, n° 2, p. 77-84.

Spaniol, L., Zipple, A.M., et Lockwood, D.

1992 « The role of family in psychiatric rehabilitation », *Schizophr. Bull.,* vol. 18, n° 3, p. 341-348.

[1890]

Stein, L.I., et Test, M.A.

1980 « Alternative to mental hospital treatment : 1. Conceptual model, treatment program, and clinical évaluation », *Arch. Gen. Psychiatry,* vol. 14, n° 37, p. 392-397.

Stockdill, J.

1985 *Definition of Psychosocial Rehabilitation,* Washington (D.C.), National Institute of Mental Health.

Strauss, J.S.

1986 « Discussion : What does rehabilitation accomplish ? », *Schizophr. Bull.,* vol. 12, n° 4, p. 720-723.

Turner, J.C.

1977 « Comprehensive community support Systems for mentally disabled adults : Definitions, components, guiding principles », *Psychosocial Rehabilitation Journal,* vol. 1, n° 3, p. 39-47.

Turner, J.C., et TenHoor, W.

1978 « The NIMH Community Support Program : Pilot approach to a needed social reform », *Schizophr. Bull,* vol. 4, n° 3, p. 319-349.

Lectures complémentaires

Chambon, O., et Marie-Cardine, M.

1992 La réadaptation sociale des psychotiques chroniques : une approche cognitivo-comportementale, Paris, PUF.

Lalonde, P., et Morin, C.

1999 « La réadaptation dans la prise en charge de la schizophrénie », *Perspectives Psy,* vol. 38, n° 3, p. 201-207.

National Institute of Mental Health

2000 « Psychosocial treatment for schizophrenia », *Schizophr. Bull.,* vol. 26, n° 1.

Tessier, L., et Clément, M.

1992 *La réadaptation psychosociale en psychiatrie,* Boucherville (Québec), Gaëtan Morin Éditeur.

[1891]

[1892]

**Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale**Tome 2. Spécialités, traitements, sciences fondamentales  
et sujets d’intérêt

SIXIÈME PARTIE  
*Sujets d’intérêt*

Chapitre 82

RÉHABILITATION  
PSYCHO-SOCIALE  
EN FRANCE

[Retour à la table des matières](#tdm)

Michel Goutal, M.D.

Psychiatre, praticien hospitalier et chef de service au Centre hospitalier Paul Guiraud (Villejuif) Président de l’Association de promotion des appartements et rencontres thérapeutiques (APART) [Boulogne-Billancourt]

[1893]

**PLAN**

82.1. Définitions de la réhabilitation

82.2. Réhabilitation psychosociale

82.3. Associations et réhabilitation

82.4. Grands axes de la réhabilitation psychosociale promus par les associations en psychiatrie

82.4.1. Information, sensibilisation, prévention et formation

82.4.2. Lutte contre un problème psychopathologique spécifique

• Alcoolisme • Toxicomanie • Sida

82.4.3. Associations de parents et de familles de malades mentaux

82.4.4. Aide aux élèves et aux étudiants

82.4.5 Aide aux enfants

82.4.6. Aide aux enseignants

82.4.7. Aide aux usagers de la psychiatrie

82.4.8. Lutte contre l’isolement et l’exclusion

82.4.9. Associations pour la réinsertion professionnelle

82.5.10. Établissements de soins et structures remplaçant l’hospitalisation

82.5. Réhabilitation psychosociale et psychiatrie publique

82.5.1. Bases et organisation du secteur

82.5.2. Circulaire du 14 mars 1990

82.5.3. Loi du 27 juin 1990

82.6. Avenir et limites de la réhabilitation psychosociale

82.6.1. Facteurs environnementaux

82.6.2. Psychose

Bibliographie

Lectures complémentaires

Adresses utiles

[1894]

Le terme *réhabilitation* est apparu récemment en France. On parlait, il y a quelques années encore, de réadaptation ou de réinsertion, concepts voisins mais différents (Goutal, 1994). Pour un lecteur anglo-saxon, le mot « réadaptation » n’existe pas ; il se traduit en fait par *réhabilitation.* Il convient donc de définir d’abord ce que l’on entend par « réinsertion » et « réadaptation » en France, avant de définir la réhabilitation.

La *réinsertion* concerne le social : il s’agit de réintégrer quelqu’un dans le tissu *social.* La *réadaptation* se rapporte plutôt au *soin.* Cependant, tout dépend de l’idée qu’on se fait du soin. Dans une optique pédagogique, cognitiviste ou comportementaliste, le soin vise à réadapter le « malade » à son environnement. Mais on sait à quelle dérive a pu conduire une telle conception, pervertie par certains régimes totalitaires où l’organisation sociale apparaissait comme la « norme » par rapport à l’individu considéré comme « déviant »... Dans une optique plus psychanalytique, le soin tient d’abord compte du sujet, qu’il s’agit de réconcilier avec lui-même, ce qui aboutira « de surcroît » à le réconcilier avec autrui. Comme on le voit, cette démarche procède à l’inverse de la précédente.

82.1. DÉFINITIONS  
DE LA RÉHABILITATION

Les définitions que les Anglo-Saxons et les Français donnent de la réhabilitation semblent assez différentes. Liberman (1991), par exemple, la définit en des termes qui évoquent l’un des sens du mot « réadaptation » en français, puisqu’il s’agit pour lui de la réappropriation par le sujet de son fonctionnement social et « instrumental » grâce à des techniques d’apprentissage et au soutien de l’environnement.

La théorie sous-jacente est clairement indiquée : les techniques d’apprentissage renvoient directement à des concepts comportementalistes ou pédagogiques qui paraissent à première vue assez éloignés de la psychanalyse et de la prise en considération du sujet, puisqu’il n’est fait mention que du fonctionnement « social » et « instrumental » (Gagné et Lalonde, 1996). Cependant, ces techniques pourraient, dans certains cas, s’apparenter à celles que les psychanalystes utilisent parfois : les « jeux de rôle » ressemblent à des techniques psychodramatiques, sans le recours, toutefois, à la dimension inconsciente proprement dite. Le « soutien de l’environnement » fait, d’autre part, référence au social, mais pas n’importe lequel : un social aménagé, protégé, protecteur. D’une façon plus générale, la définition anglo-saxonne de la réhabilitation est très instrumentale et pragmatique : rétablir ou développer les « habiletés sociales » d’une personne. Les Français, eux, se réfèrent plutôt au droit et à l’éthique. Le Petit Robert définit en effet la réhabilitation comme l’action de « rétablir [...] dans des droits, des privilèges perdus ; rendre (à un condamné) ses droits perdus et l’estime publique, en reconnaissant son innocence ». Pinel, qui était contemporain de la Révolution française, se situait déjà dans cette optique, puisque, en libérant les malades mentaux de leurs chaînes, il entendait par ce geste reconnaître en eux « les droits sacrés de l’humanité ».

Esquirol, en 1819, fera de même lorsqu’il concevra l’« asile » comme étant destiné aux « membres les plus intéressants de la société, presque toujours victimes des préjugés, de l’injustice et de l’ingratitude de leurs semblables » (Massé, Jacquart et Ciardi, 1987, p. 21).

En fait, les acceptions anglo-saxonne et française de la réhabilitation sont bien évidemment complémentaires.

82.2. RÉHABILITATION  
PSYCHOSOCIALE

Jusqu’ici, on a envisagé seulement la notion de réhabilitation. Lorsqu’on parle de réhabilitation psychosociale, cela implique deux choses :

- D’une part, on tient compte des deux dimensions complémentaires du sujet, soit les dimensions psychique et sociale, où il n’y a pas de prééminence de l’une par rapport à l’autre, mais une interaction permanente qui construit progressivement à la fois l’environnement et la personne elle-même.

- D’autre part, l’objectif ne consiste plus seulement dans la réhabilitation par ou pour le travail, mais aussi dans la réinscription dans le tissu social, même si, bien entendu, la réhabilitation par le travail donne accès à la réhabilitation psychosociale. Mais la société occidentale connaît une crise, apparemment plus structurelle que conjoncturelle, et l’on ne peut aujourd’hui s’insérer dans le circuit du travail qu’à condition, habituellement, [1895] d’avoir acquis une surspécialisation de plus en plus sophistiquée. Cette entreprise est particulièrement ardue pour les personnes dont le rapport avec la réalité reste le plus souvent problématique. Cependant, dans le domaine de la psychiatrie, les perspectives ne sont peut-être pas aussi sombres qu’on pourrait le croire.

82.3. ASSOCIATIONS  
ET RÉHABILITATION

La réhabilitation était au centre des préoccupations de Pinel et d’Esquirol. Il faut convenir, cependant, que ce beau principe tomba assez rapidement en désuétude puisque l’asile, par la suite, fut justement dénoncé en tant que lieu d’enfermement et d’exclusion (Massé, Jacquart et Ciardi, 1987). Comment expliquer une telle régression ?

Il s’agit, en fait, d’un mouvement général qui n’est pas propre à la psychiatrie, mais qui peut s’observer dans toutes les institutions : après chaque rupture fondatrice, le poids de l’habitude, de l’inertie (de la pulsion de mort) vient mettre un frein à l’inventivité originelle (de la pulsion de vie). Et c’est bien souvent à des associations que revient le mérite de relancer la dynamique initiale oubliée ou refoulée, et ce pour une raison assez simple : au mouvement centripète quasi substantiel des institutions, qui se transforment peu à peu en des organismes hiérarchisés et rigides se préoccupant plus de leur survie que des buts pour l’atteinte desquels ils ont été créés, s’oppose presque toujours la dynamique centrifuge propre aux associations. Les associations étant en effet de petits groupes d’individus se rassemblant pour promouvoir une cause, elles restent plus souvent créatives, du moins lorsqu’elles conservent des dimensions humaines, car elles sont alors plus souples, peu hiérarchisées et limitées dans le temps.

Ainsi, en France, après la chape de plomb qui était retombée sur les asiles au 19e siècle, c’est Édouard Toulouse qui, le premier, reprit la cause de la réhabilitation en créant, en 1920, la Ligue de prophylaxie et d’hygiène mentale (association régie par la loi de 1901) qui se proposait, entre autres buts, « d’intéresser l’opinion à ses problèmes et de gagner la sympathie du public aux psychopathies ».

Ultérieurement, pendant la Seconde Guerre mondiale, c’est encore un groupe de psychiatres, engagés dans la Résistance autour de Bonnafé, Daumezon et Tosquelles, qui crée à Saint-Alban le Groupe du Gévaudan. Critiquant radicalement l’enfermement asilaire, qu’il compare à celui des camps de concentration, ce groupe amorce le grand mouvement libérateur de l’après-guerre qu’est la *psychothérapie institutionnelle* et invente la notion de sectorisation (Fourquet et Murard, 1975).

Sur un plan plus général, celui du politique, on ne peut qu’être frappé par un mouvement similaire : si c’est bien l’Assemblée nationale qui, en 1789, édicta la Déclaration des droits de l’homme et du citoyen, ce n’est pas à l’État que revint le mérite d’établir, 200 ans plus tard, la notion de droit humanitaire (Bettati et Kouchner, 1987), mais bien à des associations créées en vertu de la loi de 1901, les organisations non gouvernementales (ONG), dont la désignation négative, qui fait allusion au trop grand dirigisme des gouvernements, indique bien la vocation fondamentale de remise en question. Bernard Kouchner exprimait ce fait avec force à propos de la fondation de Médecins sans frontières et de Médecins du monde, revendiquant, à travers ces associations et à l’encontre de la souveraineté des États, le « droit d’intervention humanitaire » auprès des populations menacées.

82.4. GRANDS AXES DE la  
RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE  
PROMUS PAR LES ASSOCIATIONS  
EN PSYCHIATRIE

Si le but général des associations œuvrant dans le champ de la psychiatrie a toujours été de lutter contre le carcan asilaire et administratif pour proposer des actions ou des réalisations plus proches des usagers, considérés comme des sujets ; favorisant leur autonomisation et leur sortie de l’univers aliénant de la psychose et de l’asile pour qu’ils regagnent autant que faire se peut la vie sociale, alors on peut dire que pratiquement toutes ces associations s’inscrivent dans le mouvement de la réhabilitation.

Ces associations sont pour la plupart régies par la loi de 1901 (but non lucratif) et sont parfois reconnues d’utilité publique. Elles rassemblent soit des professionnels, soit des usagers de la psychiatrie, soit des membres de la communauté préoccupés pour toutes sortes de raisons par les problèmes de santé mentale. [1896] Ces différentes catégories de personnes sont souvent regroupées au sein d’une même association.

Les sources de financement des associations sont variables. Certaines reçoivent des subventions de fonctionnement ou des subventions à titré précis et exceptionnel des pouvoirs publics (État, région, département), des collectivités locales ou d’organismes tels que les Caisses d’assurance maladie, les Caisses de mutualité ou les Caisses d’allocations familiales. D’autres reçoivent une aide de fondations privées — Fondation de France, Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), organismes industriels et commerciaux — et enfin de leurs membres cotisants et de la vente de publications.

On tentera, dans les paragraphes qui suivent, de donner un aperçu du mouvement associatif en France [[16]](#footnote-16) en dégageant certains axes d’action plus spécifiques (Tawil et Goûtai, 1984).

82.4.1 Information, sensibilisation,  
prévention et formation

- La Ligue française d’hygiène mentale. Cette association, qui est la plus ancienne, a été fondée en 1920 par Édouard Toulouse et rénovée en 1952 par Paul Sivadon. Elle publie actuellement la revue Santé mentale.

- La Fédération nationale des associations de croix marine d’aide à la santé mentale. Après une première société créée en 1935, d’autres ont essaimé, avant de se fédérer en 1952 et d’être à l’origine, en 1964, de l’Union internationale d’aide à la santé mentale. La fédération publie la *Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d’hygiène mentale.*

- Le Centre d’entraînement aux méthodes d’éducation active (CEMEA). Cette association, créée par Daumezon et Le Guillant en 1947, est destinée aux équipes soignantes. Elle publie la revue *Vie sociale et traitements.*

- Le Centre technique national d’études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations (CTNERHI). Cette association possède une banque de données très importante et publie la revue *Handicap et inadaptation.*

- L’Association mondiale pour la réadaptation psycho-sociale (AMRP). Créée en France en 1986, cette association regroupe aujourd’hui une quarantaine de pays membres.

82.4.2. Lutte contre un problème  
psychopathologique spécifique

Alcoolisme

De très nombreuses associations combattent le fléau de l’alcoolisme, et en particulier le Comité national de défense contre l’alcoolisme, dont l’action peut se résumer en cinq points :

1) information et formation (prévention primaire) ;

2) action médico-sociale (prévention secondaire et tertiaire) : mise en place de centres de consultation, de centres d’hygiène alimentaire (CHA), de centres de postcure ;

3) action réglementaire : campagnes contre l’alcoolisme, pour une législation sur le taux d’alcool au volant autorisé (qui ne doit pas excéder 0,5 g/L actuellement) ;

4) action dans les domaines économique et culturel concernant la production et le commerce des boissons alcoolisées ;

5) concertation avec les institutions internationales.

Toxicomanie

L’augmentation massive et rapide de la toxicomanie, plus particulièrement chez les sujets jeunes, fait aujourd’hui de celle-ci un phénomène de société. Cependant, ces patients ont longtemps été rejetés par l’ensemble des structures d’accueil habituellement prévues pour la prise en charge des malades mentaux. Il n’est pas étonnant, dans ces circonstances, que des structures associatives se soient développées, s’adaptant aux problèmes spécifiques posés par les toxicomanes.

Sida

En l’espace de 15 ans, le sida est devenu un fléau national et mondial. Dans ce domaine plus que dans d’autres peut-être, les autorités ministérielles et gouvernementales n’ont pas été les premières à réagir. Si elles l’ont fait, ce ne fut que dans un second temps, [1897] après que le mouvement associatif homosexuel en particulier se fut mobilisé massivement pour que des mesures soient prises.

Toutes les associations liées au sida étaient jusqu’à une date récente en France gérées par l’Association française de lutte contre le sida (AFLS), issue du ministère de la Santé. Elle attribuait des fonds en fonction de programmes précis : « marginaux », prostitués (hommes et femmes), etc. L’AFLS a été remplacée par la Division Sida de la Direction générale de la santé (DGS), au sujet de laquelle on peut craindre une moins grande souplesse et une moins grande ouverture en raison de son caractère « officiel [[17]](#footnote-17) »...

82.4.3 Associations de parents  
et de familles de malades mentaux

- L’Union nationale des amis et familles de malades mentaux (UNAFAM). Cette association a été créée en 1963 par des familles de malades avec l’aide de la Ligue française d’hygiène mentale pour éclairer l’opinion publique sur la manière dont sont traités les malades mentaux dans les institutions psychiatriques et favoriser leur insertion sociale. Selon ses propres textes, elle poursuit les buts suivants :

• rompre l’isolement provoqué par la maladie mentale ;

• créer un environnement psychologique, social et juridique qui accompagne et prolonge l’action thérapeutique ;

• faciliter la réinsertion sociale du malade et soutenir les efforts de son entourage ;

• intervenir auprès des pouvoirs publics pour faire évoluer la législation ;

• agir sur l’opinion publique pour modifier les comportements à l’égard de la maladie mentale.

L’UNAFAM publie un bulletin de liaison, organise des congrès annuels et met en place des lieux de vie (foyers, appartements communautaires).

- L’Union nationale des associations de parents d’enfants inadaptés (UNAPEI). Cette association a pour but de favoriser et de susciter la solidarité entre les familles touchées par le handicap mental d’un enfant. Ses lignes directrices sont l’insertion des handicapés mentaux par l’éducation et la formation professionnelle, l’accès à un travail de même que l’autonomisation dans la vie personnelle. Son organe est la revue *Épanouir.*

82.4.4. Aide aux élèves et aux étudiants

- La Fondation santé des étudiants de France a créé un certain nombre de structures accueillant les élèves ou les étudiants malades mentaux. Elle leur offre les soins psychiatriques et psychologiques nécessaires ainsi qu’une formation parallèle scolaire, professionnelle ou universitaire : la Clinique Dupré, à Sceaux, la Clinique universitaire Georges Heuyer, à Paris, la Clinique médico- psychologique de Bouffémont, dans le Val-d’Oise, et bien d’autres.

- La Mutuelle nationale des étudiants de France (MNEF) œuvre dans le même esprit, s’adressant plus spécifiquement aux étudiants. Créée en 1948, elle est à l’origine du premier Bureau d’aide psychologique universitaire (BAPU) en 1956. Ces BAPU, qui sont très nombreux, sont parfois couplés aux centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP).

82.4.5. Aide aux enfants

Les CMPP ont vu le jour en France après la Seconde Guerre mondiale. Au nombre de 304 actuellement, ils sont tous gérés par des associations constituées selon les termes de la loi de 1901, dont la plus ancienne est l’Association française des CMPP, elle-même issue du premier CMPP ouvert en France : le Centre Claude Bernard (1946). Ces centres offrent aux enfants et à leurs parents une aide ambulatoire diversifiée grâce à la pluridisciplinarité de leurs équipes (médecins, psychologues, psychopédagogues, orthophonistes, rééducateurs, assistants sociaux, etc.). Ils ont précédé la mise en place de la pédopsychiatrie publique (dite « intersecteur »), qui n’est apparue qu’en 1972.

82.4.6. Aide aux enseignants

La Mutuelle générale de l’éducation nationale (MGEN) est une importante mutuelle qui regroupe [1898] les fonctionnaires du ministère de l’Éducation nationale (enseignants et autres). Elle s’est intéressée dès 1952 aux problèmes de santé mentale et a participé à l’expansion de la Ligue française d’hygiène mentale. Elle a instauré en 1956 des structures de soins très novatrices à l’époque, inspirant ultérieurement la sectorisation publique : l’Institut Marcel Rivière, les hôpitaux de jour, les ateliers protégés, les centres de consultations ambulatoires, etc.

82.4.7. Aide aux usagers  
de la psychiatrie

La Fédération nationale des associations de patients et ex-patients des services « psy » (FNA Psy) se propose de « regrouper les associations françaises de patients et ex-patients ; d’aider la création d’associations de patients ; [d’offrir] conseil et soutien aux usagers, protection et défense des intérêts des adhérents ».

82.4.8 Lutte contre l’isolement  
et l’exclusion

- L’Union des Centres « Recherche et rencontre ». Cette association régie par la loi de 1901, qui a été créée sur l’initiative notamment de Mignot et qui est reconnue d’utilité publique, regroupe des centres sociaux, un institut de formation pédagogique et linguistique et un centre rural, L’Éveil, qui lutte contre la désertion du milieu rural.

- L’Association Françoise et Eugène Minkowski. Elle offre une aide originale qui s’avère irremplaçable, en ce sens qu’elle apporte un soutien psychiatrique et psychothérapeutique à des immigrés, et ce dans leur langue.

- La Fédération nationale des associations d’accueil et de réadaptation sociale (FNARS). Elle assure «l’accompagnement social de personnes les plus en marge de la société». Elle rassemble plus de 400 associations qui gèrent 500 établissements et services (principalement des centres d’hébergement).

82.4.9. Associations pour  
la réinsertion professionnelle

On distingue en particulier les associations suivantes :

- L’Association nationale de gestion du fonds pour l’insertion professionnelle des handicapés (AGEFIPH). Cette association nationale, extrêmement riche, collecte les cotisations des entreprises soumises à la loi du 10 juillet 1987 (loi contraignant les entreprises à embaucher un certain nombre de travailleurs handicapés, ou, sinon, à verser les sommes équivalentes à l’AGEFIPH).

- L’Association pour l’insertion professionnelle et sociale (AIPS). Fondée par le docteur Tony Lainé, elle a créé et gère le restaurant Le Littoral, en région parisienne. Le personnel de ce restaurant ouvert au public est constitué en majeure partie par d’anciens enfants psychotiques devenus adultes.

82.4.10. Établissements de soins  
et structures remplaçant  
l’hospitalisation

- Les Sociétés de croix marine. Ces sociétés, qui ont été décrites précédemment, ont conçu et expérimenté des organismes tels que l’Office social (organisme médico-social spécialisé dans le reclassement professionnel et social), le Foyer protégé (cadre d’existence durable de postcure), les Ateliers spécialisés assistés et les Maisons d’accueil spécialisées.

- L’association L’Élan Retrouvé. En 1948, Sivadon, qui œuvrait au Centre de traitement et de réadaptation de Ville-Évrard, a fondé L’Élan. Il s’agissait de créer des instruments de soins suffisamment diversifiés pour satisfaire les besoins des malades aux divers moments de leur évolution. L’Élan a aussitôt imaginé, mis en place et soumis à l’épreuve du réel et du temps des formules alors inédites, qui ont par la suite servi de modèles ou de références. Les services d’hospitalisation de jour, de psychopathologie du travail, de médecine psychosomatique et de soins et so- ciothérapie sont connus depuis 1992 sous le nom d’institut Paul Sivadon.

- L’Association de santé mentale et de lutte contre l’alcoolisme, dans le 13e arrondissement de Paris. Cette association, fondée par Philippe Paumelle, a fonctionné dès 1958 comme *centre-pilote de la psychiatrie de secteur.* Elle comprend aujourd’hui le Centre Alfred Binet (consultations et traitements ambulatoires pour enfants et adolescents), un Centre de psychanalyse et de psychothérapie pour adultes, le Centre Maison Blanche (hôpital [1899] de jour pour adolescents), un hôpital de jour pour adultes, un service de placement familial thérapeutique, un réseau d’appartements thérapeutiques et associatifs, une policlinique psychiatrique (urgences psychiatriques), un foyer de postcure, un atelier de réadaptation, un centre de consultation spécialisée pour la communauté asiatique du 13e arrondissement de Paris (réfugiés pour la plupart) et, en dehors de Paris, à Soisy-sur-Seine, l’hôpital psychiatrique de secteur L’Eau vive.

- L’Association pour l’étude de la promotion de structures intermédiaires (ASEPSI). Dans la mouvance de la remise en question des institutions psychiatriques classiques, un *mouvement de désinstitutionnalisation* a été lancé en 1978 pour s’opposer à la « massivité aliénante des asiles ». L’ASEPSI cherche à regrouper toutes les personnes qui désirent mettre en œuvre des solutions de changement dans le champ psychiatrique et social ; les premiers appartements thérapeutiques sont issus de sa réflexion. Cette association publie la revue Transitions.

82.5. RÉHABILITATION  
PSYCHOSOCIALE ET  
PSYCHIATRIE PUBLIQUE

82.5.1. Bases et organisation  
du secteur

De 1940 à 1945, l’abandon dans lequel sont laissés les malades mentaux au sein des asiles (famine, carences, tuberculose) en France est dramatique puisque près de 40% d’entre eux en meurent. C’est à un groupe de psychiatres engagés dans la Résistance que revient le mérite de réhabiliter, au sens fort du terme, la psychiatrie publique. En effet, la loi de 1838 permettait d’échapper à la répression allemande et pétainiste en donnant littéralement asile aux résistants sous le couvert de pseudo-internements. Tosquelles (républicain espagnol réfugié) et Bonnafé mettent en œuvre la collégialité, critiquent l’hôpital psychiatrique, et Bonnafé invente le concept de secteur, emprunté à la notion d’«ensemble» en mathématiques. Ainsi, le secteur désigne un ensemble de population pris en charge, sur le plan psychiatrique, par une même équipe pluridisciplinaire à l’aide d’un ensemble de structures de soins dont l’hôpital ne représente qu’un des éléments. Le psychiatre responsable de ce secteur public n’est plus responsable seulement de l’hôpital, il est chargé de l’organisation de la santé mentale dans ce secteur (Fourquet et Murard, 1975). Ce langage est prophétique : on ne parle déjà plus de pathologie mais de santé mentale !

Georges Daumezon (1912-1979) fait partie de ce groupe. Il précise la notion de secteur : « L’unité [de la psychiatrie] postule la continuité des soins, donc la nécessité de ne pas considérer le temps hospitalier complètement séparé des autres temps : c’est la même équipe qui doit prendre en charge les gens d’un endroit à un autre. » (Daumezon, cité dans Fourquet et Murard, 1975, p. 83.)

En 1952, il prend le service des admissions de l’Hôpital Sainte-Anne, qui n’était qu’un lieu de triage et de transit, et en fait le Centre psychiatrique d’orientation et d’accueil (CPOA), où l’on accueille le patient, on entreprend un traitement avec lui et on le dirige vers l’hôpital de secteur (cela ne se fait plus en fonction des places disponibles ici ou là ou du bon vouloir de tel ou tel médecin-chef...). Il crée la même année, avec Kœchlin, le terme « psychothérapie institutionnelle » qui marquera toute une génération de psychiatres de l’après-guerre. Ce terme sera fécond puisqu’il déclenchera une très riche réflexion sur le travail thérapeutique en équipe pluridisciplinaire avec les patients au sein des hôpitaux psychiatriques, empruntant aussi bien à des idéologies politiques qu’à des idéologies psychanalytiques (en particulier laca- nienne). En même temps, ce terme est ambigu parce qu’il contient un paradoxe ou une contradiction : il se réfère à la fois à un plan subjectif (psychothérapeutique) et à un plan collectif (institutionnel).

La circulaire du 15 mars 1960 (qui n’est pas encore une loi) donnera la première définition « officielle » du secteur. Elle propose que la taille moyenne des secteurs soit de 67 000 habitants, comporte un service de 200 lits (norme de l’OMS : 3 lits par 1000 habitants) et reçoive des malades des deux sexes (la mixité n’apparaîtra qu’en 1970). Tous les problèmes psychiatriques du secteur doivent être pris en charge : il n’y a pas de rejet possible (pas d’écrémage...). L’équipe médico-sociale doit être intégrée au groupe social.

Les lois du 25 juillet et du 31 décembre 1985 officialiseront enfin le secteur, 25 ans plus tard. Symboliquement importantes, ces lois le sont également dans la réalité, car elles introduisent la notion fondamentale [1900] de budget global. Jusque-là, en effet, les sources de financement de l’hôpital et de l’extrahospitalier étaient différentes et concurrentes. L’hôpital, qui était financé par la Sécurité sociale sous forme de « prix de journée », n’avait aucun intérêt à ce que les malades en sortent, parce qu’il risquait de voir diminuer son budget. Quant à l’extrahospitalier, qui était financé à 20% par le département et à 80% par l’État, il n’avait pas intérêt à augmenter ses activités puisque celles-ci entraînaient un double déficit : pour l’hôpital, privé de « prix de journée », et pour le département et l’État, qui voyaient leurs dépenses s’accroître. Le budget global, au contraire, qui confie l’ensemble de la psychiatrie publique (intra et extrahospitalière) à l’État, par le biais de la Sécurité sociale, fait cesser cette concurrence, favorisant en revanche le développement de l’extrahospitalier, moins onéreux et surtout plus proche de la population en ce qui a trait à la réinsertion et à la réhabilitation. Cette globalisation du budget introduit cependant un nouveau risque, et de taille : celui de l’*hospitalocentrisme,* puisque le budget est géré par l’administration hospitalière...

Le décret et l’arrêté du 14 mars 1986 viennent préciser les dispositions générales des textes de 1985 en instituant et en organisant techniquement les secteurs de psychiatrie générale, les intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile et les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Ils décrivent surtout les équipements possibles, avec ou sans hébergement. On y prévoit ainsi des structures sans hébergement et des structures avec hébergement.

En ce qui concerne les structures sans hébergement, elles comprennent :

- les *centres médico-psychologiques* (anciens dispensaires d’hygiène mentale), soit des « unités de coordination et d’accueil en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostics, de soins ambulatoires et d’interventions à domicile » ;

- les *centres d’accueil permanent,* « habilités à répondre à l’urgence psychiatrique, ouverts *24h/24,* [...] organisant *l’accueil, l’orientation,* et le cas échéant, les soins d’urgence ambulatoire et à domicile nécessaires. Ces centres peuvent comporter *quelques lits* pour des prises en charge ne pouvant dépasser 48 heures » ;

- les *hôpitaux de jour, «*assurant des soins polyvalents prodigués dans la journée » ;

- les *ateliers thérapeutiques, «*utilisant des techniques de soins particulières, groupes ergothérapiques notamment, en vue d’un ré-entraînement à l’exercice d’une activité professionnelle ou sociale » ;

- les *centres d’accueil thérapeutiques à temps partiel,* « visant à maintenir ou à favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapeutique de groupe ».

Quant aux structures avec hébergement, elles ne se limitent plus aux « unités d’hospitalisation à temps complet », mais comportent une panoplie de structures beaucoup plus légères orientées vers la réhabilitation :

- des *centres de crise, «*centres d’accueil disposant de quelques lits permettant des prises en charge intensives et de courte durée pour répondre aux situations d’urgence et de détresse aiguës » ;

- des *hôpitaux de nuit,* « organisant des prises en charge thérapeutiques de fin de journée et une surveillance médicale de nuit » ;

- des *appartements thérapeutiques,* « qui sont des unités de *soins,* à visée de *réinsertion sociale,* mises à la disposition de quelques patients pour des durées *limitées* et nécessitant une présence *importante,* sinon continue, du personnel soignant » ;

- des *centres de postcure,* « unités de moyen séjour destinées à assurer, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins actifs ainsi que les traitements nécessaires à la réadaptation en vue du retour à une existence autonome » ;

- des *services de placement familial thérapeutique,* qui « organisent le traitement des malades mentaux de tous âges placés dans des familles d’accueil pour lesquels le maintien ou le retour à leur domicile ou dans leur famille naturelle ne paraît pas souhaitable ou possible ».

L’arrêté du 24 novembre 1986 fait, entre autres, une distinction importante entre les appartements thérapeutiques et les appartements associatifs, communautaires ou protégés, « destinés à l’hébergement de malades mentaux stabilisés qui nécessitent un appui médicosocial discontinu [...]. À la différence des appartements thérapeutiques, ils sont considérés comme le véritable domicile des patients qui en sont locataires ».

82.5.2. Circulaire du 14 mars 1990

Cette circulaire cherche à contrer le risque d’hospitalocentrisme contenu dans les dispositions de 1985 en [1901] énonçant six axes ou orientations visant fortement la réhabilitation :

1) améliorer les connaissances sur l’état de santé mentale de la population ;

2) donner aux personnes les moyens de résoudre leurs problèmes de santé mentale en les informant et en les éduquant, en améliorant l’accès aux soins, en réalisant la meilleure offre de soins possible, en augmentant la pertinence et la qualité des services, leur diversité, leur souplesse, leur complémentarité, leur coordination et leur potentiel d’évolution. Pour cela, il faut accroître la compétence du personnel au moyen de la formation, de la mobilité, de la participation à la recherche et de l’évaluation des actions, et veiller au respect des droits des patients et de leurs familles ;

3) valoriser l’ensemble des ressources de santé mentale en développant la communication avec la population, entre professionnels et non-professionnels ;

4) prévenir les effets indésirables produits par les systèmes de soins, dont la perte d’autonomie des personnes prises en charge ;

5) participer à l’insertion sociale des personnes malades ;

6) développer une prévention ciblée en agissant sur les situations de risque et de vulnérabilité des individus (notamment les personnes âgées, les enfants et les adolescents).

Ces axes encouragent, on le voit, des initiatives et des transformations, à condition que les équipes soignantes et les directions des hôpitaux le souhaitent...

82.5.3. Loi du 27 juin 1990

Cette loi vient prendre la relève de la loi du 30 juin 1838. On n’entrera pas dans les détails de ce texte majeur qui régit actuellement les différents modes d’hospitalisation en France. On se contentera d’insister sur le fait qu’elle vise la réhabilitation. Cette loi « relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées » introduit plusieurs nouveautés importantes. Ainsi, les anciens placements volontaires ou d’office deviennent des hospitalisations sur demande d’un tiers (HDT) ou des hospitalisations d’office (HO). Un seul certificat ne suffit plus (sauf en cas d’urgence) : il faut maintenant deux certificats, dont un émanant d’un médecin extérieur à l’établissement. Et, surtout, l’hospitalisation libre obtient enfin une reconnaissance légale ! Une autre disposition importante est amenée, celle de la sortie d’essai (selon le mode HDT ou le mode HO), qui, dans la pratique, s’avère fort utile pour pouvoir faire sortir plus rapidement et, plus encore, maintenir à l’extérieur un certain nombre de patients dits lourds. Sans cette disposition, ces patients restaient hospitalisés pour de nombreuses années ou, une fois sortis, ils échappaient à toute prise en charge ambulatoire et revenaient tôt ou tard à l’hôpital dans un contexte souvent dramatique.

82.6. AVENIR ET LIMITES  
DE LA RÉHABILITATION  
PSYCHOSOCIALE

Toutes les actions et les structures imaginées et mises en place par le mouvement associatif, toutes les dispositions légales concernant le secteur contribuent aujourd’hui largement à réhabiliter les malades mentaux. On se heurte néanmoins à un certain nombre de limites difficilement dépassables. Si l’on s’en tient au seul exemple des appartements thérapeutiques — qui constituent pourtant un outil aujourd’hui irremplaçable dans la déshospitalisation —, qu’observe-t-on ?

Goutal, Grossin et Daghero (1992) mentionnent que, à la sortie des appartements gérés par l’Association de promotion des appartements et rencontres thérapeutiques (APART),50% des anciens résidants intègrent un logement indépendant. Beau résultat de réhabilitation ! Mais il faut bien mesurer la limite que contient ce chiffre, puisqu’il signifie que 50% des autres résidants n’ont pu s’autonomiser sur le plan du logement. Que sont-ils devenus ? Certains ont regagné leur famille parentale, d’autres ont été admis ou réadmis en foyer, d’autres enfin ont été hospitalisés ou réhospitalisés. Deux à trois ans plus tard, cette réhabilitation est encore plus faible, puisque 20% seulement des anciens résidants occupent un logement indépendant...

Si l’on essaie d’analyser, au-delà des chiffres, ce qui « résiste », on peut considérer deux ordres de facteurs : les facteurs environnementaux et la psychose.

82.6.1. Facteurs environnementaux

La société actuelle requiert de plus en plus de spécialisations, dont la plupart des psychotiques sont [1902] dépourvus. Par ailleurs, cette société est en crise, et le chômage qui frappe aujourd’hui en France environ trois millions de personnes ne touche pas que les malades mentaux. On compte actuellement en France plus de 500  000 individus sans domicile fixe, et là encore, beaucoup ne sont pas des malades mentaux. Même si l’on estime que la réhabilitation sociale ne passe pas obligatoirement par le travail, il reste qu’un logement décent en constitue l’un des éléments de base. Mais on connaît assez l’état actuel du marché immobilier — au moins dans les grandes villes — pour concevoir que se loger avec une allocation aux adultes handicapés (AAH), une pension d’invalidité en général modeste, un revenu minimum d’insertion (RMI) ou une allocation logement, c’est la quadrature du cercle... Les appartements thérapeutiques ne sont qu’une solution temporaire. Reste l’après : d’appartement thérapeutique en appartement thérapeutique ou associatif, d’appartement associatif en foyer thérapeutique ou associatif, de foyer en retour à la famille faute de mieux à 40 ou à 50 ans, la quête de la réhabilitation sociale, au moins par le logement, de la part de l’ex-résidant des appartements thérapeutiques ressemble au parcours du combattant, qui se solde souvent par l’errance, la clochardisation ou la réhospitalisation à la case départ, quand ce n’est pas le suicide.

Les solutions à ce problème d’environnement sont-elles environnementales ? Pour dire vrai, la société ne parvient même pas, surtout dans le contexte actuel, à régler ses propres problèmes sociaux. Les équipes psychiatriques imaginent alors des lieux de vie — hôtels associatifs, pavillons d’hébergement — qui pourraient, dans certains cas, régler au moins partiellement la lancinante question de la réhabilitation au sortir des appartements thérapeutiques (Vidon et Goûtai, 1995). Il n’en demeure pas moins qu’il s’agit là de solutions ponctuelles, dont le financement est loin d’être assuré si ces structures ne relèvent plus du « soin » proprement dit ; de plus, on peut craindre qu’elles ne recréent insidieusement, au-dehors, des zones de « parking social », à l’opposé de la réhabilitation souhaitée.

82.6.2. Psychose

La psychiatrie sociale s’est beaucoup préoccupée de la réalité extérieure, en imaginant et en créant toutes sortes de formules en remplacement de l’hospitalisation. Si elle ne l’avait pas fait, elle aurait adopté une attitude de déni proche de celle qui caractérise la psychose qu’elle était censée prendre en charge. Mais on peut se demander si elle n’a pas parfois sous-estimé la formidable résistance à toute réhabilitation que constitue la psychose. Celle-ci, en effet, vit la réalité de manière si terrifiante qu’elle ne peut que l’exclure, la forclore, l’halluciner ou délirer à son sujet. Les équipes soignantes ont donc également pour tâche de prendre en considération cette dimension subjective de la folie qu’un certain activisme dans le « tout-alternatif » ou le « tout-pharmacologique » a pu parfois faire oublier à certains. Il faut, par conséquent, revenir à la clinique, et à la psychodynamique, sans retomber pour autant dans l’autre piège du signifiant magique.

\*  
\* \*

On doit aujourd’hui se poser d’autres questions : n’est-on pas parfois en train de recréer au-dehors l’asilisation que l’on a cru abolir au-dedans ? Et ce de façon d’autant plus insidieuse qu’elle est moins visible que l’énorme concentration asilaire d’antan ? Est-on suffisamment attentif aux difficultés extrêmes auxquelles se heurtent les malades mentaux dans leur rencontre avec la société ? Faut-il tenter de les réadapter encore, de gommer leur folie ? Ou faut-il au contraire prendre résolument le problème à l’inverse et faire comprendre à la société qu’elle doit tenir compte de la diversité de ses concitoyens et les admettre tous, y compris ceux qui se montrent singuliers ?

La réhabilitation de la « folie » — c’est-à-dire la revendication d’un droit à une certaine « folie » — est une tâche prioritaire au moment où le discours technocratique et libéral, au nom du « réalisme », tend chaque jour un peu plus à étouffer et à exclure le citoyen.

[1903]

Bibliographie

BETTATI, M., et KOUCHNER, B.

1987 *Le devoir d'ingérence*, Paris, Denoël.

FOURQUET, F., et MURARD, L.

1975 Histoire de la psychiatrie de secteur, Paris, Éditions Recherche, coll. « Encres ».

GAGNÉ, G « et LALONDE, P.

1996 Réadaptation : enjeux, stratégies, approches », *Nervure*., vol. 9, n° 1, p. 22-32.

GOUTAL, M.

1994 « Intérêts et limites de la réhabilitation psychosociale dans le cadre des appartements thérapeutiques », *Nervure*, vol. 7, n° 3, p. 42-44.

GOUTAL, M., GROSSIN, J., et DAGHERO, P.

1992 « Projet thérapeutique global et évaluation du devenir des anciens résidents des appartements thérapeutiques », dans G. Vidon, P. Halmos et M. Goutal, *Situations européennes de l'hébergement thérapeutique*, Toulouse, Érès, p. 253-260.

LlBERMAN, R.P.

1991 *Réhabilitation psychiatrique des malades mentaux chroniques*, Paris, Masson.

MASSÉ, G., JACQUART, A., et CIARDI, A.

1987 *Histoire illustrée de la psychiatrie en 41 leçons et résumés*, Paris, Dunod.

TAWIL, S., et GOUTAL, M.

1984 « Associations et organismes français d'hygiène mentale », *Encyclopédie médico-chirurgicale*, Paris, Psychiatrie, t. VI, 37-960-A.40.

VIDON, G., et GOUTAL, M.

1995 « Lieux de vie - lieux de soins », *Encyclopédie médico-chirurgicale*, Paris, Psychiatrie, t. VI, 37-876-A.70.

Lectures complémentaires

AGULHON, M.

1988 « L'histoire sociale et les associations », *Revue de l'économie sociale*, vol. 4, p. 35-41.

TESSIER, L., et CLÉMENT, M.

1992 *La réadaptation psycho-sociale en psychiatrie*, Boucherville, (Québec), Gaétan Morin Éditeur.

Adresses utiles [[18]](#footnote-18)

Information, sensibilisation, prévention et formation

Association française des centres de consultation conjugale

228, rue de Vaugirard

75015 PARIS

Tél. : 01.45.66.50.00

Association mondiale pour la réadaptation psycho-sociale (AMRP)

31, rue de la Brèche-aux-Loups

75012 PARIS

Tél. : 01.43.96.61.10

Association pour la formation, l’animation et la recherche (AFAR)

46, rue Amelot

75011 PARIS

Tél. : 01.48.05.31.51

Centre d’entraînement aux méthodes d’éducation active (CEMEA)

76, boul. de la Villette

75019 PARIS

Tél. : 01.40.40.43.43

Centre technique national d’études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations ([CTNERHI](http://classiques.uqac.ca/contemporains/handicap_et_inadaptation/))

236 bis, rue Tolbiac

75013 PARIS

Tél. : 01.45.65.59.00

Écoles des parents et des éducateurs

5, impasse Bon-Secours

75011 PARIS

Tél. : 01.44.93.44.70

Fédération nationale des associations

de croix marine d’aide à la santé mentale 31,

rue d’Amsterdam

75008 PARIS

Tél. : 01.45.96.06.36

Groupe de recherche européen en accueil familial (GREPFA)

7, rue des Attrebates, B.P. 78

1040 BRUXELLES

Ligue française d’hygiène mentale

11, rue Tronchet

75008 PARIS

Tél. : 01.42.66.20.70

[1904]

Alcoolisme

Alcooliques Anonymes

21, rue Trousseau

75011 PARIS Tél. : 01.48.06.43.68

Comité national de défense contre l’alcoolisme

20, rue Saint-Fiacre

75002 PARIS

Tél. : 01.42.33.51.04

Croix Bleue

47, rue Clichy

75009 PARIS

Tél. : 01.42.85.30.74

Croix d’Or française

10, rue Messageries

75010 PARIS

Tél. : 01.47.70.34.18

Toxicomanie

Centre d’accueil et d’aide aux toxicomanes

(CAAT 92)

9, av. Beauséjour

92500 RUEIL MALMAISON

Tél. : 01.47.49.29.66

Centre départemental d’aide aux toxicomanes

122, boul. Carnot

78200 MANTES-LA-JOLIE

Tél. : 01.30.63.77.90

Centre de toxicomanie

Hôpital Sainte-Anne,

1, rue Cabanis

75014 PARIS

Tél. : 01.45.65.80.64

Centre Didro-drogues et jeunesse

9, rue Pauly

75014 PARIS

Tél. : 01.45.42.75.00

Centre Marmottan

19, rue d’Armaillé

75017 PARIS

Tél. : 01.45.74.00.04

Clinique Liberté

30, rue de la Liberté

92220 BAGNEUX

Tél. : 01.43.36.11.20

Espace Murger

Hôpital Fernand Widal,

200, rue du Faubourg Saint-Denis

75010 PARIS

Tél. : 01.40.05.45.45

Le Trait d’Union

154, rue du Vieux-Pont-de-Sèvres

92100 BOULOGNE BILLANCOURT

Tél. : 01.41.44.98.01

Sida

AIDES

247, rue de Belleville

75019 PARIS

Tél. : 01.44.52.00.00

ARCAT-SIDA

13, boul. Rochechouart

75009 PARIS

Tél. : 01.49.70.85.90

Association des jeunes contre le sida (AJCS)

36, rue Geoffroy-Lasnier

75004 PARIS

Tél : 01.44.78.00.80

Centre régional d’information et de prévention DU SIDA (CRIPS)

192, rue Lecourbe

75015 PARIS

Tél. : 01.53.68.88.88

Dessine-moi un mouton

35, rue Lune

75002 PARIS

Tél. : 01.40.28.01.01

Sol En Si (Solitude-Enfants-Sida)

41, av. René-Coty

75014 PARIS

Tél. : 01.43.22.42.81

35, rue Duris

75020 PARIS

Tél : 01.43.49.63.63

Vaincre le sida (VLS)

41, rue Volte

75003 PARIS

Tél. : 01.44.78.75.50

Associations de parents et de familles  
de malades mentaux

Union nationale des associations de parents D’ENFANTS INADAPTÉS (UNAPEI)

15, rue Coysevox

75018 PARIS

Tél. : 01.44.85.50.50

Union nationale des amis et familles de malades MENTAUX (UNAFAM)

12, Villa Compoint

75017 PARIS

Tél. : 01.42.63.03.03

Aide aux élèves et aux étudiants

Fondation santé des étudiants de France

8, rue Émile-Deutsch-de-la-Meurthe

75014 PARIS

Tél. : 01.45.89.43.39

[1905]

Mutuelle nationale des étudiants de France (MNEF)

3, rue Fontaines, B.P. 1003

95003 CERGY CEDEX

Tél : 01.30.75.08.20

Aide aux enseignants

Mutuelle générale de l’éducation nationale (MGEN)

34, place Raoul-Dautry

75015 PARIS

Tél. : 01.40.47.20.20

Aide aux usagers de la psychiatrie

Fédération nationale des associations de patients et ex-patients des services « psy »

(FNA PSY)

17 rue Waldeck-Rousseau

94600 CHOISY LE ROI

Lutte contre l’isolement et l’exclusion

Association Françoise et Eugène Minkowski

18, rue Saulnier

75011 PARIS

Tél. : 01.44.79.96.40

Association pour adultes et jeunes handicapés

(APAJH)

26, rue du Chemin Vert

75011 PARIS

Tél. : 01.48.07.25.88

ATD Quart-Monde

107, av. du Général-Leclerc

95480 PIERRELAYE

Tél. : 01.30.37.11.11

Emmaüs

32, rue des Bourdonnais

75001 PARIS

Tél. : 01.42.33.61.06

Fédération nationale des associations d’accueil et de réadaptation sociale (FNARS)

76, rue du Faubourg Saint-Denis

75010 PARIS

Tél. : 01.45.23.39.09

Secours catholique

106, rue du Bac

75007 PARIS

Tél. : 01.43.20.14.14

Secours populaire

9-11, rue Froissart

75003 PARIS

Tél. : 01.42.74.71.01

SOS Amitié

Paris et région parisienne

Tél. : 01.42.93.31.31 ; 01.42.96.26.26

Union des Centres « Recherche et rencontre »

61, rue de la Verrerie

75004 PARIS

Tél. : 01.42.78.79.10

Associations pour la réinsertion professionnelle

Association nationale de gestion du fonds pour l’insertion professionnelle des handicapés (AGEFIPH)

192, av. Aristide-Briand

92220 BAGNEUX

Tél. : 01.46.11.01.55

Association pour l’insertion professionnelle et sociale (AIPS) : L’Imagerie

10 place de la Carpe

91170 VIRY CHATILLON

Association XIII Voyages

5, rue Guillaume-Colletet

94150 RUNGIS

tél. : 01.46.86.44.45

Établissements de soins et structures remplaçant l’hospitalisation

Association Aurore

1, impasse du Labrador

75015 PARIS

Tél. : 01.48.58.50.97

Association CAPAS 4

Centre hospitalier universitaire de Pointe-à-Pitre B.P. 465

97159 Pointe-à-Pitre CEDEX

Guadeloupe

Association de promotion des appartements et rencontres thérapeutiques (APART)

31 bis, rue Fernand-Pelloutier

92100 BOULOGNE BILLANCOURT

Tél. : 01.55.38.93.39

Association de santé mentale et de lutte contre l’alcoolisme

rue Albert-Bayet

75013 PARIS

Tél. : 01.45.85.73.63

Association française de foyers, appartements et logements thérapeutiques et associatifs (ASFFALTA)

Hôpital Esquirol, 57, rue du Maréchal-Leclerc

94229 SAINT MAURICE

Tél. : 01.43.96.63.63

Association pour l’étude de la promotion de structures intermédiaires (ASEPSI)

55, av. Mathurin-Moreau

75019 PARIS

Tél. : 01.46.07.83.76

[1906]

Association santé mentale et communauté

136, rue Louis-Becker

69100 VILLEURBANNE

Tél. : 04.78.68.26.16

Centre de post-cure et de réadaptation sociale agricole de l’ouest (CRSAO) à Billiers (Morbihan)

Domaine des Prières

Tél. : 01.97.26.60.03

L’Élan Retrouvé

23, rue de la Rochefoucauld

75009 PARIS

Tél. : 01.49.70.88.88

Entraide et Amitié

Centre hospitalier Paul Guiraud, 54, av. de la République

94806 VILLEJUIF CEDEX

Tél. : 01.42.11.72.19

Le Vent du Large

44, rue Carves

92120 MONTROUGE

Tél. : 01.40.92.00.30

Société d’hygiène mentale d’Aquitaine

290, boul. du Président Wilson

33000 BORDEAUX

Tél. : 05.56.17.12.12

Société parisienne d’aide à la santé mentale

(SPASM)

31, rue de Liège

75008 PARIS

Tél. : 01.43.87.60.51

[1907]

[1908]

**Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale**Tome 2. Spécialités, traitements, sciences fondamentales  
et sujets d’intérêt

SIXIÈME PARTIE  
*Sujets d’intérêt*

Chapitre 83

ÉVOLUTION  
DES SERVICES  
PSYCHIATRIQUES  
AU QUÉBEC

[Retour à la table des matières](#tdm)

Hubert Wallot, M.D., Ph.D., F.R.C.P.C., F.A.P.A.

Psychiatre au Centre hospitalier Robert-Giffard (Québec)

Professeur à la Télé-Université du Québec

[1909]

**PLAN**

83.1. La folie en liberté chez les Amérindiens et les Français (avant 1760)

83.2. Aliénation mentale et asile (1760-1920)

83.3. Causes de la dégénérescence de l’asile au Québec

83.4. Hôpital psychiatrique universitaire québécois : un demi-siècle de « renfermerie » (1910-1960)

83.5. Évolution des connaissances au 20e siècle

83.6. Évolution des soins mentaux en Amérique au 20e siècle

83.7. « Révolution psychiatrique » au Québec (1962-1972)

83.8. Vers un système intégré de soins

83.9. Politique de santé mentale

83.10. Émergence du paradigme de la santé publique

83.11. Réformes concrètes

Bibliographie

Lectures complémentaires

[1910]

Décrire l’évolution des services psychiatriques isolément des concepts psychopathologiques et du contexte de l’époque, c’est méconnaître les facteurs qui la façonnent et qui lui donnent un sens. Le présent chapitre ne constitue pas un historique établi avec un regard neutre. Il ne cherche pas à fournir une somme de renseignements utiles, comme une nomenclature ou une énumération de services ou d’institutions existantes. En effet, ces dernières s’avèrent de plus en plus promises à une rapide désuétude, particulièrement en cette période-ci, marquée par la diversité locale et régionale et par la fugacité. Ce chapitre vise à cerner les moments d’une trajectoire historique de même qu’à servir de guide dans le monde actuel des services de santé mentale. C’est donc un point de vue personnel qui est présenté ici, d’où une plus grande importance donnée à certains aspects au détriment d’autres.

Cinq constantes semblent se dégager de l’histoire organisationnelle de la prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux :

1. Cette prise en charge traduit toujours une ambivalence, sous forme d’une oscillation entre l’exclusion et l’inclusion : d’une part, l’exclusion du milieu social habituel et même du milieu de soins habituel dans le cas des maladies dites physiques au profit d’un milieu thérapeutique spécifique dans le cas d’une maladie présumée spécifique ; d’autre part, l’inclusion dans ces mêmes milieux au nom de l’humanisme ou encore d’une conception uniforme de la santé, fût-elle purement biologique ou encore bio-psycho-sociale.

2. Dans ces mouvements de balancier, chaque réforme est précédée de scandales retentissants à propos des soins en vigueur, comme si, en raison d’un savoir insuffisant, seul un sursaut d’humanisme, parfois assorti de l’intérêt d’un groupe, pouvait rendre possible le changement.

3. À chaque époque, l’évolution de l’organisation est étroitement liée à l’état des connaissances et de la maîtrise thérapeutique, de même qu’à l’idée qu’on se fait du trouble mental.

4. Chaque époque élabore des normes pour contrôler les patients agressifs ou agités, oscillant entre la protection humaniste du patient et celle des autres.

5. Dans l’évolution organisationnelle, à la faveur des diverses influences, il y a des « fixations » (arrêts de l’évolution) comme dans le développement de l’individu. Si bien qu’on retrouve, à chaque époque, comme dans chaque milieu géographique, des organisations anachroniques et d’autres avant- gardistes.

83.1. LA FOLIE EN LIBERTÉ CHEZ LES AMÉRINDIENS ET LES FRANÇAIS (AVANT 1760)

Pour les Amérindiens, la folie est en relation avec la magie ou les mauvais esprits. La conduite à suivre consiste à faire appel au sorcier, qui pratique des rites comportant des danses, des sacrifices d’animaux, parfois des saignées, des jeûnes, des festins, des bains de vapeur, l’utilisation des rêves quant aux cadeaux à faire dans les rituels mis en branle qui mobilisent la communauté entière (Cellard, 1991).

Chez les Français d’Amérique, les individus souffrant de folie, s’ils vivent en milieu rural, connaissent une grande liberté ; en milieu urbain, ils vont en prison s’ils sont violents, autrement on les dirige vers l’hôpital. À l’époque, ce dernier est une institution communautaire d’hébergement « dans la tradition chrétienne d’aide aux plus démunis et de support aux victimes des fléaux épidémiques et autres maux sociaux » (Berlinguet, 1985, p. 354). La méconnaissance de la valeur de l’hygiène et la grande prévalence des maladies infectieuses y provoquent une contagion importante avec les taux de mortalité élevés qui y correspondent. Ses principaux acteurs sont des religieux et des bénévoles. L’Hôtel-Dieu, comme l’a dit Mgr Bruchési, était ainsi « une maison sainte, construite par Dieu, caché souvent sous les traits d’un bienfaiteur, et où Dieu, caché sous les traits d’un pauvre malade, est accueilli par Dieu, caché sous les traits d’une Vierge » (Lahaise, 1973), en l’occurrence une religieuse.

83.2. ALIÉNATION MENTALE ET ASILE (1760-1920)

Sous le Régime anglais, en contrepoint d’une industrialisation tardive du Canada français demeuré rural, survient une certaine immigration qui est décidée par la métropole et qui vise deux buts convergents : débarrasser l’Angleterre des indigents et indésirables (notamment les catholiques irlandais et même écossais) [1911] et angliciser le Canada français par une immigration anglophone. Cela accroît l’indigence et l’errance urbaines, que l’on confond souvent avec la folie. Deux raisons conduiront à déplacer de plus en plus de la prison à l’hôpital les errants dérangeants : d’abord, le surpeuplement des prisons, surtout au début du 18e siècle ; ensuite, l’accroissement de l’indésirabilité du fou pour les autres prisonniers et le personnel (des employés du gouvernement), en raison de son indiscipline indomptable et de son agitation. Il n’en est pas pour autant désiré dans les hôpitaux, car ceux-ci sont divisés en grandes salles communes, sans installations pour l’isolement des agités. Une solution apparaît : sur le terrain même de l’hôpital, on construit un édifice distinct, dit « maison de force », comportant des loges ou cellules individuelles permettant l’isolement et la contrainte.

À la fin du 19e siècle survient une définitive médicalisation des troubles mentaux, avec Pinel, qui innove de trois façons :

1. Il remplace le mot « folie », trop large et trop frivole, par une expression plus stricte et médicale, l’aliénation mentale. Malgré ses causes biologiques (hérédité, constitution, tempérament, etc.), psychologiques (passions, excès d’alcool, manières de vivre, abus des plaisirs vénériens ou continence excessive, etc.) et sociales (éducation vicieuse), malgré, donc, ce modèle étiologique bio-psychosocial, il s’agit d’une maladie unique aux expressions cliniques diverses pouvant même se succéder chez le même individu. Comme malade, l’aliéné doit être séparé des malfaiteurs, mais aussi des autres malades et de ceux qui ont des troubles mentaux d’origine toxique ou infectieuse, car les traitements physiques ne lui conviennent pas.

2. Selon Pinel, la folie n’est jamais totale. Il subsiste toujours une partie psychique saine, que visera son invention, le traitement moral concernant l’esprit et non le physique. Voilà sa révolution, qui exige à ce titre une institution particulière, entièrement rationnelle, sous l’autorité sans partage d’un individu (l’aliéniste).

3. Pinel affirme qu’il faut observer systématiquement en vue de mieux traiter :

C’est répandre peu de lumière sur les moyens propres à guérir la manie, que s’en tenir à des maximes générales connues même des anciens sur l’art de consoler les aliénés, de leur parler avec bienveillance, de leur donner quelquefois des réponses évasives pour ne point les aigrir par des refus, de leur imprimer d’autres fois une crainte salutaire, et de triompher sans aucun acte de violence de leur obstination inflexible. Ce sont, pour ainsi dire, des vérités stériles, si on ne détermine par des observations précises les circonstances de lieux, du temps, du caractère de l’aliéné, de la nature particulière de ses égarements, des lésions variées des facultés morales. (Pinel, 1801, p. 46-47.)

Pinel ne fait donc pas que libérer le fou des chaînes, comme le veut la légende, mais il invite surtout à une démarche « scientifique » d’observation clinique systématique complétée par des compilations statistiques.

La notion d’institution thérapeutique séparée et rationnelle, sans équivaloir à la notion humanitaire d’asile qui se répand, va faciliter l’implantation de celui-ci. En effet, dès 1791, l’Anglais William Tuke avait fondé The Retreat pour offrir à ses coreligionnaires quakers un lieu privilégié pour la guérison dans une atmosphère familiale et religieuse, où règne la discipline du travail. Le succès rapide du concept d’asile tient non seulement à l’influence humaniste du siècle des Lumières, mais aussi à un contexte socioéconomique marqué par l’exode rural dans la foulée de l’industrialisation, puis par l’accroissement en conséquence de l’indigence urbaine, ce qui coïncide également avec la création de pénitenciers, de maisons de redressement et « d’autres institutions dites de charité [...] dans le but de faire de ces individus des êtres moraux et productifs » (Cellard et Nadon, 1986).

Le premier asile canadien, le Montreal Lunatic Asylum, n’apparaît qu’en 1839, sous forme d’asile temporaire au troisième étage de la prison de Montréal. Un relevé ethnique de ses pensionnaires montre une nette sous-représentation francophone (42%). En effet, plutôt rurale, « la société canadienne-française n’était tout simplement pas prête encore à accepter aussi facilement d’envoyer ses malades à l’asile » (Cellard et Nadon, 1986). Comme dans le cas de la prison, l’asile se surpeuple rapidement : en signe de protestation, les commissaires responsables démissionnent en réclamant un asile permanent adéquat.

Le premier asile permanent québécois (le futur Hôpital Saint-Michel-Archange, devenu par la suite Robert-Giffard) est construit à Beauport en 1848 par le docteur James Douglas, qui a déjà, avant la lettre, une conception bio-psycho-sociale de la maladie [1912] mentale et de son traitement. Selon lui, l’aliénation peut découler :

1) de causes héréditaires, la stabilité de la population francophone facilitant ce constat ;

2) de causes socioéconomiques (dissidence religieuse ou pauvreté) ;

3) de mauvaises habitudes (intempérance ou masturbation).

Cependant, selon une théorie alors émergente qui persiste aujourd’hui, Douglas croyait que les dérangements fonctionnels (les symptômes) de la folie ont tendance, lorsqu’ils sont maintenus longtemps, à inscrire une lésion structurelle (organique) irréversible. D’où l’importance d’un traitement précoce qui, à l’époque, était le traitement asilaire [[19]](#footnote-19). Ce dernier consiste en une thérapie de milieu dont les divers volets visent les causes présumées de la maladie, notamment :

- par une bonne hygiène physique ;

- par le travail ;

- par un bon milieu social ;

- par une retraite géographique à la campagne à l’abri de la turbulence urbaine, peut-être sous l’influence lointaine et indirecte du retour à la nature de Rousseau.

À Montréal, un nouvel asile francophone (Saint- Jean-de-Dieu, ancêtre de l’actuel Hôpital Louis-H. Lafontaine) voit le jour en 1873, confié par le gouvernement à une communauté religieuse, comme le sera en 1893 l’asile de Beauport. Par ailleurs, dans la foulée d’un débat politique persistant au sujet de la qualité des soins donnés aux malades mentaux et du mode per capita de versement des subsides, les anglophones commencent à se mobiliser. En outre, la dénonciation des asiles québécois par la philanthrope Dorothea Dix, en 1843-1844, puis, en 1884-1885, par le frère du réformateur Tuke ainsi que la contestation par ses proches de la détention d’une dame Lynam à l’asile montréalais amènent les anglophones à créer le Verdun Protestant Hospital (ancêtre du Douglas Hospital). Les trois asiles sont désormais de grande taille et érigés en périphérie des deux grandes villes ; ils sont donc loin des milieux d’origine d’un grand nombre de leurs malades, qui s’y retrouvent peu ou pas visités et éventuellement déracinés socialement, si d’aventure ils s’avisent d’aller mieux.

Les critiques croissantes obligent le gouvernement, bailleur de fonds, à imposer son contrôle, d’abord par le biais de la nomination de médecins visiteurs, puis par l’accroissement de leurs pouvoirs et, enfin, par l’adoption d’une loi dite loi Ross (1885) qui conférait au gouvernement le pouvoir de nommer le bureau médical des asiles. Après l’échec de ses tentatives, la remise en question de la loi Ross et de nouveaux contrats avec les religieuses (1893, 1897), le gouvernement croit trouver la solution dans la transformation des asiles en hôpitaux psychiatriques universitaires, ce qui introduit un tiers plus neutre : l’Université, qui a notamment pour fonction de fournir au gouvernement une liste de candidats où il choisira le surintendant médical de l’asile en cause.

83.3. CAUSES DE  
LA DÉGÉNÉRESCENCE DE L’ASILE  
AU QUÉBEC

L’asile, même en devenant hôpital universitaire, dégénère pourtant en la renfermerie dont parlait Esquirol, et ce pour deux raisons plus intimement liées qu’il n’y paraît à première vue.

La première raison est pratique : c’est l’échec du traitement asilaire, au début attribué à l’arrivée trop tardive du malade dans l’asile, puis reconnu même chez les jeunes malades.

La deuxième raison tient à l’évolution de la pensée médicale en faveur d’une conception de la folie comme maladie du cerveau. Georget, Pinel, puis Esquirol ne s’intéressaient pas à la cause de l’aliénation, sans doute « [par] crainte de se trouver en opposition avec des opinions philosophiques et religieuses [...]. Ils ont considéré [...] les désordres des facultés intellectuelles sans le cerveau qui est indispensable à leur manifestation ; en sorte que de cette manière, ce sont les symptômes qui constituent la maladie, au lieu du trouble organique qui lui donne naissance » (Georget, 1821, p. 19).

En 1864, Falret s’en prend violemment à ses prédécesseurs, principalement au caractère unitaire de l’aliénation, à leur démonstration tautologique des monomanies (p. ex., le meurtrier est atteint d’une monomanie homicide ; à preuve, il tue), à l’ignorance du fait que certaines manies pouvaient s’avérer fébriles et parfois indiscernables du délire aigu toxique ou infectieux, ce qui remet en cause la distinction absolue entre l’aliénation mentale et d’autres maladies [1913] relevant de la médecine. Dans la même période où Darwin publie *De l’origine des espèces par voie de sélection naturelle*, Morel publie son *Traité des dégénérescences,* la dégénérescence correspondant à une déchéance par rapport à un type humain primitif qui se caractérise par la domination du moral sur le physique, cette relation étant inversée chez le dégénéré. Le processus dégénératif se déroule, d’une part, sur le plan individuel selon des causes variées (intoxications, alcool, paludisme, etc., et milieu social) et, d’autre part, sur le plan des générations par l’hérédité, selon la *loi de la progressivité* qui implique une succession de quatre classes d’aliénation. Défenseur de Morel, Magnan (1890) va plus loin que Falret en faisant des troubles du comportement des maladies. Si certains exhibitionnistes doivent être considérés comme des malades mentaux, c’est parce que, outre ce trait, ils souffrent de stigmates psychiques de dégénérescence, à savoir des impulsions et des pensées obsédantes. Magnan parle aussi d’états mixtes, domaine à partager avec la neurologie alors naissante : démence sénile, hystérie, épilepsie, troubles dus à l’alcool et à d’autres toxiques exogènes. Il lorgne le modèle de la maladie médicale légué par Sydenham au 17e siècle. La maladie y est caractérisée par un groupe de symptômes qui évolue de manière typique chez un patient et qui se retrouve de façon identique soit chez le même patient à l’occasion d’une rechute, soit chez d’autres patients. Le 19e siècle voit la naissance de l’étiologie et introduit la notion de syndrome, qui réunit plusieurs symptômes et signes constituant une entité clinique reconnaissable. La doctrine de Magnan est introduite au Canada par le docteur Bourque qui, dès 1886, cite la classification du « maître » Magnan entendue à ses cours. Elle est ensuite reprise par le docteur Duquet (1888), puis par le docteur Brochu quelques années plus tard. En 1896, Kraepelin soutient, au sein du milieu médical germanique, que la psychiatrie a fait suffisamment de progrès pour qu’on puisse employer le terme de maladie.

83.4. HÔPITAL PSYCHIATRIQUE  
UNIVERSITAIRE QUÉBÉCOIS :

UN DEMI-SIÈCLE  
DE « RENFERMERIE » (1910-1960)

Un modèle français neuropsychiatrique et fataliste de la maladie mentale prévaut donc au début du 20e siècle, surtout en milieu francophone. L’affiliation universitaire des trois grands hôpitaux psychiatriques québécois vers les années 10 n’est qu’une occasion d’occulter le fait que l’enseignement (donc, un certain regard critique) quitte peu à peu les grands hôpitaux psychiatriques (Keating, 1993), puisque, au même moment, les surintendants médicaux des trois hôpitaux psychiatriques sont remplacés par des personnes qui n’occupent pas, comme eux, des postes de professeur. En outre apparaissent deux petits établissements : à Montréal, l’Institut Albert Prévost et, à Québec, la Clinique Roy-Rousseau émergent comme lieux de traitement de maladies mentales qui sont traitables rapidement et qui ne requièrent pas l’internement. L’enseignement universitaire s’y déplace progressivement. À travers ces établissements, on prépare la création de départements de psychiatrie dans les hôpitaux généraux, c’est-à-dire de milieux destinés à des malades moins atteints par la maladie, aménageant ainsi subtilement une ségrégation des malades mentaux entre ceux, plus curables, dont on s’occupe et ceux, moins curables, dont on s’occupe moins.

Pendant ce temps, les hôpitaux psychiatriques se remplissent et reçoivent tant les malades souffrant de psychose que les épileptiques, les « gâteux », les personnes difformes ou les enfants « arriérés » ou déclarés tels [[20]](#footnote-20). Dans les milieux anglophones, notamment le Douglas Hospital et l’Allan Memorial, on demeure à l’avant-garde des traitements. Dans les hôpitaux francophones, le contrôle qu’exercent les religieuses prend l’allure d’un redressement moral. Elles distinguent les bons et les mauvais malades et récompensent les uns, châtient les autres sous diverses formes, tout cela en s’appuyant sur d’autres critères que les critères médicaux. Ce fait n’échappera pas à la future Commission d’étude des hôpitaux psychiatriques dont le rapport soulignera :

La religieuse hospitalière valorise les trois vertus qu’elle entend pratiquer pour accéder à la perfection : la chasteté, la pauvreté et l’obéissance. Elle cherche à faire de sa salle une extension de sa communauté où la prière et la méditation sont cultivées. [...] Faute de comprendre le comportement pathologique, elle tente de régir celui-ci par des solutions uniformes [...] par l’autorité. (Bédard, Lazure et Roberts, 1962, p. 21. [1914]

Vu le nombre insuffisant de médecins et sa situation juridique, et nonobstant l’affiliation universitaire, « l’hôpital était un espace vide de tout pouvoir médical [...]. Il suffisait de garder, de nourrir [...]. Dès lors, le seul pouvoir qui trouvait à s’exercer dans l’hôpital [...] était celui de la religieuse garde-malade ou de l’économe » (Raymondis, 1966, p. 117). Les deux grands hôpitaux psychiatriques francophones étaient légalement des municipalités. Ils avaient leur ferme, leur cimetière, leur dentiste, leur barbier, leur chapelle, leur police, etc. Leur taille gigantesque les obligeait à demeurer en nombre restreint et à servir une population parfois très lointaine sur le territoire, ce qui brisait les liens sociaux d’origine.

83.5. ÉVOLUTION DES CONNAISSANCES AU 20e SIÈCLE

Au cours de la première moitié du 20e siècle, l’évolution des connaissances sur le plan neurologique, la découverte plus ou moins fortuite de divers traitements organiques et l’influence de la psychanalyse conduisent la pratique psychiatrique vers une nécessaire transformation radicale. Kraepelin élargit le champ de la psychiatrie avec, outre l’usage du concept de maladie, la définition des maladies psychiatriques psychogènes (psychoses carcérales et psychoses des quérulents). Certains auteurs — Jackson, Sherrington et surtout Goldstein avec ses études des blessés de guerre — innovent en proposant de nouveaux concepts. Par ailleurs, la psychologie expérimentale progresse, notamment ses orientations comportementalistes (Watson, Pavlov et, plus tard, Skinner) et gestaltistes (Wertheimer, Koffka). De son côté, la psychanalyse, introduite par Freud au début du siècle, fleurit d’abord en milieu anglo-saxon, puis, vers les années 50, en France, à une époque où beaucoup de psychiatres québécois s’y formeront. Freud avance une conception d’abord psychogénétique de la psychopathologie, qui se reflète entre autres dans le repérage d’un sens inconscient du symptôme. Il réduit la frontière entre le normal et le pathologique, notamment dans le rapprochement entre le rêve et l’état psychotique, entre le rituel obsessionnel et le rite religieux, et dans l’analyse du mot d’esprit et du lapsus. Il contribue ainsi à déstigmatiser les troubles mentaux et à défier le fatalisme thérapeutique. Outre les multiples bureaux privés de psychologie clinique qui naîtront hors des hôpitaux psychiatriques, pour les psychopathologies moins graves, il faut mentionner, sous l’influence d’Anna Freud, un champ d’intervention nouveau, la prévention, à travers la mise en place des cliniques de guidance qui font de la prévention primaire par l’éducation et de la prévention secondaire par le dépistage précoce des problèmes de santé mentale.

Dans les années 50, on sent le besoin de procéder à une synthèse. En France s’impose Henri Ey, qui conçoit le réel comme une hiérarchie de trois domaines, chacun assurant le fondement du suivant, qui le dépasse radicalement, mais en dépend : la matière, la vie, l’esprit. Les maladies sont ainsi des déstructurations de fonctionnement propres à la vie ; le système nerveux central représente l’organisation de l’être vivant qui, chez l’homme, rend possibles l’esprit et la liberté.

De leur côté, les progrès thérapeutiques viennent modifier la nosographie et les théories. D’abord, l’évolution de la thérapeutique consacre l’efficacité de certains traitements : c’est le cas, par exemple, pour le myxœdème (traitement par l’iode en 1891), pour la pellagre (traitement par la niacine en 1914), pour la paralysie générale (malariathérapie en 1918, puis traitement par la pénicilline en 1943). Ces succès appuient le recours au paradigme biomédical pour l’investigation des maladies considérées auparavant comme psychiatriques. Mais une fois qu’elles sont biologiquement guérissables et donc étiologiquement validées, ces vraies maladies cessent d’être qualifiées de psychiatriques [[21]](#footnote-21). Pour d’autres pathologies psychiatriques, on trouve aussi des traitements qui sont généralement éphémères. Chaque fois, on observe un enthousiasme initial, statistiques à l’appui, et, plus tard, arrivent les décevantes statistiques à long terme : ce sont d’abord l’asile et le traitement moral, puis l’opium, les bromures (1850), la belladone, le chanvre (cannabis in- dica) et le conium, tous aujourd’hui oubliés. Viennent ensuite des médicaments encore utiles mais qui ne sont pas vraiment des traitements : le chloral (1869), la paraldéhyde (1882) et les barbituriques (1903). Par la suite apparaissent de présumés traitements pour la schizophrénie, soit, en 1927, l’insulinothérapie de Sakel, puis, en 1934, la convulsivothérapie au métrazol de Meduna, suivie, en 1938, des électrochocs avec [1915] Cerletti et Bini qui finissent par s’avérer efficaces, mais sans durabilité, surtout dans la psychose maniaco-dépressive (1948). La réalisation la plus importante de ces découvreurs de traitements est moins d’avoir proposé un traitement nouveau que d’avoir contribué à changer l’attitude pessimiste qui prévalait notamment à l’égard de la schizophrénie.

Enfin, une formidable innovation pharmacologique survient, soit l’introduction du premier neuroleptique, la chlorpromazine, par Delay et Deniker, en 1952, expérimentée ensuite en Amérique au Verdun Protestant Hospital par Heinz Lehmann. Cette molécule modifie en profondeur l’organisation des services psychiatriques dans la décennie qui suit, car elle amorce un vidage massif des institutions psychiatriques (Overholser, 1956). Puis, on met au point le premier antidépresseur, l’imipramine, et une série de neuroleptiques et d’antidépresseurs. Au début des années 60 apparaissent les benzodiazépines et le lithium. D’autres molécules viennent ensuite, sans introduire de changements aussi importants jusqu’à l’arrivée des nouveaux antipsychotiques atypiques dans les années 90. Désormais, surtout avec cette « révolution tranquillisante », on peut, sans les guérir, atténuer la symptomatologie « positive » des grands malades de façon à permettre leur vie hors de l’hôpital, c’est-à-dire la désinstitutionnalisation ou l’évitement de l’institutionnalisation. Cette pharmacopée efficace rapproche encore plus la psychiatrie de la médecine et relance la recherche sur la nature des psychopathologies graves à partir de l’étude des mécanismes d’action des médicaments jugés efficaces.

Entre-temps, poussant aussi au changement, de sérieuses critiques sont formulées contre les hôpitaux psychiatriques nord-américains. En 1959, Russel Barton décrit la « névrose institutionnelle », une pathologie apparaissant après plusieurs années d’hospitalisation et comportant des caractéristiques qu’on croyait alors induites par le séjour prolongé à l’asile. Il s’agissait notamment des symptômes (aujourd’hui dits « négatifs ») de la schizophrénie : l’indifférence, l’apathie, l’obéissance passive, l’autonégligence, etc. De son côté, Erwing Goffman, en 1961, trouve dans l’asile et les institutions psychiatriques qui s’y apparentent un exemple d’« institutions totalitaires » : des lieux de résidence et de travail où un grand nombre d’individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les conditions sont explicitement et minutieusement réglées. Ainsi, plusieurs comportements des malades d’hôpitaux psychiatriques correspondraient simplement à une adaptation à leurs conditions de vie. Ces comportements ressemblent à ceux qu’on rencontre chez les prisonniers, les soldats, les religieuses et les moines, et chez tous les individus qui vivent dans des institutions totalitaires.

83.6. ÉVOLUTION  
DES SOINS MENTAUX  
 EN AMÉRIQUE AU 20e SIÈCLE

Comme on l’a vu, le contexte des connaissances évolue dans le sens d’un rapprochement entre la psychiatrie et la médecine et du discrédit croissant des institutions psychiatriques. Après les tentatives américaines pour faire entrer des malades mentaux à l’hôpital général en Pennsylvanie en 1755 et au Centre médical d’Albany en 1902, la Fondation Rockefeller crée, en 1933, des départements de psychiatrie dans certains hôpitaux généraux universitaires. À l’époque, on distingue les unités psychiatriques physiquement intégrées aux hôpitaux généraux de celles qui sont adjacentes. Ces dernières sont plus autonomes et portent le nom d’institut. Toutefois, ces instituts se différencient de leurs équivalents médicaux par la durée des séjours. En 1961, une commission nationale américaine, The Joint Commission on Mental Illness and Health, recommande qu’aucun hôpital général communautaire ne soit considéré comme dispensant un service complet s’il n’accepte pas d’hospitaliser des patients souffrant de maladies psychiatriques pour de courtes périodes. En 1963, le président Kennedy exhorte le Congrès à créer des centres communautaires spécialisés en psychiatrie, distincts des hôpitaux généraux et des cliniques médicales ordinaires. Enfin, les dernières décennies ont amené de nouvelles approches, notamment la gestion de cas (case management) et l’ACT (Assertive Community Treatment ou suivi communautaire intensif), qui permettent de rapprocher le suivi du patient de son milieu naturel.

Au Canada, le premier institut québécois fut l’Allan Memorial Institute (1944) rattaché au Royal Victoria Hospital. Pour leur part, au cours des années 50, des experts issus de l’Organisation Mondiale de la Santé ont élaboré le Saskatchewan Plan, qui ne prévoyait pas d’institutions psychiatriques distinctes, [1916] fussent-elles de petite taille, dans cette province canadienne. Le dynamisme social-démocrate de la Saskatchewam a incité le gouvernement fédéral canadien à inviter les provinces canadiennes à participer à un programme national d’assurance-maladie en commençant par l’assurance-hospitalisation en 1961.

83.7 « RÉVOLUTION  
PSYCHIATRIQUE » AU QUÉBEC  
(1962-1972)

Grâce à des subventions fédérales instituées en 1948, le nombre de psychiatres québécois décuple en 10 ans. Mais, du côté francophone, ils n’avaient pratiquement pas de place dans une psychiatrie conçue comme une « science au service de Dieu et de l’Église » (Hôpital Saint-Michel-Archange, document pour le personnel). L’importance du retard en psychiatrie et la résistance des institutions aux idées nouvelles offrent une occasion unique de faire des changements majeurs.

En 1960, le Parti libéral remporte les élections provinciales avec le slogan « Il faut que ça change ». En 1961, Jean-Charles Pagé, un ex-patient de Saint- Jean-de-Dieu, publie un livre-choc intitulé Les fous crient au secours ; postfacé par le psychiatre Camille Laurin. L’opinion publique réagit vivement. Une commission d’étude des hôpitaux psychiatriques est créée, formée de trois psychiatres et présidée par le docteur Dominique Bédard. Son rapport, qui rejoint les propos du docteur Laurin, relève que le gouvernement accorde un prix de journée de 24 $ pour un malade traité pour un trouble physique dans un hôpital général et de seulement 2,75 $ pour un patient d’hôpital psychiatrique. Il s’agit d’une iniquité à corriger. Cependant, « la cause de tous les maux » n’est pas « le manque d’argent » ; il y a aussi « l’arbitraire et l’incohérence qui caractérisent le développement de nos hôpitaux psychiatriques » (Bédard, Lazure et Roberts, 1962, p. 129). La Commission recommande ceci :

[...] tout hôpital général d’au moins 200 lits devrait posséder son service de psychiatrie avec cliniques externe et interne : le nombre de lits consacrés à la psychiatrie, selon les standards reconnus, doit représenter au moins 10% du total des lits de l’hôpital [qu’on peut installer au besoin] dans un pavillon voisin de l’hôpital. Les facilités médico- chirurgicales de l’hôpital général peuvent alors être utilisées [...]. Les psychiatres bénéficient de l’atmosphère stimulante d’un hôpital général : le malade psychiatrique peut demeurer dans un milieu relativement familier, il est dirigé vers un « hôpital » et non vers la « maison des fous » et sa famille peut le visiter plus assidûment. (Bédard, Lazure et Roberts, 1962, p. 136.)

Ce principe gagnera du terrain avec le temps en raison de la croissance de la comorbidité. La Commission mise sur la formation de psychiatres et de professionnels dans les domaines parapsychiatriques (psychologues, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, infirmiers, etc.) pour traiter les malades mentaux.

Le gouvernement accueille favorablement ce rapport et les commissaires sont invités à faire partie de la nouvelle Division des services psychiatriques du ministère de la Santé, dont le directeur a le statut de sous-ministre.

Le modèle organisationnel est simple. Il s’agit d’un système de soins psychiatriques parallèle au système de santé, dont, paradoxalement, la plaque tournante organisationnelle est le service de psychiatrie de l’hôpital général. Ce service comporte trois parties :

1) une responsabilité territoriale reposant sur les épaules d’un psychiatre et supposant le découpage d’un territoire donné en sous-territoires relevant chacun d’une équipe psychiatrique multidisciplinaire, laquelle est axée sur un soutien dans la communauté sous l’autorité clinique du psychiatre : c’est la sectorisation ;

2) des services spécialisés tels que la consultation- liaison et certaines formes de thérapies (électro- convulsivothérapie [ECT]) ou de services spécialisés (pédopsychiatrie, gérontopsychiatrie);

3) les départements de psychiatrie formés des collègues psychiatres sont soutenus par un psychiatre, dit directeur régional, et son adjoint qui relèvent du directeur de la Division des services psychiatriques du ministère.

Par ailleurs, le plus grand défi découlant de cette réforme a trait aux deux grands hôpitaux psychiatriques francophones. Celui de Montréal opte pour la responsabilité d’un grand secteur en créant des points de services excentriques et un volet surspécialisé pour les très grands malades de la région montréalaise. Celui de Québec devient un hôpital de troisième ligne, mais dans les faits, hormis certaines unités récentes de traitements spécialisés externes [[22]](#footnote-22), les traitements [1917] n’y sont pas nécessairement ultraspécialisés. Il y a eu, ce qui est une preuve de leur visibilité, des enquêtes gouvernementales dans les deux hôpitaux qui, par ailleurs, ont renvoyé beaucoup de malades dans la communauté, et pas toujours dans les meilleures conditions. À certains foyers affiliés (à ces hôpitaux et à d’autres), caractérisés par des contacts parfois rares entre propriétaires et patients, se sont ajoutés des foyers clandestins, des familles d’accueil de qualité variable, des maisons de chambres plus ou moins adéquates, souvent situées à proximité d’usuriers (Murphy, 1986) : ces variantes constituent parfois des miniasiles cachés dans la communauté et non visibles pour la critique, dans une forme de trans-institutionnalisation et de production d’un sous-prolétariat dans les centres-villes. Cependant, depuis deux décennies, les hôpitaux psychiatriques sont sur le point de dépasser les services de psychiatrie d’hôpitaux généraux en matière d’innovation, pour diverses raisons dont l’importance de leurs ressources et la nécessité de contrer la constante contestation de leur légitimité.

Des expériences de psychiatrie communautaire inspirée surtout de la « psychiatrie de secteur » française font leur apparition dans certaines régions. Cependant, la professionnalisation dans le contexte plus large de la Révolution tranquille québécoise amènera, à travers la contestation de l’autorité du psychiatre, beaucoup de dysfonctionnements...

83.8 VERS UNSYSTÈME INTÉGRÉ  
DE SOINS

Dans les années 60, en parallèle avec la réforme Bédard à l’occasion d’une conjoncture sociopolitique canadienne complexe (Wallot, 1998), est créée au Québec la Commission d’enquête sur la santé et le bien-être social. Cette commission produit par étapes son rapport entre 1967 et 1972, entraînant dans son sillage l’assurance-hospitalisation, l’assurance-maladie et une restructuration du système de santé qui bouscule les acquis de la psychiatrie. Parmi les principes de cette nouvelle réforme, notons l’accès universel et gratuit aux services de santé.

L’objectif ultime du nouveau système de santé proposé est l’amélioration de l’état de santé de la population. Il comporte deux sous-objectifs :

1) *tendre à une médecine globale* s’inspirant d’un modèle social de la maladie et visant à fournir des *soins complets*, *continus et personnalisés* ;

2) *axer la médecine sur la personne, sur une relation humaine basée sur la confiance et la compréhension mutuelles entre les personnes à soigner et le personnel à leur service*.

Quant aux établissements pour malades mentaux, ils ont à ce point subi les assauts de l’intégration que l’on ne peut douter de la nécessité de les intégrer au régime général des centres de santé. En effet [...] le traitement des malades mentaux s’effectue efficacement à l’intérieur d’un centre de santé normal et, de ce fait, [...] plusieurs hôpitaux possèdent déjà leur service de psychiatrie. (Commission d’enquête sur la santé et le bien-être social, 1971, p. 31.)

Il est donc révolu le temps du parallélisme organisationnel entre la santé mentale et la santé physique : les soins mentaux devront s’intégrer à un échafaudage de structures érigées autour des niveaux (primaire, secondaire et tertiaire) de soins médicaux [[23]](#footnote-23).

Le modèle proposé par la Commission et partiellement modifié dans la réforme implantée suppose une hiérarchie d’établissements ayant des responsabilités territoriales. L’équipe de première ligne, avec l’omnipraticien, constitue le pivot de la continuité du système dans le contexte d’une approche bio-psycho- sociale typique de la nouvelle médecine (Engel, 1986). À l’entrée du système, on trouve un Centre local de services communautaires (CLSC) ayant une responsabilité territoriale, de même que des bureaux privés de médecins, des cliniques externes d’hôpitaux et des unités universitaires de médecine familiale. Dans chaque région administrative, on crée un organisme régional de planification, ayant un rôle consultatif auprès du gouvernement, le Conseil régional de la santé et des services sociaux (CRSSS), qui doit voir à l’accessibilité et à la complémentarité des services sur le territoire.

Par contraste avec la réforme Bédard, on multiplie à la fois les acteurs individuels et institutionnels et les paliers d’interactions. Les interventions en santé, y compris en santé mentale, se font à tous les niveaux et requièrent donc un degré élevé de concertation institutionnelle. La responsabilité administrative n’est plus personnelle ; elle se perd plutôt parmi des autorités diverses. Par ailleurs, conséquence possible de l’affaiblissement du rôle décisionnel dominant des [1918] médecins dans le système, la mise sur pied des équipes multidisciplinaires dans les CLSC entraîne des tensions dans les équipes psychiatriques, à savoir un débat insoluble sur la nature des pouvoirs et du leadership (Brunet, 1978), débat qui a pour effet de tenir éloignés des CLSC beaucoup de médecins.

En 1976, dans un discours-choc adressé aux psychiatres du Québec lors du congrès de leur association, le ministre de la Santé d’alors, Claude Forget, fait un diagnostic au sujet des services psychiatriques. D’abord, l’équipe de secteur, « foyer obligatoire de toutes les rivalités interprofessionnelles », représente, malgré son caractère multidisciplinaire, une « médecine de luxe [...] essentiellement centrée sur l’hôpital et qui ne correspond pas à l’orientation communautaire qu’elle doit cependant assumer ». Quant à la sectorisation, elle « n’est rien d’autre qu’un modèle de gestion des ressources » qui peut être dissocié, malgré la confusion entretenue, de la psychiatrie communautaire. La notion de prise en charge que le modèle de sectorisation véhicule serait incompatible avec la « liberté de choix, une caractéristique fondamentale de nos services de santé ». Par ailleurs, « les CLSC [...] ne jouent pas le rôle qu’ils devraient jouer [...] dans le domaine de la santé mentale ». Il dénonce enfin la mauvaise répartition persistante des psychiatres sur le territoire et dans les institutions.

Dans un pareil climat politique, les termes changent : on dit désormais « problème de santé mentale » au lieu de « maladie », « bénéficiaire », « usager » ou « client » au lieu de « patient », « intervenant en santé mentale » plutôt que toute autre étiquette (titre professionnel, bénévole ou famille). Aussi, le mot-vedette « communautaire [[24]](#footnote-24) » émerge pour désigner surtout, avec la magie de l’imprécision, ce qui est petit ou hors de l’« institution », laquelle est souvent assimilée, un peu erronément, à une grosse bâtisse médicale.

En 1972, la Loi sur la protection du malade mental introduit une nouvelle attitude envers le malade mental : on ne lui reconnaît plus de lieux privilégiés (comme autrefois l’asile ou l’hôpital psychiatrique), mais un statut particulier (p. ex., la garde en établissement) lorsqu’il est susceptible de mettre en danger sa santé ou sa sécurité, la santé ou la sécurité d’autrui. Ce statut consiste aussi en une curatelle exercée sur sa personne ou ses biens, selon le cas. En 1975 entre en vigueur la Charte québécoise des droits et libertés de la personne, qui vient garantir la sécurité, l’intégrité physique et la liberté de la personne. Cette charte prévoit notamment le droit de toute personne d’être secourue et, dans le cas du malade mental, d’être protégée contre toute forme d’exploitation. En 1977, une loi crée l’Office des personnes handicapées, qui garantit les droits des personnes handicapées physiquement et mentalement. En 1990, une révision de la Loi sur le curateur public du Québec instaure une gamme graduée plus étendue de formules de protection tout en renforçant les droits du protégé. En 1997, la loi 39 modifie la Loi sur la protection du malade mental, qui devient la Loi sur la protection des personnes dont l’état mental présente un danger pour elles-mêmes et pour autrui (voir le chapitre 32).

En même temps apparaissent des groupes de pression voués à la défense des droits des « psychiatrisés ». Ainsi, en 1981, Auto-Psy se donne « le but [...] de créer un rapport de force avec les intervenants du réseau afin de changer les règles du pouvoir » (Guertin et Lecomte, 1983). Du même souffle, étant donné les idéaux qui n’ont pas été atteints par le système officiel, des organismes communautaires de divers types sont mis sur pied par des bénévoles, d’ex-patients psychiatriques, parfois avec des professionnels qui désirent innover.

Par ailleurs, à partir de 1979, donc dans le contexte des suites du second choc pétrolier, les États-providence commencent à réduire leurs dépenses. Dès lors, on se met à valoriser la réduction des coûts découlant de la prestation de services par des non-professionnels de la santé mentale [[25]](#footnote-25). D’où l’intérêt gouvernemental croissant pour les organismes communautaires.

[1919]

83.9 POLITIQUE  
DE SANTÉ MENTALE

En 1988, la Commission d’enquête sur la santé et les services sociaux, créée pour examiner le spectre de problèmes futurs de financement de la santé et présidée par le docteur Jean Rochon, estime dans son rapport qu’avec le vidage des hôpitaux psychiatriques d’environ 40% de leur clientèle il y a eu une désinstitutionnalisation, qui n’a pas été compensée par une véritable réinsertion sociale.

En 1989, le gouvernement du Québec publie La politique de santé mentale du Québec, selon laquelle les problèmes prioritaires sont les suivants :

- l’absence de consensus sur la notion de santé mentale ;

- les interventions inadaptées ;

- la préoccupation insuffisante au sujet des milieux de vie ;

- les lacunes dans la qualité des services ;

- la répartition inéquitable des ressources. Il y aurait un équilibre à atteindre entre le recours au modèle institutionnel et l’intégration sociale qui passe par le décloisonnement des structures.

Cette politique établit un cadre d’action balisé par une vision bio-psycho-sociale de la santé mentale et par deux objectifs généraux : d’abord, permettre à toute personne dont la santé mentale est perturbée ou sérieusement menacée de recevoir l’attention appropriée et une réponse adaptée à ses besoins ; ensuite, favoriser le maintien et le développement optimal de la santé mentale de la population. La politique insiste sur l’importance d’assurer la complémentarité des services, ce qui suppose une collaboration entre les diverses institutions intervenantes tout autant qu’entre les divers intervenants (soignants, proches, bénévoles, etc.). Pour faciliter des solutions dans le milieu de vie des personnes, le ministère entend reconnaître et soutenir, notamment sur le plan financier, les organismes communautaires. Enfin, le ministère mandate les CRSSS pour l’élaboration des plans régionaux d’organisation de services en santé mentale (PROSSM) et, après l’approbation du ministère, pour la gestion de leur mise en œuvre.

De son côté, en 1988, le gouvernement du Canada a publié *La santé mentale des Canadiens : vers un juste équilibre.* Alors que la politique québécoise insiste sur l’adaptation des services à l’individu pour que ce dernier s’insère mieux dans son milieu, le document fédéral met l’accent sur l’adaptation de l’environnement socioéconomique aux exigences d’un équilibre individuel indispensable au développement et au maintien de la santé physique et mentale. Il s’agit, en somme, d’une problématique plus moderne, définie en fonction de déterminants et de facteurs de risque par rapport à la santé mentale. Cela témoigne de l’émergence du paradigme de la santé publique.

83.10 ÉMERGENCE DU PARADIGME DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Que signifie la perspective de la santé publique en ce qui a trait à la santé mentale ? Jadis, l’Organisation Mondiale de la Santé considérait la santé en général comme « un état optimal de bien-être physique, psychique et social », donc sous un jour subjectif. Cependant, qui donc est mieux placé pour ressentir l’état de bien-être que la personne qui souffre d’un trouble maniaque aigu ? Plus récemment, les définitions de la santé ont versé du côté objectif des définitions fonctionnalistes : la santé correspond à une capacité de l’individu à s’adapter à son environnement, ce qui renvoie aux rôles sociaux que doivent jouer les individus (Kovess et coll., 1982). En 1985, le Comité de santé mentale du Québec suggérera d’ajuster cette perspective de manière à tenir compte de la « qualité du vécu personnel ». Santé et maladie ne sont pas tout à fait le contraire l’un de l’autre [[26]](#footnote-26).

C’est sur l’épidémiologie que repose la formulation des objectifs de santé mentale. Faute d’un consensus sur les diagnostics en santé mentale, les premières études épidémiologiques marquantes dans ce champ furent réalisées aux États-Unis. Elles en vinrent rapidement à porter sur ce qu’on appelle généralement les déterminants de la santé mentale, puis sur les échelles de dysfonctionnement psychique. Ainsi, l’étude classique de Faris et Dunham (1939) montre une distribution concentrique des taux de schizophrénie, les [1920] taux les plus élevés se situant dans les centres-villes, là où l’on trouve les milieux les plus désorganisés. Ils font alors l’hypothèse que l’isolement social propre à ces milieux contribue à la symptomatologie. Puis, Hollingshead et Redlich (1958) trouvent, à New Haven (Connecticut), une moins grande fréquence de cas de psychose traitée dans les couches socioéconomiques élevées. La maladie cause-t-elle la dérive sociale, ou cette dernière est-elle la conséquence de la maladie ? Le Canadien Leighton (Leighton et coll., 1963) élabore à des fins épidémiologiques une échelle du dysfonctionnement psychologique. Plus tard, aux États-Unis, on entame des études épidémiologiques à l’aide d’entrevues standardisées permettant d’utiliser la nomenclature du DSM-III (Myers et coll., 1984). Au Québec, où le suicide a atteint des sommets mondiaux, notamment dans la catégorie des jeunes hommes, on examine les relations de ce phénomène avec la maladie mentale de même qu’avec des phénomènes sociaux comme le chômage (Cormier et Klerman, 1985). Côté et Larouche (2000) ont montré que l’utilisation de services de santé dans un contexte de gratuité comme au Canada pouvait être prédite à partir du « taux d’inoccupation [[27]](#footnote-27) » dans la population d’où vient cette demande : la prédiction est plus précise au fur et à mesure que le temps passe à la suite d’un taux d’inoccupation donné. Cela indique que nous avons sans doute affaire à une désorganisation sociale progressive à moyen terme comme conséquence de l’innoccupation ainsi définie.

83.11 RÉFORMES CONCRÈTES

À la suite du dépôt du rapport de la Commission d’enquête sur les services de santé et les services sociaux (1988) et de la publication, en 1990, du document Une réforme axée sur le citoyen, le gouvernement québécois implante, en 1991, une réforme de la santé basée sur un paradigme fonctionnaliste de la santé publique où il n’est nulle part fait mention d’éléments subjectifs comme le bien-être ou la souffrance. Le premier article de la nouvelle Loi sur les services de santé et les services sociaux se lit comme suit :

Le régime de services de santé et de services sociaux institué par la présente loi a pour but le maintien et l’amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d’agir dans leur milieu et d’accomplir les rôles qu’elles entendent assumer d’une manière acceptable pour elles- mêmes et pour les groupes dont elles font partie.

Pour atteindre ce but, la loi prévoit trois paliers organisationnels : le ministère de la Santé, la Régie régionale de la santé et des services sociaux (RRSSS), qui, remplaçant le CRSSS, doit « planifier, organiser, mettre en œuvre et évaluer, dans la région, les programmes de santé et de services sociaux élaborés par le ministre », notamment les PROSSM.

Avec le retour au pouvoir du Parti québécois, en 1994, le gouvernement du Québec s’engage dans des compressions budgétaires sans précédent afin d’arriver au déficit zéro pour le tournant du 21e siècle : on ferme des établissements et on en fusionne d’autres. Ainsi, plusieurs régions concentrent certains services spécialisés dans un seul centre régional : par exemple la pédiatrie, l’obstétrique et, à certains endroits, la psychiatrie. Cela signifie que la psychiatrie sort de plusieurs hôpitaux généraux de plus de 200 lits où elle était entrée à fort prix à la suite du dépôt du rapport de Bédard, Lazure et Roberts, en 1962. Par ailleurs, à première vue, le virage ambulatoire en santé mentale s’apparente à la désinstitutionnalisation des années 60, ce qui n’est pas sans soulever d’inquiétudes.

Les années 1996 et 1997 sont marquées par la publication de documents importants. D’abord, en décembre 1996, le vérificateur général du Québec constate, dans son rapport annuel, que la politique de santé mentale de 1989 est « un échec quant au réaménagement souhaité des ressources ». Répondant à cette critique, le ministère de la Santé dévoile, en avril 1997, un document de consultation intitulé *Orientations pour la transformation des services de santé mentale.* En quelques lignes, ce document fait état du surplus de lits dans les services de psychiatrie au Québec par rapport à l’Ontario. Il propose de favoriser le traitement dans la communauté et la collaboration avec les organismes communautaires. De son côté, en janvier 1997, le ministre de la Santé Jean Rochon annonce la fermeture de la moitié des 6 000 lits actifs de [1921] psychiatrie. Le plan d’action qui émanera du ministère à l’automne 1998 reprend dans ses grandes lignes les *Orientations* de 1997.

Alors que les documents ministériels provinciaux (notamment *Orientations pour la transformation des services de santé mentale* et *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale)* et fédéraux (notamment *Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale)* mentionnent à peine les mots « psychiatre » ou « psychiatrie », deux documents médicaux, l’un national et l’autre provincial, préconisent un rôle accru des omnipraticiens dans le traitement des problèmes de santé mentale, et ce pour une meilleure utilisation des psychiatres. Ceux-ci devraient, par ailleurs, améliorer leur rendement en jouant plus le rôle de médecins consultants auprès des omnipraticiens que le rôle de médecins traitants auprès des malades. Le premier (*Les soins de santé mentale partagés au Canada*, 1997) fut adopté conjointement par l’Association des psychiatres du Canada et par le Collège des médecins de famille du Canada, tandis que le second (*Rapport du groupe de travail sur l’accessibilité aux soins psychiatriques et aux services de santé mentale,* 1997) émane du Collège des médecins du Québec.

Dans une enquête antérieure (Melanson-Ouellet et Pronovost, 1981) menée par le ministère des Affaires sociales auprès d’un échantillon de 1 200 Québécois, on découvrait deux faits importants :

1. Il n’y a pas de correspondance entre la conception psychiatrique du champ de la maladie mentale et la conception populaire de ce même champ ;

2. Un rôle majeur est attribué au médecin de famille. « Le médecin de famille constitue aussi une ressource et un intervenant plus naturel que le psychiatre auprès de la communauté [...] 50% à 60% des soins mentaux sont assurés par des médecins omnipraticiens. » (Aird, 1982.) De fait, 73% des omnipraticiens facturent l’acte de psychothérapie à la Régie de l’assurance-maladie du Québec (RAMQ) [Kovess et Murphy, 1983]. Ils sont mieux formés à la psychiatrie et à la santé mentale depuis quelques décennies.

\*  
\* \*

Au moment où ce chapitre est écrit, la réorganisation des services de santé, qui bat son plein, n’a pas dit son dernier mot. Les services psychiatriques doivent relever quelques défis majeurs :

- la réduction relative du nombre de psychiatres face à une demande croissante en raison du vieillissement et de la fragilisation du tissu social ;

- la répartition inégale des psychiatres sur le territoire du Québec ;

- le financement d’une transition dans le transfert des ressources des grandes institutions aux organisations communautaires de petite taille, dont la visibilité moindre les protège plus de la critique sociale ;

- l’intervention des professionnels directement dans la communauté, plutôt que confinée entre les murs des établissements ;

- l’aménagement progressif de l’emploi du temps par le biais d’activités qui donnent un sens à la vie des personnes souffrant de troubles graves dans ce monde du travail de plus en plus compétitif et exigeant ;

- une vision anthropologique de la santé mentale des jeunes ;

- une vision de la santé mentale de la personne âgée.

Par ailleurs, on doit constater certaines tendances fondamentales, sinon s’en inquiéter. Tout d’abord, du côté des professionnels, on observe la vogue grandissante des modèles biogénétiques des troubles psychiques, puis, conséquemment, du traitement à dominante pharmacologique. Ensuite, du côté du gouvernement, on observe un penchant surtout économique pour la déspécialisation des services de santé mentale. Derrière la désignation de plus en plus floue des réalités visées, le recours recherché à l’omnipraticien et aux organismes communautaires non professionnels est un signe de cette déspécialisation. Enfin, comme conséquence des deux premières tendances, on constate la mort de l’intégration et l’émergence nécessaire de la concertation pour la remplacer, concertation, d’abord, entre les acteurs en tant qu’indi- vidus (professionnels, non-professionnels, bénévoles, famille, amis), puis, entre les institutions, notamment celles du réseau officiel (CLSC, hôpitaux, cabinets privés), et, enfin, entre ces institutions et les organismes communautaires au caractère privé bien qu’ils soient à but non lucratif. Initialement, le gouvernement québécois et ses prolongements régionaux, les régies régionales, favorisaient la concertation pour justifier leur [1922] discours face à une oppression difficilement perceptible. Toutefois, depuis que la concertation s’amorce à la base, les régies s’en éloignent, comme si elles redoutaient que les choses aillent trop bien.

Outre la gratuité, c’est bien la nécessaire concertation entre les niveaux de soins intégrés (primaire, secondaire et tertiaire) et entre établissements et organismes à l’intérieur de chacun de ces niveaux qui distingue le système québécois du système français, où le principe de la sectorisation rend une organisation unique responsable de la mise en place de toute la gamme des services psychiatriques à l’échelle d’un territoire, en pur parallélisme avec le reste du système de santé.

Bibliographie

Aird, G.

1982 « La mort d’une illusion ? », *Santé mentale au Québec,* vol. 7, n° l, p. 116-119.

Apollon, W.

1986 « Pour une politique en santé mentale », *Santé mentale au Québec*, vol. 11, n° 1, p. 75-104.

Bédard, D., Lazure, D., et Roberts, C.

1962 Rapport de la Commission d’étude des hôpitaux psychiatriques, gouvernement du Québec, ministère de la Santé.

Berlinguet, M.

1985 « Structures et fonctions hospitalières », dans J. Dufresne, F. Dumont et Y. Martin (sous la dir. de), *Traité d’anthropologie médicale : l’institution de la santé et de la maladie,* Sillery, Presses de l’Université du Québec et Institut québécois de recherche sur la culture, Lyon, Presses universitaires de Lyon, p. 353-385.

Bourque, E.

1916 « Le délire chronique », *Union Med. Can.,* vol. 45, p. 193-198.

Brunet, M.

1978 « Le professionnalisme, obstacle au changement social. Un cas type : l’équipe multidisciplinaire de santé », *Recherches sociographiques,* vol. 19, n° 2, p. 261-269.

Cellard, A.

1991 Histoire de la folie au Québec de 1600 à 1850 : le désordre, Montréal, Éditions du Boréal.

Cellard, A., et Nadon, D.

1986 « Ordre et désordre : le Montreal Lunatic Asylum et la naissance de l’asile au Québec », *Revue d’histoire de l’Amérique française,* vol. 39, n° 3, p. 345-367.

Commission d’enquête sur la santé et le bien-être social

1967-1972 Rapport de la Commission d’enquête sur la santé et le bien-être social, Québec, Éditeur officiel du Québec, 6 vol., 15 t.

Commission d’enquête sur les services de santé et les services sociaux

1988 Rapport de la Commission d’enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec, Les Publications du Québec.

Cormier, H.J., et Klerman, G.L.

1985 « Suicide, économie et environnement social au Québec », *L’Union médicale,* t.114, n° 15, p. 360-365.

Côté, C., et Larouche, D.

2000 [Radiographie d’une mort fine. Dimension sociale de la maladie au Québec](http://dx.doi.org/doi:10.1522/cla.coc.rad), Chicoutimi (Québec), Éditions JCL.

Côté, C., Larouche, D., et Savard, H.

1996 Le niveau d’emploi, la consommation de services et l’état de santé des populations : résumé de quelques constats de recherche, Chicoutimi, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay- Lac-Saint-Jean.

DUQUET, E.E.

1888 « La folie héréditaire ou la folie des dégénérés », *Union Med. Can.,* vol. 17, p. 5-156

Engel, G.L.

1986 « The need for a new medical model : A challenge for medicine », *Science,* vol. 196, p. 129-136.

Falret, J.-P.

1864 Des maladies mentales et des asiles d’aliénés, Paris, J.-B. Baillière.

Faris, R.E.L., et Dunham, H.W.

1939 Mental Disorders in Urban Areas : An Ecological Study of Schizophrenia and Other Psychosis, Chicago, University of Chicago Press.

Gaucher, D.

1985 « L’organisation des services en santé mentale au Québec : tendances actuelles », *Sociologie et sociétés,* vol. 17, n° 1, p. 41-49.

Georget, E.

1821 De la physiologie du système nerveux et spécialement du cerveau, Paris, J.-B. Baillière.

[1923]

Guertin, M., et Lecomte, Y.

1983 « Éditorial sur les structures intermédiaires ou alternatives », *Santé mentale au Québec,* vol. 8, n° 1, p. 4-6.

Hollingshead, A.B., et Redlich, F.C.

1958 Social Class and Mental Illness : A Community Study, New York, John Wiley.

Keating, P.

1993 La science du mal : l’institution de la psychiatrie au Québec : 1800-1914, Montréal, Éditions du Boréal.

KOVESS, V., et coll.

1982 *Les indicateurs de santé mentale,* Montréal, Unité de recherche psychosociale, Centre hospitalier Douglas.

Kovess, V., et Murphy, H.B.M.

1983 « Philosophies et pratiques de la psychiatrie communautaire », *Santé mentale au Canada,* vol. 31, n° 4, p. 2-7.

Lahaise, R.

1973 L’Hôtel-Dieu de Montréal (1642-1973), LaSalle (Québec), Hurtubise HMH.

Lefebvre, Y.

1987 « Jalons pour une problématique québécoise de la désinstitutionnalisation », *Santé mentale au Québec,* vol. 12, n° 1, p. 5-13.

Leighton, D.C., et coll.

1963 The Character of Danger, vol. III : The Stirling County Study of Psychiatric Disorder and Sociocultural Environment, New York, Basic Books.

Magnan, V.

1890 Leçons cliniques sur les maladies mentales faites à l'asile clinique, Paris, Bataille.

Melanson-Ouellet, A., et Pronovost, L.

1981 « Étude sur les connaissances et les perceptions des services psychiatriques au Québec », *Santé mentale au Québec,* vol. 6, n° 2, p. 79-88.

Murphy, H.B.

1986 « Foster homes : The new back wards », *Canada's Mental Health,* vol. 20, suppl., p. 1-17.

Myers, J.K., et coll.

1984 « Six months prevalence of psychiatric disorders in three communities », *Arch. Gen. Psychiatry,* vol. 41, n° 10, p. 959-967.

OVERHOLSER, W.

1956 Séance d’introduction, Actes du Colloque international sur la chlorpromazine et les médicaments neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique, tenu à Paris, du 20 au 22 octobre 1955, Encéphale, numéro spécial.

Pagé, J.-C.

1961 *Les fous crient au secours,* postface du Dr Camille Laurin, Montréal, Éditions du Jour

Pinel, P.

1801 *Traité médico-philosophique sur l’aliénation mentale* *ou la manie,* Paris, Richard, an IX.

Raymondis, L.M.

1966 *Quelques aperçus sur une réforme des services psychiatriques*, Paris, Pichon et Durant-Auzias.

WALLOT, H.

1998 *La danse autour du fou. Histoire organisationnelle de la prise en charge de la folie au Québec*, préface du Dr Camille Laurin, Beauport (Québec), Éditions MNH.

Lectures complémentaires

BOUDREAU, F.

1984 *De l'asile à la santé mentale*, Montréal, Éditions Albert Saint-Martin.

WALLOT, H.

1998 *La danse autour du fou. Histoire organisationnelle de la prise en charge de la folie au Québec*, en particulier la préface du Dr Camille Laurin, p. IX-XV, et la troisième partie, « Les avenues récentes en psychiatrie », p. 307-426.

[1924]

**Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale**Tome 2. Spécialités, traitements, sciences fondamentales  
et sujets d’intérêt

SIXIÈME PARTIE  
*Sujets d’intérêt*

Chapitre 84

ÉVOLUTION  
DES SERVICES  
PSYCHIATRIQUES  
EN FRANCE

[Retour à la table des matières](#tdm)

Gérard Massé, M.D.

Psychiatre, praticien hospitalier et chef de service au Centre hospitalier Sainte-Anne (Paris)

Coordinateur de la Mission nationale d’appui en santé mentale

[1925]

**PLAN**

84.1. Psychiatrie publique sectorisée : des objectifs de santé publique

84.1.1. Missions réaffirmées

84.1.2. Évolution positive de la place de la psychiatrie

84.2. Indicateurs d’évolution

84.2.1. Personnel : des situations disparates

84.2.2. Hospitalisation à plein temps et secteur extrahospitalier

84.3. Bilan nuancé

84.3.1. Des constats qui s’imposent

84.3.2. Impossibilité, en psychiatrie plus qu’ailleurs, de décréter le changement

84.3.3. Facteurs de l’évolution

84.4. Typologie des services

84.1. Structures repliées : persistance de l’asile

84.2. Structures semi-ouvertes : développement

de l’extrahospitalier mené à son terme

84.3. Structures ouvertes : collaboration avec les soins somatiques et le social

84.5. Absence de frontière entre domaine sanitaire et domaine social

84.6. Formules innovantes et nécessaires

84.7. Évolution du dispositif psychiatrique public

84.7.1. Stratégies de réponses à la chronicité

*• Démarches intersectorielle • Principles communs*

84.7.2. Psychiatrie de l’exclusion

*• Débat interne dépassé • Alliance nécessaire avec le social* • *Démarche en réseau • Articulations souhaitables* • *Intérêt de l’intersectorialité*

84.7.3. Urgences

Bibliographie

Lectures complémentaires

[1926]

Promulguée en France il y a 40 ans (circulaire du 15 mars 1960), la psychiatrie de secteur entre progressivement dans les faits. On relève, en ce qui la concerne, deux principes de base :

1) la continuité des soins : une même équipe multi-professionnelle (médecins, infirmiers, assistantes sociales, autres paramédicaux) prend en charge la population d’une zone géographique de 70 000 habitants pour les adultes et de 240 000 habitants pour les enfants et les adolescents (George et Tourne, 1994) ;

2) un plateau technique différencié : divers lieux de soins intra et extrahospitaliers sont animés par la même équipe, l’hospitalisation à plein temps ne représentant qu’un aspect, non obligatoire, des soins (Massé, Petitjean et Caroli, 1984).

La sectorisation se décline actuellement selon trois types de secteur :

1) le secteur de psychiatrie générale ;

2) le secteur de psychiatrie infanto-juvénile ;

3) le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire pour chaque région pénitentiaire qui a une action de prévention et de traitement de tout détenu qui nécessite une prise en charge psychiatrique.

84.1. PSYCHIATRIE PUBLIQUE  
SECTORISÉE : DES OB|JECTIFS  
DE SANTÉ PUBLIQUE

L’idée-force de la politique de secteur, soit le traitement dans la communauté, nécessite une évolution constante des pratiques pour répondre à des besoins qui s’expriment sous des formes variées et en des lieux différents. Le dispositif doit s’efforcer constamment d’élaborer des approches nouvelles pour faciliter la perception de certains problèmes de santé mentale jusque-là méconnus, leur reconnaissance ne signifiant pas pour autant que la réponse soit du seul ressort du dispositif psychiatrique (Massé, 1996).

84.1.1. Missions réaffirmées

Les missions concernent, en premier lieu, celles des établissements de santé assurant le service public hospitalier conformément à la loi du 31 juillet 1991 relative à la réforme hospitalière, que l’on peut résumer ainsi :

- garantir l’égal accès de tous aux soins que les établissements de santé délivrent ;

- être ouverts à toutes les personnes dont l’état nécessite leurs services ;

- assurer la permanence de l’accueil ;

- délivrer des soins préventifs ou curatifs ;

- participer à la formation et à la recherche.

On relève ensuite les missions propres à la psychiatrie, définies par l’article L. 326 du Code de la santé publique et précisées en particulier dans les circulaires suivantes :

- celle du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale ;

- celle du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques ;

- celle du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents, lesquelles consistent :

• à favoriser les soins et les interventions auprès de la population ;

• à offrir une gamme variée de structures et de prestations spécialisées, notamment par une diversification des formules de soins ambulatoires et des interventions à domicile ;

• à faire des actions de réadaptation et de réinsertion sociale ;

• à développer la prévention, entre autres en partenariat ;

• à assurer une mission d’intervention dans la communauté, par une approche en réseau, en apportant l’appui technique des équipes spécialisées et en améliorant la perception de la psychiatrie ;

• à articuler les actions des secteurs de psychiatrie générale, infanto-juvénile et en milieu pénitentiaire (Senninger et Fontaa, 1994).

84.1.2. Évolution positive  
de la place de la psychiatrie

Il devient nécessaire de réexaminer la place de la psychiatrie dans l’ensemble du dispositif sanitaire. Pour cela, il faut s’appuyer sur une volonté d’ouverture [1927]

face aux patients, aux professionnels et aux institutions, tout en reconnaissant les particularités de la discipline, au carrefour de la médecine et des sciences humaines :

- La nouvelle loi hospitalière de 1991 fait figurer la discipline psychiatrique parmi les disciplines de court séjour.

- L’hospitalisation librement consentie est devenue la règle, comme pour les autres disciplines, et l’hospitalisation sans consentement est l’exception, ce qu’a réaffirmé la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et aux conditions de leur hospitalisation.

- La réforme des études de soins infirmiers regroupe dans une même formation et pour un même diplôme l’ensemble des infirmiers (un diplôme antérieur propre à la psychiatrie concerne encore 66 000 infirmiers).

- La formation des médecins par un internat spécifique en psychiatrie a été supprimée du fait de la mise en place du concours unique d’accès aux spécialités.

- La psychiatrie, qui est novatrice en matière de planification (parution en 1987 du guide de planification en santé mentale pour l’élaboration de schémas départementaux d’organisation en santé mentale), fait l’objet de schémas régionaux de planification, comme les autres disciplines, mais en s’appuyant sur les schémas départementaux de psychiatrie.

- Des passerelles professionnelles entre la psychiatrie de secteur et la pratique libérale apparaissent comme indispensables alors qu’elles sont actuellement presque inexistantes.

84.2. INDICATEURS D’ÉVOLUTION

84.2.1. Personnel :  
des situations disparates

La pluridisciplinarité des équipes, qui est un des fondements de la psychiatrie de secteur, demeure encore trop limitée par une large prépondérance des infirmiers. Cependant, en 1995, chaque équipe de psychiatrie générale, pour un secteur en moyenne de 70 000 habitants, était composée :

- de 5,2 équivalents temps plein (ETP) médicaux ;

- de 83 ETP non médicaux, dont 61,4 ETP d’infirmiers, 2 ETP de psychologues et 1,5 ETP d’assistant de service social.

À la même date, en psychiatrie infanto-juvénile, chaque équipe comprenait en moyenne :

- 4,9 ETP médicaux ;

- 42,5 ETP non médicaux, dont 17,1 ETP d’infirmiers, 5,8 ETP de personnel éducatif, 5,2 ETP de psychologues et 1,7 ETP d’assistant de service social.

Il existe des disparités importantes avec des écarts notables tant pour les effectifs médicaux que pour les effectifs non médicaux, entre secteurs, à l’intérieur d’une même région ou d’une région à l’autre. Cependant, l’interprétation de ces chiffres, qui est difficile, doit prendre en considération l’évolution propre de chaque structure, compte tenu du fait que les différences de moyens pour des missions identiques sont dans un rapport de 1 à 17.

84.2.2. Hospitalisation à plein temps  
et secteur extrahospitalier

La diminution globale du nombre de lits dans le secteur public est notable. Ainsi, il y avait :

- 114 000 lits environ en 1980 ;

- 99 500 lits environ en 1985 ;

- moins de 80 000 lits en 1991.

La baisse est marquée surtout dans les hôpitaux spécialisés.

Tous les secteurs de psychiatrie générale disposent d’au moins un centre médico-psychologique (CMP). Dans 90% des cas, ce centre est ouvert au moins cinq jours par semaine et, en psychiatrie infanto-juvénile, 71% des secteurs comptent au moins quatre centres médico-psychologiques. En outre :

- Près de 80% des secteurs utilisent des hôpitaux de jour.

- Environ 50% utilisent un centre d’accueil thérapeutique à temps partiel.

- Les structures de soins ambulatoires se trouvent de façon croissante hors de l’hôpital.

[1928]

- Environ 30% des secteurs sont rattachés à des hôpitaux généraux.

- On observe une baisse régulière de l’hospitalisation complète, quant à la durée moyenne du séjour :

• en 1971, elle était de 247,2 jours ;

• en 1980, elle était de 131,7 jours ;

• en 1991, elle était de 57 jours.

Les hospitalisations se font en grande majorité librement. Selon des enquêtes réalisées un jour donné, en 1991, 16% des personnes hospitalisées l’étaient dans le cadre des soins obligés, comparativement à 73,2 % en 1971 et à 87% en 1965. Les hospitalisations sans consentement restent plus nombreuses dans les centres hospitaliers spécialisés, mais l’écart entre les catégories d’établissements a tendance à se réduire (Boisguérin, Parayre et Quemada, 1994).

84.3. BILAN NUANCÉ

Un certain nombre de rapports récents indiquent les faits suivants :

- la validité de certaines hypothèses fondant la sectorisation : nécessité de disposer d’équipements et de services diversifiés, implantés hors de l’hôpital et proches du domicile des patients, intérêt du travail pluridisciplinaire, liens avec la communauté, etc. (Jeanson, 1987) ;

- la nécessité de poursuivre dans le sens de la sectorisation, en renforçant l’implantation des équipes de soins psychiatriques là où des besoins sont maintenant mieux précisés : accueil des urgences dans les hôpitaux généraux, développement de la psychiatrie de liaison, amélioration des possibilités de recours aux soins psychiatriques pour certaines populations connaissant une situation précaire ou un risque de marginalisation, pour ne citer que ces exemples ;

- la persistance d’éléments défavorables à la qualité de la prise en charge des malades : unités d’hospitalisation mal équipées et trop éloignées des lieux de vie, services hospitaliers surdimensionnés et, à l’opposé, insuffisance de lits dans certains secteurs, surcharge de certaines équipes, lacunes dans la formation du personnel, difficulté à établir des liens entre secteur public, secteur associatif et secteur privé (Mordelet et Massé, 1990) ;

- le besoin de préciser les raisons des séjours de longue durée pour certains patients stabilisés admis au cours de ces dernières années ;

- l’importance des questions portant sur la réinsertion des m alades mentaux et, plus largement, sur leur qualité de vie.

84.3.1. Des constats qui s’imposent

Les soins psychiatriques sont à l’origine de 13% des dépenses de santé en France. C’est à la fois beaucoup et peu étant donné la réalité des demandes. L’idée que la psychiatrie publique représenterait une source de moyens financiers pour le reste de la médecine demeure d’actualité pour certains. Ce point de vue s’appuie sur une image négative très répandue de la discipline et sur la persistance de certains hôpitaux spécialisés qui n’ont pas évolué. Une telle absence de crédibilité pourrait déboucher sur une période extrêmement dangereuse pour une discipline en devenir susceptible de subir une évolution marquée par le passage de certains de ses moyens au champ médico- chirurgical. Cela reviendrait à amenuiser un système de soins qui ne demande pourtant qu’à poursuivre une indispensable évolution pour le plus grand bénéfice de l’ensemble du dispositif sanitaire (Massé et Mie, 1995).

Par ailleurs, l’activité de consultation de la psychiatrie libérale progresse de 14% par an, ce qui situe cette spécialité au premier rang en ce qui a trait au développement, alors qu’on relevait, en 1997, 6 291 psychiatres libéraux et 10 000 lits de cliniques privées pour 125 établissements auprès desquels la demande était forte, étant donné la qualité médiocre de l’hébergement de l’hospitalisation publique.

Sur un plan plus général, on observe une excellente situation de la psychiatrie quant à ses capacités thérapeutiques dans le champ médical, qui s’appuie sur des investissements théoriques équilibrés à la frontière du social et du médical.

84.3.2. Impossibilité, en psychiatrie  
plus qu’ailleurs, de décréter  
le changement

Nombre d’expériences novatrices, surtout dans un contexte extrahospitalier, ont été menées par des [1929] équipes de terrain. Ce foisonnement de créativité, qui n’a pas été planifié, est à la base d’une pensée psychiatrique forte et originale et, sur le plan des concepts, du renouveau d’une politique de santé mentale (Massé et Mosnier, 1996).

Une inquiétude raisonnée s’impose quand on sait que la plus grande partie des moyens de la discipline (qui concernent potentiellement 30% des actes médicaux) sont déployés dans un certain nombre d’établissements soumis à des pesanteurs institutionnelles, sociales et économiques très contraignantes. Les deux tiers des secteurs sont rattachés à 120 centres hospitaliers spécialisés et le tiers restant est rattaché à un centre hospitalier général.

L’expérience montre toutefois que l’élaboration d’un projet d’établissement (centre hospitalier spécialisé ou service de psychiatrie dans un centre hospitalier général) met en jeu une réflexion et une méthodologie comparables à celles qui sont consacrées aux soins généraux.

84.3.3. Facteurs de l’évolution

Les facteurs de l’évolution regroupent :

- l’importance considérable de l’extrahospitalier et de l’articulation avec le médico-social (l’hospitalisation à plein temps ne devant représenter qu’une partie, certes indispensable, du dispositif de soins) ;

- l’intrication du projet médical, des projets de soins infirmiers et du plan social qui doit faire l’objet d’un contrat caractérisé par une réelle transparence entre les différents acteurs ;

- une volonté médicale et administrative commune affirmée à partir d’une vision claire des enjeux ;

- le rôle moteur de l’encadrement infirmier.

Les disparités entre régions, départements et secteurs génèrent des inégalités (rapport, répétons-le, de 1 à 17 quant aux moyens pour des services ayant les mêmes missions, lequel ne peut être expliqué que par le poids de l’histoire) :

- Les services les plus dynamiques ne sont pas toujours ceux qui disposent de plus de moyens.

- Les patients ne bénéficient pas d’une offre de soins identique selon leur rattachement géographique.

- La diversité des dispositifs de soins peut faire douter de la cohérence interne de la discipline, ce qui est certainement préjudiciable à sa crédibilité (Massé, 1994).

84.4. TYPOLOGIE DES SERVICES

Le bilan de la psychiatrie française, malgré des faiblesses et une fragilité qui ont déjà été soulignées, la situe à un bon niveau de performance pour ce qui est du suivi à long terme des patients psychotiques. La part de l’hospitalisation s’est réduite, les centres hospitaliers spécialisés n’accueillant plus ou accueillant de moins en moins une clientèle traditionnelle, qui emprunte d’autres circuits mieux adaptés, qu’il s’agisse des personnes âgées ou des autistes parvenus à l’âge adulte (Chanoit, 1991).

Par contre, une pression forte et persistante s’exerce sur les hôpitaux généraux, ce phénomène étant suffisamment affirmé pour qu’on en soit conscient depuis quelques années. Cette pression mobilise les urgences et perturbe des services qui ne sont pas prêts à faire face aux problèmes qui leur sont posés. Parallèlement, le développement de la psychiatrie libérale s’est tout autant imposé, prenant une part grandissante dans le dispositif de soins sans qu’il soit possible de cerner aisément les caractéristiques de cette pratique. Fait inquiétant, on ne relève pas de coordination, mais au contraire une ignorance mutuelle, entre ces diverses modalités de soins. Trois handicaps, qui demeurent préoccupants, doivent être corrigés :

1) l’hétérogénéité des moyens qui a été évoquée précédemment ;

2) l’absence de coordination entre les structures publiques, privées et associatives ainsi qu’entre le domaine sanitaire et le domaine médico-social (qui accueille les personnes handicapées) ;

3) la non-harmonisation, trop fréquente à l’échelon local, des objectifs des administrations hospitalières, des équipes soignantes et des services extérieurs de l’État, comme les Agences régionales de l’hospitalisation, soumis à une faible pression des usagers.

Les différentes étapes d’un changement souhaitable peuvent toucher des sous-groupes de services et concernent autant les services de psychiatrie dans les [1930] centres hospitaliers généraux que les centres hospitaliers spécialisés. À partir d’une situation qui paraît figée, un travail de préparation et de maturation doit permettre une évolution graduée passant par différents stades qui correspondent aux situations types suivantes : les structures repliées, les structures semi- ouvertes et les structures ouvertes (Massé, 1992).

84.4.1. Structures repliées :  
persistance de l’asile

La notion de structures repliées désigne des structures sur lesquelles la sectorisation a eu peu d’effets. Elles se caractérisent par une forte prédominance de l’hospitalisation à plein temps, un faible développement des structures extrahospitalières, l’éloignement des lieux de soins par rapport aux lieux de vie et le repli sur un recrutement traditionnel des patients sans qu’il y ait de démarche en amont.

Ces structures peuvent aussi être dotées d’une structure extrahospitalière de façade qui ne fait que déplacer des pratiques tournées vers la chronicité. Les années économiquement favorables ont permis de renforcer certaines résistances au développement extrahospitalier, où les moyens ont été attribués surtout aux institutions qui se sont très peu modifiées de l’intérieur.

84.4.2. Structures semi-ouvertes :  
développement de l’extrahospitalier  
mené à son terme

Les structures semi-ouvertes sont des structures sur lesquelles la psychiatrie de secteur a eu une forte influence. Elles se distinguent par une diminution importante des capacités d’hospitalisation à plein temps, le développement de structures extrahospitalières légères, l’éclatement de la prise en charge en vue d’un rapprochement par rapport à la population (à l’exclusion de l’hospitalisation complète) et l’établissement de liens avec les structures et associations environnantes. Cependant, les structures semi-ouvertes demeurent centrées sur un recrutement traditionnel des patients ; elles ne prennent en charge que la population qui s’adresse directement et habituellement à elles.

Si ces lieux de soins ont réussi leur sectorisation, ils demeurent très centrés sur eux-mêmes dans leur fonctionnement. Une forte convergence des acteurs politiques, administratifs, médicaux et des soignants a permis l’évolution vers cette structure semi-ouverte. La mutation doit se poursuivre dans le sens du rapprochement de l’hospitalisation complète des lieux de vie et de la prise en charge de l’ensemble des détresses psychologiques.

84.4.3. Structures ouvertes :  
collaboration avec les soins  
somatiques et le social

Les structures ouvertes ont parcouru le même chemin que les structures semi-ouvertes. Elles présentent donc les mêmes caractéristiques. Mais, en plus, elles ont compris la nécessité d’étendre le domaine de leurs réponses à des demandes qui, jusqu’alors, n’étaient pas prises en considération : les besoins psychologiques lors d’une urgence médico-sociale ou somatique ou les besoins exprimés hors du champ strict de la psychiatrie, par exemple à l’occasion d’une hospitalisation ou à partir de circuits sociaux (Petitjean, Dubret et Tabèze, 1994). De la même façon, les structures ouvertes ont su se rendre disponibles par le biais de consultations, dans des lieux qui n’étaient pas investis habituellement jusque-là.

En outre, la logique du rapprochement par rapport aux patients a incité certains secteurs à transférer des lits d’hospitalisation complète à proximité des lieux de vie.

Ces structures semblent correspondre à ce vers quoi doit tendre la psychiatrie publique et qui peut s’inscrire au sein de plusieurs montages possibles tels que divers protocoles ou conventions entre établissements.

84.5. ABSENCE DE FRONTIÈRE  
ENTRE DOMAINE SANITAIRE  
ET DOMAINE SOCIAL

Rappelons que le domaine sanitaire soigne et que le domaine social assiste. Le risque majeur de dérive sociale touchant les patients stabilisés qui ne relèvent plus des soins prédominants et qui présentent un état marqué par un déficit sur le plan clinique ne pourrait qu’être accentué par un moindre désir, de la part des équipes du secteur psychiatrique, de lutte contre la ségrégation.

[1931]

La priorité donnée à la prévention et au traitement de la crise et des troubles évolutifs accroît la nécessité d’une redéfinition de la prise en charge dans le champ social et des moyens correspondants (Arveiller et Bonnet, 1994).

Il importe de définir un champ intermédiaire de réadaptation qui doit être intégré dans les soins et dont la durée, variable, doit être limitée. Ce temps particulier décentre la thérapeutique en direction de la vie sociale, culturelle ou économique.

La réhabilitation est au contraire sociale et hors du sanitaire. Il est donc nécessaire que les collectivités locales, qui ont pour vocation la vie sociale de la population, soient les instigatrices de projets pouvant être gérés dans un cadre associatif qui maintienne un pont avec le sanitaire. On peut alors poursuivre les soins sur un mode conventionnel avec un praticien ou une équipe de secteur en conservant une réflexion institutionnelle (Vidon, 1997).

Les centres hospitaliers publics peuvent depuis peu créer et gérer des structures médico-sociales d’hébergement dont la population hospitalière serait la clientèle prioritaire. Ces structures devraient être extrahospitalières, d’une petite capacité, respectant à la fois les principales règles du social et les impératifs liés à la maladie mentale.

84.6. FORMULES INNOVANTES  
ET NÉCESSAIRES

Comme dans le cas des urgences ou de l’activité de liaison, des unités d’hospitalisation à plein temps peuvent être gérées par voie de convention à l’hôpital général. Ce dernier offre ses locaux, tandis que le centre hospitalier spécialisé conserve la gestion du personnel affecté. Ce type de gestion ne constitue pas une implantation réelle à l’hôpital général. Il peut permettre une période transitoire avant que soit dressé un premier bilan pouvant justifier ou non la pertinence d’un transfert, ce qui ne représente qu’une éventualité. D’autres solutions de collaboration entre établissements peuvent être envisagées.

Il convient d’observer que des délocalisations réussies transforment une structure hospitalière en un établissement doté d’un «siège social» gérant ses «succursales» avec une totale indépendance administrative et financière, et s’autorisant toutes les formules partenariales souhaitables (Marin, 1990).

Le rôle de centralisation de multiples structures balkanisées qu’assume le centre hospitalier spécialisé redéployé impose un fonctionnement d’agence qui suppose de faire la part de la régulation, de la gestion et de la coordination institutionnelles et de s’assurer qu’il existe des procédures correspondantes pour que soit respectée une plus juste appropriation des réponses thérapeutiques. Il convient donc de distinguer trois cercles dans la filière psychiatrique, lesquels comportent des problèmes d’organisation de nature distincte et une articulation :

- *premier cercle*: les relations entre la psychiatrie publique et la psychiatrie privée, les somaticiens ou les services médico-sociaux qui nécessitent une coordination institutionnelle encore mal établie et des formes de contractualisation à déterminer ;

- *deuxième cercle*: la filière psychiatrique publique, du centre hospitalier spécialisé au centre hospitalier général, en passant par les différentes formes d’intervention extrahospitalière, qui doit s’analyser en fonction de la régulation des moyens (qu’il s’agisse du financement ou du personnel) dans une optique de transferts et d’échanges ;

- *troisième cercle*: le fonctionnement courant du réseau extrahospitalier, le fonctionnement d’agences ayant pour objet de vérifier la circulation des informations et s’adressant au premier cercle pour les méthodes, au deuxième pour la logistique et au troisième pour l’analyse.

84.7. ÉVOLUTION DU DISPOSITIF  
 PSYCHIATRIQUE PUBLIC

84.7.1. Stratégies de réponses  
à la chronicité

La situation des patients qui demeurent hospitalisés au service de psychiatrie mais qui ne relèvent plus d’une hospitalisation à plein temps ne correspond qu’à quelques cadres nosographiques :

- personnes souffrant d’une psychose chronique (schizophrénie, délire chronique) stabilisée, mais aussi d’une nouvelle pathologie chronique (état limite, structure abandonnique, etc.), demeurant [1932] dépendantes de l’institution, en attente d’une structure différente inaccessible ou inexistante, ou retournées à l’hôpital après de multiples tentatives de sortie ;

- personnes âgées présentant des éléments de détérioration psychique et physique, en attente d’un placement dans un service de long séjour ou une maison de retraite ;

- personnes souffrant d’une psychose infantile ou d’un retard mental parvenues à l’âge adulte le plus souvent transférées, il y a fort longtemps, de services de pédopsychiatrie ou, plus récemment, de structures pour handicapés qui ne les ont pas reprises ;

- polyhandicapés et adultes jeunes dépendants du fait d’une atteinte neurologique ayant une évolution lente doublée d’une désocialisation.

La prise en considération de l’autonomie et, en miroir, de la dépendance de ces patients, auxquelles concourent une dimension psychopathologique et les circuits en place (offres de soins, réseaux, trajectoires de vie, politique sociale), doit permettre de dégager les points communs aux soins et aux réponses de type lieux de vie en les articulant (Massé et Bonal, 1995).

Démarche intersectorielle

Le fait de tenir compte de la dépendance institutionnelle aboutit à la prise de conscience de l’obligation de résoudre le problème, de l’insuffisance notoire de moyens de le résoudre à l’extérieur des établissements et donc de créer les outils nécessaires.

La population en cause a le plus souvent perdu ses repères familiaux et environnementaux (facteur par ailleurs très important de chronicité). L’hôpital ou le pavillon sont devenus son cadre de vie habituel, et la notion de secteur apparaît comme peu pertinente du fait de la rupture avec la communauté ou avec un contexte géographique. Chaque service, en fonction de son histoire, accueille une diversité de situations (en proportion variables selon le passé de l’institution).

Il semble cohérent de faire bénéficier ces patients d’une démarche spécifique intersectorielle, c’est-à-dire commune à plusieurs secteurs, capable d’induire une dynamique propre.

Il importe d’aboutir à la requalification des unités de court séjour demeurant dans un cadre unisectoriel et à la spécification d’unités de long séjour par la mise en commun de moyens et de compétences entrant dans une dynamique marquée par « une autre manière de faire » qui ne doit, sous aucun prétexte, être dévalorisée comme cela a trop souvent été le cas auparavant. Les patients seront regroupés selon leur situation clinique et leur état de dépendance, en fonction de chaque projet thérapeutique réévalué, dans ces unités particulières dont la mission sera centrée sur une population homogène quant à ses modes évolutifs et à ses problèmes de prise en charge, seul objet de l’attention des soignants (Gouffinhal et Gabbaï, 1988).

Principes communs

Des unités reconnues

Chaque unité doit être placée sous la responsabilité d’un médecin et d’un cadre infirmier responsables des nouvelles missions définies, lesquelles impliquent des objectifs précis.

Cette mutation des services de soins apparaît bien évidemment, tant sur le plan chronologique que dans l’ordre des priorités, comme un élément essentiel. Seule l’option de la mise en œuvre, au profit de chaque patient hospitalisé, d’un projet thérapeutique individuel faisant appel aux compétences nécessaires, y compris extérieures au champ de la psychiatrie, dans l’état actuel des connaissances, satisfait aux exigences éthiques. Elle évite de créer deux niveaux d’hospitalisation, en requérant une réponse au cas par cas et non sur un plan général. Une démarche volontariste du corps médical, maintenant un intérêt et une capacité d’intervention pour tous les malades hospitalisés, adaptée à leur état, implique une spécialisation des unités dans un souci d’efficacité et de cohérence. Elle ne comporte aucune connotation négative puisqu’il s’agit de reconnaître et d’investir des réalités cliniques nécessitant une approche adaptée à chaque patient.

Il s’agit de raisonner en fonction de l’insertion des malades souffrant de troubles ayant une évolution longue, l’insertion étant alors définie comme la possibilité pour le patient de développer au maximum ses capacités. Aborder franchement le problème de la dépendance et du déficit comme une mission dont on reconnaît l’importance répond, pour un établissement, aux principes de solidarité et de responsabilité.

[1933]

Des unités spécifiques

Les unités seront amenées à voir évoluer la population prise en charge, ce qui leur permettra de se transformer pour assumer de nouvelles missions sanitaires ou médico-sociales.

Les unités créées notamment en ce qui concerne les personnes souffrant de psychose infantile et de retard mental ou les polyhandicapés, pour ne pas risquer de redevenir rapidement des lieux d’abandon demeurant définis comme sanitaires, devront évoluer vers des lieux de vie en maintenant des liens contractuels avec les secteurs d’origine. Leur évolution vers un statut médico-social préservera un cadre institutionnel. La notion de groupes de vie permettra l’établissement de moyens de mise en activité sur le plan de la vie quotidienne, de moyens pédagogiques et culturels, de socialisation et de déségrégation. Les soins spécifiques apportés de façon ponctuelle lors de crises ou centrés sur l’approche corporelle ayant une visée rééducative ou psychothérapeutique (psychomotricité, kinésithérapie, ergothérapie, etc.) pourront être assumés par les équipes de secteur dans un cadre contractuel.

On ne peut qu’être frappé par les similitudes de fonctionnement entre les unités mises en place ou prévues dans les centres hospitaliers selon les modalités qui viennent d’être exposées et les structures médico-sociales. Les deux démarches se définissent à l’identique comme un lieu de vie et de soins, générateur de projets de vie variés et ouverts.

84.7.2. Psychiatrie de l’exclusion

Il est primordial de faire un débat de société sur la conception de la santé en tant qu’approche globale de l’homme, sur le comportement de tous vis-à-vis de l’autre et de sa différence, sur notre vision de la solidarité à une époque marquée par l’égoïsme collectif (Castel, 1995).

Débat interne dépassé

Force est de relever l’opposition de certains intervenants de la psychiatrie publique à tout engagement en dehors de situations strictement pathologiques et reconnues en tant que telles. Ce type de rapport au social interdit toute relation partenariale sur le terrain de la déqualification sociale qui n’est pas une maladie, ce qui n’est pas acceptable pour les travailleurs sociaux, même lorsque ces derniers se contentent de formuler une demande de formation et de supervision. Cette position se limite aux soins des malades mentaux, même si ces derniers sont considérés comme des exclus sociaux « parmi d’autres ».

Ce repli frileux, qui condamne au cantonnement d’une psychiatrie traditionnelle, n’a rien à voir avec une politique de secteur ambitieuse, qui est avant tout une politique de santé publique adaptée à la santé mentale et continuellement évolutive. La crainte d’une déspécification, qu’accompagne l’approche timide d’une réelle pluridisciplinarité, refuse le passage du statut de spécialiste de la pathologie à celui de spécialiste de la normalité. Cette position met en avant et considère comme un argument de poids le risque d’une psychiatrie pouvant être perçue comme excessive sur son terrain (Perret, 1995).

Une autre tendance souhaite promouvoir une psychiatrie des limites associant la psychiatrie sociale avec la psychiatrie de liaison. Elle désire apporter une aide aux sujets souffrant en raison d’un contexte difficile, voire insupportable, à partir non plus d’un état pathologique supposé, mais d’un état normal, tout autant supposé, en acceptant de se mesurer à une nouvelle clinique (dévalorisation, compulsion pour l’échec, etc.). Elle refuse le prétexte de l’absence de demande (quasi obligatoire dans un premier temps) et le risque de psychiatrisation qu’elle pense fallacieux. Elle se situe facilement en dehors de lieux classiques d’exercice (centre médico-psychologique, hôpital de jour, centre de crise, etc.) pour aller au-devant de ceux qu’elle souhaite aider, en acceptant de le faire aux côtés d’autres intervenants (Maisondieu, 1995). Évidemment, cette position s’inscrit pleinement dans les axes actuellement définis de la politique française de santé mentale.

Alliance nécessaire avec le social

En ce moment, on relève trop souvent une collaboration peu développée entre le secteur psychiatrique et les divers dispositifs sociaux. Ce constat a pour corollaire celui selon lequel il est très difficile de mettre en place une pratique de prévention alors que l’effort s’est centré sur d’autres solutions que l’hospitalisation, une telle perspective portant en elle des germes [1934] d’hospitalocentrisme. L’effort pour sortir des « murs » (ces derniers pouvant être extrahospitaliers en raison de déplacements de la pratique sans adaptation) a trop souvent été fait « en plus », quant aux moyens, par des équipes, motivées mais trop souvent restreintes en nombre ou privilégiant les soins des patients psychotiques (Bardaune, Lery et Maisondieu, 1990).

Cela peut expliquer le sentiment des professionnels du social d’être laissés pour compte, et de n’être pas entendus, par des équipes de soins dont certaines affirment qu’elles ne peuvent rien proposer sans une demande élaborée, ou au moins exprimée, de la part de nombre de nos concitoyens qui ne se considèrent pas comme « malades » mais n’en souffrent pas moins. Une telle position de certaines équipes paraît être en rupture avec l’esprit du secteur, qui impose de concevoir et de réaménager l’offre de soins en fonction des circonstances rencontrées.

Raccourcir le temps passé entre l’émergence de la souffrance et l’aide proposée représente, tout compte fait, l’idée principale du secteur. Or, par définition, la souffrance psychique ne donne pas lieu à une demande de soins lorsque le patient n’est pas conscient de cette souffrance. L’indication apparaît alors chez les proches ou dans le social. Il convient donc de travailler en réseau sans position de domination, de demeurer disponible, humble, de prouver au cas par cas son efficacité et sa compétence, de se déplacer et non de faire venir les personnes dans un lieu qui, même extrahospitalier, demeure marqué par une image refusée par beaucoup a priori. De ce point de vue, le travail en réseau avec le social ne semble guère différent du travail de liaison avec l’hôpital général.

Démarche en réseau

La mise en réseau d’une offre de soins, notion qui ne doit pas être confondue avec celle de filière représentant le parcours des patients, permet d’améliorer la compétence des membres du réseau tout en proposant des prestations de qualité dans la périphérie de ce dernier (Bantman et Dufour-Selmanovitch, 1995).

La population des exclus a perdu tout réflexe de recours aux soins, auxquels elle accède le plus souvent par les urgences, ce qui est accentué par une méconnaissance de ses droits et un manque d’initiative devant toute démarche administrative. Il importe donc d’amorcer un travail en partenariat, qui vise à permettre de nouveaux rapports entre professionnels de formation et de sensibilité différentes et à adapter les pratiques et les réponses aux problèmes qui se présentent, au quotidien, en collaborant avec :

- les centres d’hébergement et de réadaptation sociale (CHRS), qui s’inscrivent dans un vaste champ d’intervention entre l’urgence et le logement ;

- les SAMU sociaux, des structures mobiles d’aide aux exclus dans les lieux publics ;

- les boutiques de solidarité et les points d’accueil de jour ;

- les initiatives hospitalières (prestation de soins et délivrance de médicaments en consultation externe, cellules administratives d’accueil installées dans des locaux hospitaliers) ;

- les réseaux des missions locales et des permanences d’accueil, d’information et d’orientation (PAIO) ;

- les réseaux de santé de proximité soutenus par le plan Santé ville ;

- les fédérations ou associations caritatives de solidarité (Médecins sans frontières, Médecins du monde, Secours populaire, Secours catholique, Remède, Comède, Reso, Entr’aide protestante, etc.).

De telles articulations doivent être contractualisées par des conventions, véritables cahiers des charges, liant les partenaires en cause.

Articulations souhaitables

La loi de 1975 supplée à certaines insuffisances de la protection sociale des chômeurs, des marginaux, des malades mentaux et des personnes âgées. Dans la situation économique difficile que l’on connaît actuellement, elle est amenée à servir de « filet » à de nombreux chômeurs dont les prestations tirent à leur fin.

On note que peu de bénéficiaires passent de l’allocation aux adultes handicapés (AAH) au revenu minimum d’insertion (RMI) compte tenu de la différence des revenus accordés et d’une faible adaptabilité. C’est davantage dans le sens inverse, du RMI aux Commissions techniques d’orientation et de reclassement professionnels (COTOREP), qui s’adressent [1935] aux handicapés, que se fait l’échange (Jaeger et Monceau, 1992).

L’intervention psychiatrique dans le cadre du RMI montre que la détresse psychosociale, qui constitue le noyau pathologique de la population rencontrée, justifie une telle intervention, mais il faut la définir strictement pour éviter la dérive du contrôle social. La pathologie est largement dominée par une problématique de honte doublée de phobies des contacts sociaux, d’une appréhension du jugement d’autrui et de conduites d’évitement, aboutissant à des réactions de dépassement (passages à l’acte suicidaire, forte consommation d’alcool, compulsion pour l’échec). Cette autoexclusion, si elle n’est pas prise en considération, rend aléatoire tout effort d’insertion (Kovess et coll., 1995).

Ce qui caractérise le groupe des RMistes est moins le faible niveau de qualification professionnelle que leurs antécédents de rupture (20% des allocataires ont connu un placement dans l’enfance comparativement à 1% dans la population générale) et leur isolement relationnel (80% sont des isolés). Une enquête conduite en Île-de-France en 1991 a montré, chez les RMistes, pratiquement le même pourcentage de psychoses chroniques que dans la population générale. Par contre, ces derniers souffrent beaucoup plus fréquemment de troubles dépressifs graves, de phobies graves, de troubles somatoformes et liés à l’usage de substances.

La circulaire ministérielle du 27 mars 1993 relative aux dispositifs d’insertion en application de la loi du 29 juillet 1992 préconise une meilleure articulation entre psychiatrie et RMI lors de l’instauration d’une politique départementale en faveur des plus démunis.

Un travail en réseau favorisé par le développement de la psychiatrie de secteur (à savoir de l’extra-hospitalier) doit aborder les situations de marginalisation et de détresse sociale en incluant une collaboration avec les antennes RMI qui gèrent les allocations aux chômeurs. Dans le cadre de l’instruction des dossiers des bénéficiaires du RMI, des modalités de travail partenariales entre les équipes de travailleurs sociaux des services instructeurs et les équipes psychiatriques doivent être instaurées. Il faudra intensifier et généraliser ces pratiques sur le réseau départemental en privilégiant la valorisation de l’image de la psychiatrie, l’articulation avec les médecins généralistes, la clarification du contrat d’insertion pour ce qui est du volet santé et en évitant tout dérapage vers l’obligation de soins.

La définition et la clarification du cheminement vers les soins doivent permettre de distinguer les phases d’écoute, d’orientation et de soins par une articulation accrue entre le dispositif de soins et les services instructeurs. Cette orientation peut déboucher sur des objectifs de travail et des méthodologies dans chacun des secteurs en question. Les travailleurs sociaux et les professionnels de la santé sont des interlocuteurs privilégiés de la population, notamment lorsque celle-ci fait face à des difficultés. L’ensemble de ce réseau doit connaître les prestations de chaque intervenant, ses compétences et ses limites, et se montrer capable d’orienter les patients vers la structure la plus adaptée. Cela suppose une démarche de la part des établissements spécialisés consistant à faire connaître leur savoir-faire. L’expérience menée dans le département du Loiret est, dans ce contexte, d’un intérêt certain.

La sectorisation doit mettre en place un dispositif de santé publique susceptible de faciliter l’accès aux soins pour une population donnée, permettant des prestations de qualité garantie, tout en favorisant la continuité des soins. On ne peut que regretter les possibles ruptures introduites dans cette continuité au nom d’une répartition pas très rigoureuse, voire tatillonne, des patients à partir d’un critère unique de zones géographiques.

Intérêt de l’intersectorialité

Aux critères d’exclusion, beaucoup souhaitent voir se substituer des indications quant à l’inclusion permettant des traitements qu’offriraient des équipes aux compétences évidentes et reconnues par tous. La notion de continuité des soins doit privilégier les critères fonctionnels au détriment de critères géographiques, qui toutefois doivent demeurer afin qu’aucun patient ne soit exclu des soins. La notion de traitements différenciés implique des mécanismes intersectoriels, tant sur le plan de l’utilisation des moyens que sur celui du recrutement des patients, ce qui apparaît particulièrement pertinent dans les mégalopoles, pour les situations cliniques que nous venons d’évoquer.

L’expérience montre qu’il existe dans les mégalopoles un volume d’activité suffisant pour qu’une équipe améliore sa technique dans certains domaines. [1936] Qu’il s’agisse d’une unité fonctionnelle à vocation intersectorielle ou d’un intersecteur à part entière, plusieurs préalables s’imposent si l’on veut optimiser ses actions :

- une évaluation précise des besoins et une inscription dans les schémas d’organisation départementaux et régionaux ;

- un projet médical précis et cohérent, soutenu par des motivations fortes avalisées par les autorités de tutelle ;

- une parfaite définition de l’articulation avec les autres secteurs et éventuellement avec les intersecteurs ainsi qu’avec la psychiatrie libérale et la psychiatrie associative.

Bien d’autres thèmes peuvent être touchés par l’intersectorialité, qu’il s’agisse des adolescents, de la gérontopsychiatrie, de l’alcoologie, de la toxicomanie, etc., de même que plusieurs secteurs correspondant à la zone d’attraction d’un centre hospitalier général, comme les urgences ou la psychiatrie de liaison (Rigaud, 1996).

84.7.3. Urgences

Bien que l’urgence psychiatrique représente entre 10% et 25% du total des urgences générales à l’hôpital, il existe une grande inégalité nationale entre les réponses. Si le dispositif émane du secteur psychiatrique, la réponse peut être inexistante, ou, à l’opposé, consister en un centre d’accueil et de crise fonctionnant 24 heures sur 24. Ce peut être un centre médico-psychologique ouvert de 9 heures à 20 heures, assurant dans cette plage horaire les urgences connues. Si le dispositif émane de l’hôpital général, là encore la réponse peut être inexistante, ou consister en la présence isolée d’un psychiatre aux urgences ou en pratique de liaison. À l’inverse, il peut s’agir d’une véritable unité diversifiée au sein d’un service d’urgence générale, effectuant un travail de crise et comportant des lits-portes de court séjour ou de crise (p. ex., Nantes). Enfin, les expériences de collaboration entre le Service d’aide médicale d’urgence (SAMU) et la psychiatrie sont rarissimes.

Le premier texte organisant la réponse aux urgences psychiatriques a été la circulaire du 15 juin 1979. Pour l’essentiel, il a eu très peu d’effets. La situation est en train d’évoluer notablement et durablement vu la conjonction de différents facteurs :

- Il y a une évolution des pratiques et des demandes dans les domaines de la psychiatrie, de la médecine, comme dans la société en général. Il deviendra de plus en plus difficile aux dispositifs sanitaires de ne pas organiser de réponse spécialisée, tant la demande augmente et la reconnaissance des besoins se banalise rapidement, tandis que l’absence de réponse devient insupportable. En même temps, on sollicite le dispositif psychiatrique afin qu’il réponde à bien d’autres questions que la psychose, sans pour autant renoncer à celle-ci. On y verra, mais pas exclusivement, l’augmentation de la demande dans la nébuleuse des « crises » médico-psycho-sociales, ainsi que pour d’autres clientèles ciblées (personnes âgées, exclus, délinquants sexuels ...). Un exemple frappant de cette évolution concerne l’émergence rapide de la « psychiatrie » des victimes (d’abus, d’un traumatisme, d’un attentat ou d’une catastrophe collective). Même si l’on peut s’interroger sur l’idée d’une psychiatrie faisant face à la rupture du lien social et à la restauration de celui-ci, il existe un tel déficit de réponse qu’un changement de positionnement du dispositif doit être trouvé, sinon la psychiatrie deviendra une discipline marginalisée. Il ne faudra ni méconnaître ni éluder les questions cliniques, de formation, éthiques et sociopolitiques que cette évolution soulève et pour lesquelles, très souvent, le domaine de l’urgence psychiatrique représente un carrefour obligé.

- La demande émanant des généralistes et des familles devient de plus en plus claire, stigmatisant l’insuffisance de réponse du dispositif psychiatrique. Les associations d’usagers et leurs familles exercent une influence qui ira en grandissant en raison de leur présence nouvelle aux conseils d’administration des établissements hospitaliers.

- Le décret de mai 1995 oblige les hôpitaux généraux, s’ils veulent être reconnus comme pôle d’urgence, à disposer d’un plateau technique qui ne sera agréé que s’il est, entre autres, conforme aux normes effectives de la présence et de la disponibilité psychiatriques sur le site d’urgence. Désormais, les hôpitaux généraux demandent avec insistance un rapprochement opérationnel avec le dispositif psychiatrique.

- On commence à voir émerger en psychiatrie (infanto-juvénile comme générale) un courant d’idées, validé par des travaux de recherche et [1937] d’évaluation, selon lequel un certain type de prévention est possible et utile, grâce à une accessibilité accrue du dispositif liée à une intervention précoce, autorisant une détection suivie de traitements plus rapides.

- Il existe une demande croissante émanant des services mobiles d’urgence pour obtenir une coopération psychiatrique à leur activité.

Pour ces raisons, on verra se multiplier dans les années à venir des réponses consolidées ou structurées dans le domaine de l’urgence psychiatrique. Ce mouvement qui vient d’être lancé est sûrement irréversible. Il favorisera des pratiques diversifiées ainsi que des filières particulières, source de recherche clinique et d’évaluation, à l’exemple d’autres pays. La question qui apparaîtra dans les prochaines années ne pourra donc se réduire à l’équipement de base, pourtant indispensable, mais elle englobera l’analyse et l’évaluation des objectifs et des missions de base d’une activité d’urgence psychiatrique.

Les objectifs principaux d’un dispositif d’urgence psychiatrique à l’hôpital général devraient être les suivants :

- détecter et évaluer les troubles psychiatriques, y compris dans les pathologies mixtes, ce qui suppose une bonne articulation avec les disciplines médico-chirurgicales et avec les disciplines traitant les troubles liés à l’alcoolisme ou à la toxicomanie ;

- amorcer précocement le traitement ;

- réaliser, en cas d’orientation, le circuit le plus court possible pour le patient ;

- faciliter l’entrée, si cela est nécessaire, des patients nouveaux dans le dispositif psychiatrique ou médical, et ce dans les meilleures conditions ;

- participer et coopérer à la politique de désinstitutionnalisation du secteur psychiatrique en offrant une réponse graduée qui permette la mise en place de solutions autres que l’hospitalisation psychiatrique en général, pour les patients connus comme pour les patients nouveaux ;

- être partie prenante d’une politique de prise en charge et de prévention du suicide, dont les urgences psychiatriques ne représentent qu’un maillon.

Le site d’urgence psychiatrique, qui se trouve au sein du service des urgences, doit être aisément accessible et identifiable *(hot line),* articulé avec le dispositif psychiatrique public et privé et avec l’hôpital général. Le modèle le plus fréquemment rencontré est celui de la mise à la disposition du service des urgences médicales, par les secteurs psychiatriques de la zone sanitaire en cause, du personnel médical et paramédical intervenant sous la responsabilité du chef du service des urgences. L’objectif visé est de faciliter le rapprochement opérationnel entre l’hôpital général et l’hôpital psychiatrique, partout où cela est possible, par la mixité du personnel et des structures afin d’éviter l’appropriation de l’activité d’urgence psychiatrique au profit de l’hôpital général, au détriment de la vision globale de la filière psychiatrique. Il s’agit aussi d’inciter fortement le secteur psychiatrique à y participer. Cette coordination ne paraît pas exclure les acteurs privés.

Le travail de base ne peut se limiter à l’urgence psychiatrique proprement dite, c’est-à-dire au tri et à l’orientation. Il doit permettre d’établir un travail de crise pendant une durée brève tant sur le plan hospitalier (lits d’hospitalisation d’une durée brève, de 24 à 72 heures, y compris sous contrainte) que sur le plan de consultations de post-urgence sur le même site.

La possibilité, même partielle, d’intervenir en dehors de l’hôpital dans la communauté (mobilité) peut représenter un puissant facteur d’articulation avec le centre de régulation des urgences, les généralistes et le réseau social, de façon à coordonner un réseau préhospitalier et hospitalier d’urgence psychiatrique.

\*  
\* \*

Les ordonnances récentes livrent un certain nombre d’outils favorables au développement de la politique de santé mentale en espérant que son dispositif saura s’en emparer (Massé, 1996).

Un souci de responsabilisation des acteurs s’exprime notamment par des contrats d’objectifs externes aux établissements et internes entre les principaux partenaires institutionnels. Les contrats d’objectifs externes seront conclus dans une perspective pluriannuelle, permettant une meilleure adaptation aux évolutions nécessaires. Chaque établissement devra se mobiliser autour du directeur et du président de la commission médicale d’établissement, en s’appuyant sur le projet médical, sur le projet de soins infirmiers, [1938] sur les projets de services et sur le projet d’établissement.

Un souci d’insertion des établissements de santé dans leur environnement amènera à élaborer des actions de coopération :

- Tous les établissements publics devront inscrire leur développement dans une communauté d’établissements dont le cadre est le secteur sanitaire, afin de promouvoir des visions stratégiques et des moyens communs.

- Une modalité nouvelle de coopération entre établissements privés et publics sera rendue possible par la création d’un groupement de coopération sanitaire.

- Des réseaux de soins seront organisés pour l’amélioration de la prise en charge dans une zone géographique déterminée, sur la base d’une coopération volontaire, en complémentarité avec le domaine médico-social.

Le dispositif de santé mentale aura à faire preuve de son caractère multipartenarial et d’une grande capacité d’intervention, et ce à chaque sollicitation. Il devra également s’organiser en dépassant les barrières et les clivages traditionnels (p. ex., généralistes/hospitaliers) afin d’assurer des démarches globales au sein de filières, dans la continuité thérapeutique, tout en évitant les redondances des actes entre professionnels (Sœur, 1995). Cette coopération sera intégrée, répétons-le, dans des contrats d’objectifs qui prendront en considération le financement. En outre, il sera nécessaire de donner une plus grande place aux usagers dans les instances représentatives et les futures commissions de conciliation.

Quant aux données concernant l’évaluation et l’accréditation, il revient aux acteurs de la psychiatrie de les définir, au mieux, en les centrant sur les patients et non sur les procédures (Raynaud et Lopez, 1994).

Bibliographie

Arveiller, J.-P., et Bonnet, C.

1994 *L’insertion du malade mental*, Ramonville, Érès.

Bantman, P., et Dufour-Selmanovitch, L.

1995 « La notion de réseau en psychiatrie. Réflexions sur l’utilisation du terme de réseau dans le champ médico-social », L’Information psychiatrique, vol. 8, p. 750-756.

Bardaune, I., Lery, J.-F., et Maisondieu, J.

1990 « Psychiatrie et revenu minimum d’insertion », Annales médico-psychologiques, n° 8, p. 736-739.

Boisguérin, B., Parayre, C., et Quemada, N.

1994 *Enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale,* Paris, Inserm, OMS, ministère des Affaires sociales, DGS, juillet.

Castel, R.

1995 *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Fayard.

1984 *La gestion des risques de l’antipsychiatrie à l’après- psychanalyse,* Paris, Minuit.

Chanoit, P.F. (sous la dir. de)

1991 Psychiatrie sociale à l’heure européenne, Ramonville, Érès, coll. « Psychiatrie et société ».

George, M.C., et Tourne, Y.

1994 Le secteur psychiatrique, Paris, PUF, coll. « Que sais- je ? », n° 2911.

Gouffinhal, Y., et Gabbaï, P.

1988 « Psychoses infantiles et dysharmonies psychotiques parvenues à l’âge adulte. Expériences de prises en charge en institution », L’Information psychiatrique, n° 1, p. 25-37.

Jaeger, M., et Monceau, M.

1992 « Un choix de “carrière” » : Rmiste ou handicapé ? », Nervure, vol. 5, n° 5, p. 76-79.

Jeanson, F.

1987 *La psychiatrie au tournant,* Paris, Seuil.

KOVESS, V., et coll.

1995 « La psychiatrie face aux problèmes sociaux : la prise en charge des Rmistes à Paris », L’Information psychiatrique, n° 3, p. 273-285.

Maisondieu, J.

1995 « Psychiatrie des limites, limites de la psychiatrie », Nervure, vol. 8, n° 2, p. 74-79.

Marin, P.

1990 *Activité extrahospitalière en psychiatrie,* Paris, Berger-Levrault.

Massé, G.

1996 « La psychiatrie de l’exclusion : une vision transversale », Pratiques psychologiques, n° 2, p. 11-17.

1994 « Proposition pour une évolution des institutions psychiatriques en France », Sociologie santé, n° 10, p. 55-66.

1992 *La psychiatrie ouverte. Une dynamique nouvelle en santé mentale,* Rennes, Éditions ENSP.

[1939]

Massé, G. (coord.)

1996 « Santé mentale. L’individu, les soins, le système », Actualité et dossier en santé publique, n° 15.

Massé, G., et Bonal, C.

1995 « Adultes handicapés loi du 30 juin 1975 », Encyclopédie médico-chirurgicale, Paris, Psychiatrie, 37901 A20.

Massé, G., et Mie, J.-C.

1995 « Évolution et devenir des institutions psychiatriques », Encyclopédie médico-chirurgicale, Paris, Psychiatrie, 37917 A20.

Massé, G., et Mosnier, G.

1996 *Soins psychiatriques. Guide des innovations,* Taverny, Heures de France.

Massé, G., Petitjean, F., et Caroli, F.

1984 « Le secteur de psychiatrie générale », Encyclopédie médico-chirurgicale, Paris, Psychiatrie, 37915 A10, 2.

Mordelet, P., et Massé, G.

1990 « La place de l’hospitalisation psychiatrique dans la politique de santé mentale, aujourd’hui et demain », Cahiers statistiques solidarité et santé, n° 17, p. 273- 285.

Perret, J.

1995 « Sanitaire et social. Entre cloisonnement belliqueux et dilution consensuelle : une articulation cohérente des compétences », L’Information psychiatrique, n° 8, p. 757-763.

Petitjean, F., Dubret, G., et Tabèze, P.

1994 *Psychiatrie à l’hôpital général,* Ramonville, Érès.

Raynaud, M., et Lopez, A.

1994 *Évaluation et organisation des soins en psychiatrie,* Paris, Frison-Roche.

RlGAUD, A.

1996 « Les réseaux de soins en alcoologie : situation actuelle et perspectives d’évolution », Dépendances, vol. 8, n° l, p. 28-32.

Senninger, J.L., et Fontaa, V.

1994 *Les unités pour malades difficiles,* Taverny, Heures de France.

Sœur, A.

1995 *La politique de santé mentale en question. De la circulaire du 14 mars 1990 au Rapport Massé,* Bordeaux, Les Études hospitalières.

VlDON, G. (sous la dir. de)

1997 *La réhabilitation psychosociale en France,* Paris, Frison-Roche.

Lectures complémentaires

Aymé, J.

1995 *Chroniques de la psychiatrie publique à travers l’histoire d’un syndicat*, Ramonville, Érès.

KOVESS, V., et coll. (sous la dir. de)

1999 *Psychiatrie années 2000 : organisations, évaluations, accréditation,* Paris Flammarion.

Mordelet, P.

1987 *La santé mentale. Organisation et gestion,* Paris, Berger-Levrault.

Zarifian, E.

1988 Les jardiniers de la folie, Paris, Éditions Odile Jacob.

[1940]

**Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale**Tome 2. Spécialités, traitements, sciences fondamentales  
et sujets d’intérêt

SIXIÈME PARTIE  
*Sujets d’intérêt*

Chapitre 85

ÉVOLUTION  
DES SERVICES  
PSYCHIATRIQUES  
EN SUISSE

[Retour à la table des matières](#tdm)

Pierre Bovet, M.D., F.M.H.

Psychiatre adjoint au Département universitaire de psychiatrie adulte de Lausanne

Maître d’enseignement et de recherche à l’Université de Lausanne

Jacques Gasser, M.D., Ph.D., F.M.H.

Psychiatre associé au Département universitaire de psychiatrie adulte de Lausanne et à l’Institut romand d’histoire de la médecine de Lausanne

Maître d’enseignement et de recherche et privat-docent à l’Université de Lausanne

François Borgeat, M.D., M.Sc., F.R.C.P.C.

Psychiatre, chef du Département universitaire de psychiatrie adulte de Lausanne

Professeur de psychiatrie à l’Université de Lausanne et à l’Université de Montréal

[1941]

**PLAN**

85.1. Particularités politiques et culturelles de la Suisse

85.2. Origines de la psychiatrie en Suisse

85.3. Clinique du Burghölzli

85.4. Évolution de la psychiatrie en Suisse

85.4.1. Évolution de la psychiatrie de 1920 à 1960

• Hans Steck, professeur de psychiatrie

85.4.2. Évolution de la psychiatrie depuis 1960

85.5. Tendances actuelles

Bibliographie

Lectures complémentaires

[1942]

La psychiatrie en Suisse a fait preuve, au cours du 20e siècle, d’une très grande richesse, sans commune mesure avec la taille ou avec l’importance culturelle de ce pays. S’il n’existe pas à proprement parler d’école suisse de psychiatrie, on peut cependant reconnaître à la psychiatrie suisse un « air de famille », au sens où l’entend Wittgenstein.

85.1. PARTICULARITÉS  
POLITIQUES ET CULTURELLES  
DE LA SUISSE

Les structures politiques particulières de la Suisse jouent un rôle déterminant dans l’évolution de sa psychiatrie. La Suisse est une confédération fortement décentralisée, composée de 26 « États » qui ont chacun une très grande autonomie, voire une souveraineté complète, dans des domaines importants pour la psychiatrie : santé publique, instruction publique, organisation judiciaire, fiscalité et répartition des ressources. Cette souveraineté s’exerce dans des communautés qui sont aujourd’hui encore très petites : la croissance démographique de la Suisse au cours du 20e siècle est marquée par l’émergence de 4 cantons ayant la taille d’un petit département français, mais les 22 autres comptent moins d’un demi-million d’habitants chacun. Le cloisonnement administratif est marqué, relayé dans la population, malgré le brassage démographique, par une attention sourcilleuse à préserver ces particularismes. La Suisse moderne, dès le milieu du 19e siècle, cherche à préserver sa cohérence et son unité sans nier les différences confessionnelles (cantons catholiques et cantons protestants) ou économiques (cantons de plaine, essentiellement industriels, et cantons de montagne, essentiellement agricoles).

Un professeur du canton de Zurich, aussi brillant et influent soit-il dans son fief, n’aurait jusqu’à présent aucune chance d’imposer ses vues à ses homologues des autres cantons. Paradoxalement, ce sont ces barrières qui, croyons-nous, ont favorisé le dialogue : on échange plus librement avec un collègue par qui on ne sent nullement son pouvoir menacé ; les confrontations de points de vue perdent, et c’est tant mieux, en dogmatisme défensif.

Aux dialogues internes il faut ajouter les échanges internationaux dans lesquels les psychiatres suisses se sont plongés dès le début. Bien sûr, le plurilinguisme dont bénéficient les Suisses facilite en pratique ces contacts. Mais la diversité linguistique du pays joue également un rôle plus subtil : chaque communauté entretient en effet avec son voisin linguistique (Allemagne, France et Italie) un rapport ambigu, marqué par des souhaits d’identification (s’y reconnaître et s’y faire reconnaître) et des souhaits de différenciation très prononcés. Un universitaire suisse alémanique cherche à se distinguer de ses collègues allemands par la proximité qu’il cultive avec la France — et réciproquement pour un universitaire romand. La neutralité militaire de la Suisse au cours des deux guerres mondiales a favorisé cet état d’esprit.

Relevons une autre particularité politique de la Suisse : son système de démocratie directe. La Suisse est l’un des très rares pays au monde où la population se prononce par référendum sur certaines pratiques psychiatriques. Par exemple, des votations populaires ont eu lieu ces dernières années sur la politique sanitaire à adopter en matière de toxicomanie, sur une réforme de l’assurance invalidité, sur la recherche génétique et sur la construction d’un hôpital psychiatrique.

Voilà donc le décor posé : un petit pays (marqué, rappelons-le, car on a peine à s’en souvenir aujourd’hui, par une grande pauvreté et une forte émigration pour des raisons économiques jusque dans les années 30), fragmenté en une vingtaine de petites souverainetés et trois groupes linguistiques principaux, mais qui, à cause même de ces frontières étroites, multiplie les échanges à l’intérieur et avec l’étranger.

85.2. ORIGINES DE LA PSYCHIATRIE  
EN SUISSE

Comme dans le reste de l’Europe, la psychiatrie s’est institutionnalisée en Suisse dans le courant du 19e siècle. Des lieux spécifiques pour le soin des aliénés sont aménagés dès 1810 dans le canton de Vaud, pionnier en la matière ; les autres cantons ont créé leurs propres institutions dans les décennies suivantes, jusqu’aux dernières années du 19e siècle.

Une société professionnelle — la Société des médecins aliénistes suisses — s’est formée et réunie pour la première fois en 1864. Elle regroupait les directeurs des différentes institutions publiques et privées, qui se rencontraient généralement une fois par année. Au début, les discussions portaient essentiellement sur [1943] l’influence que pourrait exercer un regroupement de médecins se disant spécialistes de l’assistance aux aliénés. En fait, vers le milieu du 19e siècle, les aliénistes étaient peu reconnus en tant que groupe professionnel, et la deuxième moitié du siècle a surtout été caractérisée par la professionnalisation du métier d’aliéniste, puis de celui de psychiatre. Cette reconnaissance s’est effectuée de plusieurs façons, par exemple à travers la maîtrise des statistiques du nombre de personnes atteintes d’aliénation mentale et par la création d’une nosographie acceptée à la majorité ; ainsi pouvaient être faites des comparaisons entre établissements, ce qui rendait plus crédibles les revendications des aliénistes auprès des autorités politiques.

On notera encore, vers la fin du 19e siècle, les nombreuses discussions tenues aux réunions de la Société des médecins aliénistes suisses à propos de la responsabilité des criminels aliénés. On se préoccupait de l’élaboration de lois particulières pour la protection des malades et des handicapés mentaux. Le débat concernant la notion de « responsabilité restreinte », dans les années 1880, est exemplaire. Au cours de la discussion de l’avant-projet d’un Code pénal unifié pour toute la Suisse, les spécialistes du droit et ceux de la pathologie mentale se mettent d’accord pour proposer des articles de loi permettant de tenir compte d’une baisse de la responsabilité pénale pour des raisons psychiatriques chez certains accusés paraissant souffrir d’un trouble mental en rapport avec leur délit. Même si le Code pénal suisse n’est entré en vigueur qu’au début des années 40, plusieurs affaires célèbres ont permis aux psychiatres de l’époque de se prononcer sur cette question ; l’exemple de l’affaire Lucheni, du nom de l’assassin de Sissi, impératrice d’Autriche, analysée par Auguste Forel en est une bonne illustration (Forel, 1902).

D’une façon plus générale, une grande attention aux aspects sociaux de la psychiatrie apparaît clairement, en particulier dans les œuvres d’Adolf Meyer et de son maître Auguste Forel. Meyer est devenu l’un des pionniers de la psychiatrie américaine ; sa théorie psychobiologique a conduit au concept de « réaction » qui a profondément transformé l’approche nosographique américaine, comme en témoigne le DSM-I, publié en 1952 (Grob, 1991). De son côté, Forel a joué un rôle central dans la naissance du mouvement d’hygiène mentale lorsqu’il a engagé, à la fin du 19e siècle, la lutte antialcoolique et l’éducation du public sur les problèmes sexuels.

85.3. CLINIQUE DU BURGHÖLZLI

L’exemple emblématique de la richesse de la psychiatrie suisse, à la fin du 19e siècle et au début du 20e, est certainement celui de la clinique zurichoise du Burghölzli où cohabitent des courants de pensée différents qui aboutiront à des résultats remarquables. Au Burghölzli, créé en 1870, ont travaillé un éventail impressionnant de « grands personnages » de la psychiatrie (voir le tableau 85.1).

C’est là qu’Eugen Bleuler contribue d’une façon essentielle à la nosologie psychiatrique en élaborant la notion de groupe des schizophrénies (Bleuler, 1908, 1911). À partir d’observations cliniques approfondies, il établit une double distinction entre les symptômes :

- une distinction nosologique entre :

• symptômes fondamentaux, pathognomoniques de la maladie (p. ex., l’autisme, l’ambivalence, la discordance des affects, le relâchement des associations) ;

• symptômes accessoires, moins caractéristiques et parfois absents (p. ex., le délire) ;

- une distinction « théorique » entre :

• symptômes primaires, directement liés au trouble organique cérébral supposé (principalement le trouble des associations d’idées) ;

• symptômes secondaires dont la formation, pour certains, peut se comprendre au moyen d’une approche psychanalytique (p. ex., les délires).

TABLEAU 85.1

Quelques personnalités du Burghölzli entre 1870 et 1920

|  |
| --- |
| Bernhard von Gudden (1824-1886)  Edward Hitzig (1838-1907)  Gustav Huguenin (1841-1920)  Auguste Forel (1848-1931)  Eugen Bleuler (1857-1939)  Adolf Meyer (1866-1950)  Carl Gustav Jung (1875-1961)  Ludwig Binswanger (1881-1966)  Jakob Klaesi (1883-1980)  Hermann Rorschach (1884-1922)  Eugène Minkowski (1885-1972)  André Repond (1886-1973) |

Hermann Rorschach, quant à lui, y élabore une méthode de diagnostic psychologique basé sur l’étude [1944] de l’interprétation que donne un patient de figures symétriques formées par des taches d’encre, test utilisé aujourd’hui dans le monde entier.

Carl Gustav Jung, jeune assistant à la clinique du Burghölzli dès 1900, fait de Zurich, avec entre autres le pasteur Oskar Pfister, Franz Riklin et Alphons Maeder, un des hauts lieux de l’institutionnalisation de la psychanalyse, comme le remarque Freud lui-même en 1914 dans sa Contribution à l’histoire du mouvement psychanalytique :

Les Zurichois sont devenus le noyau de la petite cohorte combattant pour la reconnaissance de l’analyse. Ce n’est que chez eux qu’il était possible d’apprendre le nouvel art de conduire des travaux dans ce domaine. La plupart de mes fidèles et collaborateurs actuels sont arrivés à moi à travers Zurich. (Freud, 1914, p. 98.)

Le rayonnement de la clinique de Bleuler est également révélé par la qualité des visiteurs étrangers qui y découvriront l’importance de la psychanalyse (on peut citer Karl Abraham, Hermann Nunberg, Sabina Spielrein, Otto Gross, Max Eitington ou encore Abraham Brill).

Et c’est au Burghölzli que Ludwig Binswanger et Eugène Minkowski constituent, en 1922, la psychiatrie phénoménologique (Schweizerischer Verein für Psychiatrie, 1923). Développée surtout dans les milieux germanophones, la psychiatrie phénoménologique s’appuie sur une compréhension philosophique de l’homme telle qu’elle a été proposée, par exemple, par Henri Bergson (qui a grandement influencé Minkowski), Edmund Husserl et Martin Heidegger (dont s’inspire Binswanger). Elle vise à rendre compte de l’expérience vécue dans la rencontre entre un thérapeute et un patient, à éclaircir les faits psychopathologiques plutôt qu’à les expliquer.

La floraison de la psychiatrie zurichoise au cours du premier tiers du 20e siècle a un rôle important dans le développement de la psychiatrie en Suisse. Les personnalités qui surgissent alors ont des conceptions très diverses, et le renom de Zurich donne une assurance certaine aux psychiatres en Suisse, leur permettant de « jouer dans la cour des grands ».

Il est difficile de déterminer comment cette richesse a pu apparaître dans la Suisse du tournant du siècle, alors que, jusque-là, comme on l’a vu, sa psychiatrie était restée discrète.

85.4. ÉVOLUTION DE LA PSYCHIATRIE  
EN SUISSE

85.4.1. Évolution de la psychiatrie  
de 1920 à 1960

Henri Ellenberger a donné, dans une série d’articles publiés dans *L’Évolution psychiatrique* de 1951 à 1953 et repris dans son livre (Ellenberger, 1954), une description détaillée des nombreuses directions dans lesquelles la psychiatrie en Suisse s’est développée après la Première Guerre mondiale. Une brève évocation de ces courants montrera la richesse de ces pratiques. Encore une fois, le cloisonnement politique de la Suisse et l’absence de pôles disposant de ressources et de pouvoirs importants ont permis à ces courants de coexister, sans que l’un cherche à obtenir une position hégémonique au détriment des autres, voire, dans bien des cas, de s’enrichir mutuellement — ce qui n’excluait nullement les conflits de personnalités !

Sur le plan clinique, la reconnaissance internationale dont la psychiatrie suisse bénéficie se mesure, par exemple, à la renommée des *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie,* fondées en 1917 par Constantin von Monakow, dont le premier numéro comprend un article de Paul Dubois (1917), professeur de psychiatrie à Berne, qui préfigure étonnamment la psychothérapie cognitive d’aujourd’hui. Notons aussi l’importante contribution de psychiatres suisses aux divers tomes de *Psychiatrie der Gegenwart {Psychiatrie d’aujourd’hui*), ouvrage de référence publié en Allemagne à partir de 1963 et dont Max Müller, psychanalyste, directeur d’un hôpital public non universitaire dans le canton de Berne, promoteur de l’insulinothérapie, fut la cheville ouvrière. Les chapitres portant sur la psychanalyse, sur les traitements somatiques (insulinothérapie, convulsivothérapie, pharmacothérapie, psychochirurgie), sur l’alcoolisme, sur la psychopathologie et sur le traitement de la schizophrénie sont confiés surtout à des Suisses ; Manfred Bleuler y traite de psychiatrie et d’endocrinologie, et Roland Kuhn, de la *Daseinsanalyse.*

Dans le domaine de la psychiatrie sociale et de l’hygiène mentale, l’apport suisse a fait l’objet de peu de publications internationales, mais de nombreuses réalisations ont vu le jour, conférant aux psychiatres suisses une certaine expertise dans ce domaine. Là [1945] aussi le fédéralisme a facilité les choses : les lois, les nouvelles structures se décidaient sur de petits territoires, proches du lieu de leur application et sans trop de lourdeur administrative. Ces réalisations ont contribué à une ouverture précoce de la psychiatrie sur le public, et à un certain intérêt public, en retour, pour la psychiatrie. Les cantons de Bâle et de Vaud, par exemple, ont joué un rôle de pionniers en Europe avec la création, dans les années 40, de centres publics de consultation ambulatoire ouverts à toute forme de souffrance psychique.

Par ailleurs, on relève l’intérêt traditionnel en Suisse pour l’étude des méthodes éducatives et des soins aux enfants en difficulté, de Jean-Jacques Rousseau et Heinrich Pestalozzi jusqu’à Johann Jakob Guggenbühl. Avec, au début du 20e siècle, la rencontre entre la psychanalyse, la pédagogie et le protestantisme, la nouvelle conception du développement et de l’éducation qui s’établit donne lieu à de nombreux écrits comme ceux, en Suisse alémanique, de l’un des fondateurs de la psychopédagogie, l’instituteur Hans Zulliger (1930), ou encore du pasteur Oskar Pfister (1921).

La contribution genevoise est également importante. À partir des travaux du psychologue Théodore Flournoy (1900), qui découvre les pouvoirs de l’inconscient à travers l’occultisme et la mystique, et de son élève Édouard Claparède, fondateur de l’Institut Jean-Jacques-Rousseau, se formera le premier groupe psychanalytique de Genève. Il en résultera, d’une part, les travaux essentiels de Jean Piaget, tentant de reconstituer la genèse et les phases de la formation de l’intelligence, qui orientent encore aujourd’hui dans le monde entier les recherches en psychologie génétique et développementale, et, d’autre part, le déploiement de l’institutionnalisation de la psychanalyse à travers, par exemple, l’enseignement de Charles Baudoin. On notera également que, quelques années plus tard, en 1928-1929, Henri Flournoy, Charles Odier et Raymond de Saussure feront partie des membres fondateurs de la Société psychanalytique de Paris.

La Suisse a été parmi les précurseurs du développement de la pédopsychiatrie en ouvrant, dès la fin de la Première Guerre mondiale, des policliniques de psychiatrie infantile et des maisons d’observation pour enfants. Moritz Tramer dirige une des premières revues de pédopsychiatrie et publie son *Manuel de psychiatrie infantile générale* (Tramer, 1949). Signalons en passant que Tramer est le premier chercheur qui a décrit la saisonnalité des naissances des schizophrènes (Tramer, 1929), laquelle fait aujourd’hui l’objet de très nombreuses publications. Peu avant la Seconde Guerre mondiale, sous l’impulsion d’André Repond, s’ouvrent en Suisse les premiers Services médico-pédagogiques (Beno, Bersot et Bovet, 1947).

Dans le domaine de la recherche, de nombreuses publications sont consacrées aux thérapeutiques biologiques de l’époque (malariathérapie, insulinothérapie, début des neuroleptiques). Grâce à son sens clinique, Roland Kuhn (1957, 1989) contribue de façon majeure à la découverte des antidépresseurs en observant l’effet de l’imipramine, dont les laboratoires Geigy espéraient une action neuroleptique. À Zurich, les travaux de Monakow (Monakow et Mourgue, 1928) sur les liens entre anatomie cérébrale et troubles psychiatriques lui valent une renommée internationale. Manfred Bleuler (1941), de son côté, publie ses premières observations approfondies des schizophrènes et de leur famille : la stabilité de la population suisse à cette époque lui permet de recueillir des renseignements extensifs sur la psychopathologie et les événements existentiels dans un échantillon de 100 schizophrènes et de près de 9 000 individus faisant partie de leur parenté, proche ou éloignée ; ces observations serviront de fondement aux enquêtes épidémiologiques américano-scandinaves qui aboutiront à la notion de « troubles du spectre de la schizophrénie » (Kety et coll., 1968). Ludwig Binswanger définit la *Daseinsanalyse* qui prend appui à la fois sur la psychanalyse et sur l’analytique existentielle développée par Heidegger dans *Être et temps* (Boss, 1981). La maladie mentale n’est plus considérée comme un fait simplement « naturel » ; elle est désormais comprise et décrite à partir des possibilités originelles de l’être humain. Enfin, en 1956, se tiennent en Suisse les premiers Symposiums internationaux sur la psychothérapie de la schizophrénie, réunissant, entre autres, Harold Sear- les, des États-Unis, Paul-Claude Racamier, de France, Gaetano Benedetti, d’Italie, et Christian Müller, de Suisse ; ces rencontres se poursuivent encore régulièrement à l’heure actuelle.

Hans Steck, professeur de psychiatrie

Une autre façon d’illustrer l’évolution de la psychiatrie en Suisse depuis les années 20 consiste à retracer brièvement un parcours professionnel exemplaire. Resté [1946] peu connu en dehors des frontières nationales, Hans Steck est une figure typique de la psychiatrie suisse des années 20 à 60 dans sa recherche d’unité, c’est- à-dire dans sa cohérence clinique, et dans son ouverture.

Issu d’un père biologiste, il s’intéresse dès son adolescence aux lettres et à la médecine. Il entreprend des études de médecine à Berne, qu’il enrichit de nombreux stages en Suisse et en France qui jouent un rôle essentiel dans l’orientation de ses futurs travaux allant de la neuropsychiatrie biologique à une vision sociale et psychodynamique de la psychiatrie. En 1919, à l’âge de 29 ans, il s’établit à Lausanne, ville où se déroulera toute sa carrière. Il accède aux fonctions de directeur de l’Établissement psychiatrique en 1936 et de professeur aux Facultés de médecine et de droit de l’Université de Lausanne. Sous son impulsion, l’Asile des aliénés devient l’Hôpital psychiatrique universitaire de Cery, ce qui marque la volonté de changer l’image carcérale de la psychiatrie, de la sortir du ghetto aliéniste, pour la diriger vers la médecine universitaire. Cette ouverture d’esprit se manifeste de diverses manières dans l’évolution de l’institution : augmentation importante du personnel soignant, implantation d’une formation spécialisée pour les infirmiers, développement de la réinsertion sociale des patients accompagné, dès 1931, de la création de postes d’assistantes sociales, disparition progressive des diverses méthodes de contention encore régulièrement en usage dans les années 30.

De son travail scientifique, retenons les points suivants. En ce qui concerne la neuropsychiatrie biologique, Steck s’est surtout intéressé aux facteurs biologiques qui expliciteraient la schizophrénie dans ses causes et ses manifestations diverses. Partant d’une profession de foi organiciste - la schizophrénie doit avoir une base somatique - héritée de Bleuler, il reste préoccupé par les autres dimensions de cette affection. Il utilise la notion jacksonienne de hiérarchie des fonctions cérébrales et les travaux de Lévy-Bruhl sur la mentalité primitive pour décrire la schizophrénie comme un processus de régression.

Hans Steck s’est toujours intéressé à l’aspect thérapeutique. Il introduit parallèlement à Sakel la cure d’insuline en 1929, d’abord chez les alcooliques pour traiter le delirium tremens, puis chez les schizophrènes. Il est également un des pionniers de l’introduction des neuroleptiques, et décrit en particulier leurs effets secondaires spécifiques en 1953, dans un article original sur le syndrome extrapyramidal qu’il a constaté chez une patiente traitée par la chlorpromazine.

Steck est aussi très actif dans le domaine de l’hygiène mentale. Il met au point les thérapies occupationnelles et la réinsertion la plus rapide possible dans le milieu naturel de ses patients. Il est également un défenseur de l’eugénisme, typique des années 30, en étant l’un des initiateurs de la très controversée loi sur la stérilisation forcée des handicapés et des malades mentaux de 1928, qu’il applique d’ailleurs. On notera, dans le même domaine, son engagement antialcoolique dans la continuité de celui d’Auguste Forel. Steck effectue de nombreux travaux sur les effets somatiques de l’alcool et sur l’utilisation de l’hypnose pour la prophylaxie et la thérapeutique de l’alcoolisme.

Sur un tout autre plan, Hans Steck a aussi contribué à la définition du délire où, sans se détacher d’une conception biologique de la psyché, il déplore que les cliniciens de formation neurologique réduisent les phénomènes délirants à de simples manifestations secondaires ; il s’intéresse de près aux recherches phénoménologiques de Ludwig Binswanger et de Karl Jaspers.

Pour terminer ce tour d’horizon des travaux de Hans Steck, mentionnons son grand intérêt pour les créations plastiques de ses malades. Il est parmi les premiers cliniciens qui accordent de l’importance aux productions des patients alors que la plupart du temps les dessins et les peintures des malades mentaux étaient jetés. C’est lui qui remarque la valeur artistique de sa patiente la plus célèbre : Aloïse. Il joue un rôle majeur dans la venue à Lausanne de la collection d’art brut de Dubuffet.

De ce riche parcours, on retiendra que, malgré des prises de position que l’on qualifierait aujourd’hui d’organicistes, Steck n’a pas empêché le déploiement d’autres courants de pensée, en particulier en direction d’une approche psychodynamique des psychoses - que l’apparition des neuroleptiques favorisait en rendant les patients plus accessibles. Il pousse à sa succession un psychanalyste, Christian Müller, directeur de 1960 à 1986, qui développera cette approche psychodynamique sans dogmatisme. La cohabitation et la fécondation mutuelle des idées resteront une des caractéristiques essentielles de la psychiatrie en Suisse.

[1947]

85.4.2. Évolution  
de la psychiatrie depuis 1960

L’utilisation, souvent conjointe, de thérapeutiques médicamenteuses efficaces et de prises en charge psychothérapeutiques psychodynamiques permettra de donner un nouveau visage à la psychiatrie. Dans toute la Suisse se développe une psychiatrie ambulatoire qui ne se limite pas aux suites du traitement hospitalier, mais qui offre un accès élargi à des soins psychiatriques et psychothérapeutiques dans la cité. Plusieurs personnalités contribuent à cette évolution, notamment :

- Julian de Ajuriaguerra, à Genève. D’origine espagnole, Ajuriaguerr a est surtout connu internationalement pour son apport décisif au développement d’une psychologie scientifique de l’enfant. Sa renommée a donné, durant les années où il a dirigé la psychiatrie genevoise, un grand essor à celle-ci ;

- Christian Scharfetter, à Zurich. Il a publié de nombreux travaux originaux sur la psychopathologie de la schizophrénie ;

- Gaetano Benedetti, à Bâle. Il est l’un des pionniers et des maîtres de la compréhension psychanalytique des schizophrènes ;

- Pierre-Bernard Schneider et Edmond Gilliéron, à Lausanne. Ils ont contribué de façon importante au développement de la psychothérapie d’inspiration analytique et à celui de la psychologie médicale.

Ce développement de la psychiatrie ambulatoire nécessite un investissement public important et l’engagement de nombreux psychiatres : les candidats suisses sont au début trop peu nombreux et, pendant plusieurs années, de jeunes médecins belges, espagnols et italiens viendront se former à la psychiatrie en Suisse et contribueront, de retour dans leur pays, à l’essor de la psychiatrie communautaire dans l’Espagne postfranquiste et l’Italie de la réforme psychiatrique.

Peu à peu apparaît en Suisse une nouvelle génération de psychiatres très bien formés à la psychothérapie d’inspiration psychanalytique, qui essaimeront en pratique privée, conférant à la Suisse sa densité actuelle de psychiatres, l’une des plus fortes du monde. Cette densité de la psychothérapie est aussi favorisée par le fait que le titre de spécialiste en psychiatrie doit être couplé à celui de psychothérapeute : tout psychiatre en Suisse doit suivre une formation spécifique en psychothérapie équivalente à sa formation dans les autres aspects de la psychiatrie. En conséquence, et fait unique, il obtient une double certification officielle délivrée par la Fédération des médecins suisses (F.M.H.) : spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie. En outre, les traitements psychothérapeutiques sont largement remboursés par les organismes de sécurité sociale.

Les cinq départements universitaires de psychiatrie en Suisse (Lausanne, Genève, Bâle, Berne et Zurich) servent le tout-venant de la région où ils sont implantés ; aucun ne pratique une sélection de cas difficiles ou requérant des moyens d’investigation particuliers. Les professeurs de psychiatrie sont avant tout les directeurs médicaux de ces établissements et, jusqu’à récemment, ils en assumaient aussi la direction administrative. La réflexion s’est donc articulée autour de l’observation et du soin, souvent à long terme, se caractérisant par une attitude que l’on appellerait peut-être aujourd’hui « éclectique » ou evidence- based, mais une évidence issue de la compréhension du patient, et non pas de l’économicité de sa prise en charge.

Dans tous les domaines de recherche, la principale source de financement est le Fonds national suisse de la recherche scientifique. La recherche médicale est en outre de plus en plus financée par l’industrie pharmaceutique de la région bâloise dans un partenariat université-entreprise. Parmi les réalisations de cette industrie, il faut, bien entendu, mentionner le développement des benzodiazépines et des antidépresseurs tricycliques et la découverte de la clozapine, en 1962 (par une équipe de recherche de la firme Wander, par la suite intégrée à Novartis).

Pour ce qui est de la recherche universitaire, il faut relever les deux grandes enquêtes catamnestiques à long terme : celle de Manfred Bleuler (1972), d’une part, et celle de Luc Ciompi et Christian Müller (1977), connue sous le nom d’Enquête de Lausanne, d’autre part. Ces deux enquêtes, dont les conclusions sont semblables et confirmées par des travaux allemands (Hu- ber, Gross et Schuettler, 1979), ont été les premières à décrire les différents types d’évolution clinique de la schizophrénie et surtout à montrer qu’à long terme le pronostic de la schizophrénie est loin d’être aussi redoutable que ce que l’on croyait, ce qui aide à dédramatiser et à déstigmatiser cette maladie. Ces travaux ont joué un rôle majeur dans le développement [1948] des modèles de vulnérabilité à la schizophrénie (Ciompi, 1988 ; Zubin et Steinhauer, 1981). En 1968, Paul Kielholz fonde, à la Clinique universitaire de Bâle, le premier centre européen sur la dépression, dont les travaux conduiront, entre autres, à la reconnaissance des formes « masquées » de la dépression (Kielholz, 1973). À Zurich, les travaux épidémiologiques de Jules Angst sur les troubles de l’humeur font autorité ; à Genève, les recherches et l’enseignement de René Tissot dans les domaines de la psychiatrie biologique et de l’épistémologie (en collaboration avec Jean Piaget) rayonnent bien au-delà des frontières.

85.5. TENDANCES ACTUELLES

Depuis deux décennies, la Suisse, comme tous ses voisins européens, réorganise son service public en cherchant à améliorer son efficacité tout en diminuant les coûts. Dans la psychiatrie publique, diverses pressions visent à mettre l’accent sur un raccourcissement des séjours hospitaliers au profit d’un traitement dans le milieu communautaire, ce qui nécessite la mise sur pied d’un important travail interdisciplinaire en réseau avec les médecins de premier recours, les organismes d’assistance sociale et médico-sociale, la justice civile et pénale, les assurances maladie et invalidité, les lieux de vie et de travail protégés, les associations d’usagers et les groupes de proches.

La plupart des psychiatres qui se sont installés en cabinet privé ont jusqu’ici coupé les liens avec les institutions et ils adoptent une orientation psychanalytique. En conséquence, ils s’intéressent peu à la psychopathologie lourde. La grande majorité des psychotiques sont traités dans le service public. On a commencé à faire des efforts pour éviter d’établir une dichotomie des conceptions psychopathologiques : une conception psychodynamique pour les troubles de la personnalité et une conception plus séméiologique et biologique pour les psychoses.

Notons une particularité liée à la fragmentation linguistique du pays, à ses dimensions restreintes et à sa tradition déjà soulignée d’ouverture sur le monde : le recrutement de professionnels étrangers. Plus que les autres pays, la Suisse a fréquemment recruté en dehors de ses frontières, particulièrement pour des postes d’influence, par exemple des postes de professeurs et de chefs de service. Cette politique, justifiée par un réservoir de recrutement interne limité et par l’attrait de la pratique privée pour les Suisses, a conduit à l’arrivée dans des postes de direction de psychiatres étrangers surtout issus des cultures latine et germanique. Ces nouveaux venus ont pu apporter des idées et des visions nouvelles, mais ils ont aggravé la fragmentation linguistique. En effet, ils sont en général peu familiarisés avec les autres langues du pays, ce qui crée un paradoxe dans un petit pays où l’on compte déjà quatre langues nationales : bien des réunions doivent se dérouler dans une cinquième langue, la langue anglaise.

Dans la recherche, la fragmentation fédéraliste est perçue comme un handicap, aucun des centres universitaires n’étant capable à lui seul de rassembler une masse critique suffisante : les autorités politiques encouragent donc vivement une concentration des moyens et une collaboration interdisciplinaire dans laquelle, état des finances publiques oblige, l’industrie pharmaceutique est invitée à participer largement. Des centres de neurosciences psychiatriques commencent à s’établir, mettant en œuvre des projets qui touchent à la schizophrénie, aux troubles bipolaires ou à la maladie d’Alzheimer, par exemple. Ces centres travaillent en réseau et collaborent avec des ingénieurs, mais ils savent aussi que la recherche en psychiatrie, même la plus fondamentale, a besoin d’une psychopathologie florissante : ils s’installent donc sur les lieux mêmes où sont traités les patients, dans les hôpitaux psychiatriques (p. ex., à l’Hôpital de Cery, à Lausanne) dont les espaces se libèrent grâce au raccourcissement des séjours, et collaborent étroitement avec les cliniciens.

En 2000, l’Association des professeurs titulaires de chaire de psychiatrie a senti l’importance de former un front uni et de présenter une position commune quant aux enjeux actuels de la psychiatrie en Suisse, particulièrement de la psychiatrie institutionnelle et universitaire. Elle a publié un petit « livre blanc » intitulé Situation actuelle et développement à venir de la psychiatrie et de la psychothérapie en Suisse, afin de faire valoir ses préoccupations et ses perspectives d’avenir auprès des décideurs politiques et économiques, des médias et du grand public. Derrière cette démarche, on trouve la crainte de perdre certains acquis en raison des réorganisations ayant une portée [1949] économique et des changements en cours dans les modes de financement de la psychiatrie.

\*  
\* \*

Au cours du 20e siècle, la psychiatrie suisse a joué, sur le plan international, un rôle sans commune mesure avec la taille du pays ou avec son rayonnement culturel général. Son apport à la compréhension de la schizophrénie, dans la continuité de l’œuvre d’Eugen Bleuler, a, par exemple, souvent facilité l’élaboration des conceptions actuelles de cette maladie (notamment les notions de vulnérabilité et de spectre de troubles). L’industrie pharmaceutique de la région bâloise (Novartis, Roche) a synthétisé plusieurs molécules essentielles à la composition des psychotropes. Sur un autre plan, le système de soins performant mis en place au profit de la population a attiré de nombreux psychiatres étrangers, qui ont acquis en Suisse toute leur formation ou une partie d’elle. Enfin, la pratique de la psychothérapie est très développée en Suisse, et plusieurs travaux ont contribué à l’extension et à la popularisation de son champ d’application. Parmi les facteurs qui ont favorisé ce rayonnement, il faut compter le fédéralisme et le plurilinguisme de la Suisse, qui ont poussé les psychiatres du début du 20e siècle à s’ouvrir aux courants de toute l’Europe. Après la Seconde Guerre mondiale, la richesse de la Suisse et sa stabilité politique lui ont permis de développer son réseau de soins et de poursuivre dans de bonnes conditions des travaux de recherche universitaires.

Cependant, la psychiatrie suisse se trouve actuellement à un carrefour. La nécessaire mise en réseau des groupes de compétence élevée dans le domaine de la recherche scientifique est trop souvent ralentie ou même entravée par des méfiances intercantonales ou des intérêts régionaux. Dans le même ordre d’idée, les réticences de la Suisse à rallier l’Union européenne freinent son accès à certains programmes de recherche internationaux. Le plurilinguisme, quant à lui, ne représente plus guère d’avantages à l’heure où l’anglais domine dans les communications scientifiques. Par ailleurs, l’une des spécificités des psychiatres suisses, à savoir leur double spécialisation en psychiatrie et en psychothérapie, devra subir de profondes adaptations : jusqu’ici, les psychiatres ont bénéficié d’un quasi-monopole sur les psychothérapies d’adultes remboursées par la sécurité sociale. Prochainement, les psychologues auront aussi accès à ce marché, et un contrôle plus serré des indications et des bénéfices de ce type de traitement sera opéré. Les tensions entre psychiatrie et psychothérapie, déjà perceptibles aujourd’hui entre les psychiatres du service public et ceux qui sont installés en cabinet privé, risquent de s’exacerber. Enfin, l’économie publique suisse n’est plus aussi florissante que jadis et l’augmentation continue des budgets de la santé conduira à des choix et à la redéfinition de priorités. La pression des autorités politiques est de plus en plus forte et ne s’exerce pas toujours dans le sens souhaité par les psychiatres.

Bibliographie

Association des professeurs titulaires de chaires de psychiatrie

2000 *Situation actuelle et développement à venir de la psychiatrie et de la psychothérapie en Suisse*, Genève, Médecine et Hygiène.

Beno, N., Bersot, H., et Bovet, L.

1947 *Les enfants nerveux, leur dépistage et leur traitement par les services médico-pédagogiques,* Neuchâtel, Delachaux et Niestlé.

Bleuler, E.

1911 *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien,* Leipzig, Deuticke.

1908 « Die Prognose der Dementia Praecox (Schizophre-niegruppe) »*, Allgemeine Zeitschrifft fur Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin,* vol. 65, n° 3, p. 436-464.

Bleuler, M.

1972 *Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjahriger Kranken- und Familiengeschichten,* Stuttgart, Thieme.

1941 *Krankheitsverlauf Persönlichkeit und Verwandt-schaft Schizophrener und ihre gegenseitigen Bezie-hungen,* Leipzig, Thieme.

BOSS, M.

1981 « Exposé sur le développement de la psychothérapie au XXe siècle », Archives suisses de neurologie, de neurochirurgie et de psychiatrie, vol. 128, n° 2, p. 183-196.

ClOMPI, L.

1988 « Learning from outcome studies. Toward a comprehensive biological-psychosocial understanding [1950] of schizophrenia », Schizophr. Res., vol. 1, n° 6, p. 373-384.

Ciompi, L., et Müller, C.

1977 « L’évolution des schizophrénies », L'Évolution psychiatrique, vol. 42, n° 4, p. 1219-1243.

Dubois, P.

1917 « Somatogène ou psychogène ? », Archives suisses de *neurologie et de psychiatrie,* vol. 1, n° 1, p. 8-18.

Ellenberger, H.

1954 La psychiatrie suisse, Aurillac, L’Évolution psychiatrique.

Flournoy, T.

1900 Des Indes à la planète Mars, Paris et Genève, Atar.

FOREL, A.

1902 *Crime et anomalies mentales constitutionnelles,* Genève, Kündig.

Freud, S.

1914 [*Contribution à l'histoire du mouvement psychanaly*tique](http://dx.doi.org/doi:10.1522/cla.frs.con1), Paris, Payot, 1973.

Grob, G.N.

1991 « Origins of DSM-I : A study in appearance and reality », Am. J. Psychiatry, vol. 148, n° 4, p. 421-431.

Huber, G., Gross, G., et Schuettler, R.

1979 *Schizophrénie. Eine Verlaufs- und sozialpsychiatrische Langzeitstudie,* Berlin, Springer.

KETY, S.S., et coll.

1968 « The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenies », dans D. Rosenthal et S.S. Kety (sous la dir. de), The Transmission of Schizophrenia, Oxford, Pergamon, p. 345-362.

KlELHOLZ, P. (sous la dir. de)

1973 *La dépression masquée,* Berne, Huber.

Kuhn, R.

1989 « The discovery of modern antidepressant », Psychi*atric Journal of the University of Ottawa,* vol. 14, n° 1, p. 249-252.

1957 « Über die Behandlung depressiver Zustände mit einem Iminodibenzylderivat (G 22355) », Schweizerische Medizinische Wochenschrifft, vol. 87, nos 35- 36, p. 1135-1140.

Monakow, C. von, et Mourgue, R.

1928 *Introduction biologique à l'étude de la neurologie et de la psychopathologie. Intégration et désintégration de la fonction*, Paris, Alcan.

PFISTER, O.

1921 *La psychanalyse au service des éducateurs,* Berne, Pfister.

Schweizerischer verein für psychiatrie

1923 « Protokoll der 63. Versammlung den 25. und 26. November 1922 in Zürich », Archives suisses de neurologie et de psychiatrie, vol. 12, n° 2, p. 327-336.

Tramer, M.

1949 *Manuel de psychiatrie infantile générale,* Paris, PUF.

1929 « Über die biologische Bedeutung des Geburtsmonates, insbesondere für die Psychoseerkrankung », Archives suisses de neurologie et de psychiatrie, vol. 24, n° 1, p. 17-24.

Zubin, J., et Steinhauer, S.

1981 « How to break the logjam in schizophrenia. A look beyond genetics », J. Nerv. Ment. Dis., vol. 169, n° 8, p. 477-492.

ZULLIGER, H.

1930 *La psychanalyse à l'école,* Paris, Flammarion.

Lectures complémentaires

Collectif

1997 « La psychiatrie en Suisse », Europsy. Journal européen de psychiatrie, n° 7 (numéro spécial consacré à la psychiatrie suisse).

Collectif

1995 « La psychiatrie en Suisse », Nervure. Journal de psychiatrie, tome 8, n° 8 (numéro spécial consacré à la psychiatrie suisse).

Gasser, J. (sous la dir. de)

2000 « Pour une histoire de la Société suisse de psychiatrie », *Archives suisses de neurologie et de psychia*trie, vol. 151, suppl. 1 (contient une importante bibliographie sur l’histoire de la psychiatrie en Suisse).

Müller, C.

1997 *De l'asile au centre psychosocial. Esquisse d'une histoire de la psychiatrie suisse,* Lausanne, Payot.

WALSER, H.H.

1976 « Psychoanalyse in der Schweiz. Von den Anfângen bis zum Bruch zwischen Sigmund Freud und C.G. Jung im Jahre 1913 », dans D. Eicke (sous la dir. de), Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, vol. 2, Zurich, Kindler Verlag, p. 1192-1218.

**Fin de la sixième partie**

**Voir l’Index**

1. Cete section s’inspire des travaux de M. Elkaïm, *Panorama des théories familiales*, Paris, Seuil, 1995. [↑](#footnote-ref-1)
2. Voir aussi le tome I, chapitres 6 et 7. [↑](#footnote-ref-2)
3. Voir aussi le tome I, chapitre 10. [↑](#footnote-ref-3)
4. Voir aussi le tome I, chapitre 11. [↑](#footnote-ref-4)
5. Voir aussi le tome I, chapitre 12. [↑](#footnote-ref-5)
6. Voir aussi le tome I, chapitre 16. [↑](#footnote-ref-6)
7. Voir aussi le tome I, chapitre 20. [↑](#footnote-ref-7)
8. Voir aussi le tome I, chapitre 22. [↑](#footnote-ref-8)
9. Voir aussi le tome I, chapitre 27. [↑](#footnote-ref-9)
10. Le terme « invalidité » est employé ici dans son sens le plus large, allant des incapacités partielles ou transitoires jusqu’aux invalidités totales permanentes donnant accès aux rentes à long terme. [↑](#footnote-ref-10)
11. Voir aussi le chapitre 29. [↑](#footnote-ref-11)
12. Voir aussi le chapitre 67. [↑](#footnote-ref-12)
13. Réseau francophone des programmes de réhabilitation psychiatrique, Socrate Réhabilitation, 55, rue de l’Hôpital, Belgique-6030, Marchienne-au-Pont.Tél.: 32 (0)71 29 30 78 ; téléc. : 32 (0)71 29 29 12. [↑](#footnote-ref-13)
14. Plusieurs traductions ont été proposées pour rendre le sens du terme *empowerment* : habilitation, capacité et volonté d’agir, découverte de son pouvoir. [↑](#footnote-ref-14)
15. Voir aussi le chapitre 52. [↑](#footnote-ref-15)
16. Le lecteur trouvera les coordonnées des organismes décrits ici et d’autres dans la section « Adresses utiles » à la fin du chapitre. [↑](#footnote-ref-16)
17. Pour toute information, s’adresser à Sida-Info-Service :0.800.36.66.36 (numéro vert). [↑](#footnote-ref-17)
18. Répertoire (non exhaustif) des associations intervenant dans la réhabilitation psychosociale en France. [↑](#footnote-ref-18)
19. Aujourd’hui, la psychanalyse ou les neuroleptiques atypiques ou la thérapie cognitive. [↑](#footnote-ref-19)
20. Ce fut la situation des personnes qui se désignent comme les « orphelins de Duplessis ». [↑](#footnote-ref-20)
21. Pourtant, personne ne fait de l’ulcère de stress une maladie psychiatrique. [↑](#footnote-ref-21)
22. Notamment, à Québec, le Centre psychanalytique de traitement pour jeunes psychotiques et d’autres centres plus récents. [↑](#footnote-ref-22)
23. Ces niveaux sont parfois désignés par la métaphore militaire suivante : première ligne, deuxième ligne, troisième ligne. [↑](#footnote-ref-23)
24. Quelle est, d’ailleurs, la communauté du bénéficiaire-usager- client-patient ? Est-ce la communauté, probablement aussi malade que lui, qui l’a élevé, celle où il dit se reconnaître, celle où, comme souffrant, il a migré ou encore le territoire dans lequel l’a inscrit la psychiatrie communautaire administrative ? [↑](#footnote-ref-24)
25. C’est-à-dire : 1) le bénévolat ou « statut d’exploitation économique des générosités individuelles ; [...] mentalité conforme à un type périmé de société » (Apollon, 1986) ; 2) la communauté, ce qui réintroduit dans l’univers non marchand le travail, en grande partie féminin, qui avait été intégré petit à petit à la sphère d’activité marchande à travers le salariat du réseau des établissements de santé (Gaucher, 1985) ; 3) les ressources humaines « alternatives » en remplacement des ressources humaines syndiquées ; 4) la solution fréquente pour les hommes souffrant de troubles mentaux : la prison (Lefebvre, 1987). [↑](#footnote-ref-25)
26. C’est déjà vivre que d’être malade ; un symptôme, par exemple la douleur, peut être un signal d’alarme permettant de réagir contre un danger potentiel. La fièvre traduit une mobilisation saine du système immunitaire contre un envahisseur. Comment peut-on, avec la définition de la santé, distinguer santé et santé mentale ? Le volet subjectif, le volet rôles sociaux à jouer et le volet intégrité anatomo-physiologique se renforcent mutuellement. [↑](#footnote-ref-26)
27. Le taux d’inoccupation désigne « la proportion des 15 ans et plus sans emploi, exprimée en pourcentage [...]. Il comprend, dans une même mesure, l’ensemble des chômeurs de même que l’ensemble de ceux qui ne font pas partie de la population active : les assistés sociaux, les conjoints au foyer sans emploi, les personnes placées en institution sur une longue période (plus de six mois) et les personnes âgées à la retraite. Bref, tous ceux qui dépendent d’un tiers pour l’acquisition des biens de première nécessité. » (Côté et Larouche, 2000, p. 36.) [↑](#footnote-ref-27)