

Article

« La santé mentale à Pointe St-Charles : vers une prise en charge collective »

Luc Blanchet

Santé mentale au Québec, vol. 3, n° 1, 1978, p. 36-43.

Pour citer cet article, utiliser l'adresse suivante :

<http://id.erudit.org/iderudit/030029ar>

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

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <http://www.erudit.org/apropos/utilisation.html>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : erudit@umontreal.ca

La santé mentale à Pointe St-Charles: vers une prise en charge collective

Luc Blanchet

Pointe St-Charles est un quartier du sud-ouest de la ville de Montréal qui comporte plus d'une caractéristique des milieux à forte morbidité: un niveau de vie économique faible, des taux élevés de chômage et d'assistance sociale, des mauvaises conditions de logement, une pollution marquée, une carence d'espaces verts et de loisirs organisés, et une dépopulation rapide (27,000 résidents en 1951; 16,000 en 1976). C'est en raison de ces caractéristiques qu'un groupe d'étudiants en médecine de l'Université McGill choisissait ce quartier, dès 1968, pour y mettre sur pied une clinique de santé au service de la classe ouvrière.

Aujourd'hui, la Clinique communautaire de Pointe St-Charles, malgré la loi 65 visant à l'intégrer à son réseau de CLSC, a subsisté comme *clinique populaire*, c'est-à-dire gérée par ses usagers. En effet, le contrôle des soins et la définition des priorités y sont assurés par un conseil d'administration composé de dix résidents du quartier élus en assemblée générale et d'un représentant élu du personnel. De plus, son mode de financement actuel comporte une marge d'autonomie par rapport aux subventions provinciales, grâce au maintien d'un *Fonds Social* indépendant et à l'application d'une politique salariale visant à réduire les écarts entre les diverses catégories de travailleurs.

Les soins de santé physique et mentale, de même que les services sociaux, y sont dispensés de façon intégrée, au niveau de trois équipes multidisciplinaires comprenant des médecins généralistes, des infirmières, des travailleuses communautaires, des organisateurs communautaires, des cliniciens en santé mentale et des secrétaires. L'approche médicalisante de la santé, l'intervention sociale et psychiatrique courante y sont analysées de façon critique. Cette analyse débouche inévitablement sur la remise en question des fondements idéologiques d'un tel système de soins

L'auteur est psychiatre à la Clinique Communautaire de Pointe St-Charles.

et constitue les prémisses de notre approche des problèmes de santé, prémisses que l'on pourrait développer succinctement en trois points :

1. L'IMPOSSIBLE NEUTRALITE POLITIQUE

Pour nous, toute démarche psychothérapique, toute relation médecin-malade, toute intervention psycho-sociale comporte, dans son essence même, c'est-à-dire de par sa nature sociale, une dimension politique. Il ne s'agit pas, évidemment, de tout réduire au politique, à la société "coupable", comme on le faisait jadis pour l'individu aliéné et plus récemment, pour sa famille. Il s'agit de ne pas escamoter la dimension politique des problèmes. Nous contestons en particulier, la fonction d'ordre social de la psychiatrie, fonction essentiellement appropriante et "adaptative", inscrite dans son projet historique initial, et qui rejette, exclut ou isole les problèmes politiques en matière de santé mentale.

En tant qu'intervenants, nous ne croyons pas pouvoir échapper à la nécessité de tenir compte du facteur politique, non seulement en théorie, mais également et surtout au niveau même de nos interventions cliniques.

2. LA HIERARCHIE SOCIALE ET LE POUVOIR DES SOIGNANTS

L'exercice de toute fonction sociale comporte un certain pouvoir. Pour nous, tout pouvoir n'est pas abusif, mais l'abus de pouvoir est chose courante. Les soignants n'y échappent pas, d'autant moins que leur pouvoir provient, pour une bonne part, de leur statut professionnel, leur appartenance de classe et leurs niveaux de revenu. Comme les rapports entre la classe sociale et les taux de morbidité ne sont plus à démontrer, nous nous retrouvons, en tant que professionnels de la santé, dans cette position contradictoire où nous passons une bonne partie de nos énergies à réparer des situations de vie que nous contribuons indirectement à entretenir, chaque fois que nous défendons nos intérêts de classe.

Appliqué au domaine de la santé mentale, l'abus de pouvoir des soignants se traduit, entre autres, par la mentalité asilaire, que l'on peut définir comme étant la création et le maintien d'une distance artificielle entre soignants et soignés. Cette mentalité asilaire se rencontre dans l'institution psychiatrique où l'appareil de pouvoir, cette fois, d'abord préoccupé de son maintien, exerce sur tout effort de modification de la distance soignant-soigné, une répression et une récupération habituellement efficaces. Ce qui est encouragé, dans l'institution psychiatrique, c'est de parler d'innovation; beaucoup d'efforts et d'argent sont dépensés en son nom, mais seulement dans la mesure où ça ne change rien de fondamental dans la structure du pouvoir, les rapports de classe et la place respective des soignants et des soignés. C'est le phénomène de l'innovation sans changement.

La mentalité asilaire se retrouve également en dehors de l'institution psychiatrique, grâce en particulier au processus diagnostique. Ici encore, ce n'est pas l'acte diagnostique en soi que nous dénonçons comme abus de pouvoir, c'est la survalorisation de ce processus par lequel un individu s'octroie le droit de différencier l'autre de lui-même, en décrétant en quoi cet autre est anormal. C'est tout ce qu'il y a de défensif et de normatif, tout ce qui tend à nier la rencontre inter-humaine; en somme, c'est toute forme de catégorisation et d'étiquetage de l'autre, d'ordre médical ou non, dont le but est soit d'établir, soit de maintenir une distance, une hiérarchie ou un ordre social déjà établis.

Cette brève analyse de quelques problèmes reliés au pouvoir des intervenants débouche pour nous sur des orientations prioritaires, notamment:

- une redéfinition du rôle des professionnels de la santé dans le sens de leur déhiérarchisation et de la participation de tous à la promotion collective de la santé,
- la déprofessionnalisation, c'est-à-dire l'accès, pour les citoyens du quartier, à la technique et à la compétence, par d'autres voies que les filières institutionnelles traditionnelles,
- la promotion du salariat pour les médecins, selon des critères qui visent à réduire les écarts entre eux, les autres travailleurs de la santé, et la population du quartier,
- la mobilisation directe du milieu dans le processus de transformation des conditions de vie,
- et enfin, la remise du pouvoir de gestion des institutions sociales à leurs usagers. Cette référence prioritaire aux usagers constitue pour nous l'antidote le plus efficace pour combattre la mentalité asilaire, et elle nous apparaît même comme la seule garantie d'une pratique réduisant le risque du modèle interventionniste et répressif, sur le plan des classes sociales.

3. LES DIVERS NIVEAUX DES PROBLÈMES DE SANTÉ

Les problèmes de santé se présentent comme le résultat d'une interaction complexe de différents ordres de facteurs: biologiques, psychologiques, familiaux, socio-économiques, culturels et politiques. Il nous apparaît restrictif de les aborder toujours par le biais exclusif de l'une ou l'autre de ces dimensions.

Notre préoccupation est de toucher les problèmes de santé à tous leurs niveaux: s'il y a trouble biologique ou psychologique, d'y apporter les éléments de solution appropriés; et s'il y a problème socio-économique ou politique, de ne pas considérer ces données comme étrangères à la santé, mais de chercher des solutions collectives à ces niveaux, avant que ne s'effectue davantage encore une régression du politique au psychique, c'est-à-dire avant que les problèmes de santé qui, dans un quartier comme

Pointe Saint-Charles, sont souvent premièrement d'origine socio-économique et en rapport avec une situation générale d'oppression politique, ne deviennent secondairement "référés en psychiatrie", donc psychiatisés, et ce, faute de solutions politiques adéquates. La prévalence des troubles psychiatriques à Pointe Saint-Charles, dont le taux est trois fois plus élevé que la moyenne, démontre assez, quant à nous, la nécessité de prendre en considération toutes les dimensions des problèmes qu'on nous présente.

Dans le cas précis de la psychose, les divers niveaux du problème s'expriment dans le phénomène central de la rupture: rupture au niveau corporel (agitation, ralentissement), rupture au niveau psychologique (confusion du fantasme et de la réalité) et rupture au niveau social (isolement, bris de la relation à l'autre). Le sens de ces divers niveaux de rupture est contenu dans le délire en particulier, qui est un énoncé politique dans la mesure où il nous révèle les contradictions individuelles, familiales et sociales dont le sujet est victime. Ici encore, notre approche sera dictée par la compréhension de ces divers niveaux de rupture et nos interventions chercheront à tenir compte de tous les aspects des contradictions révélées dans le message psychotique.

Pour en venir à la situation de la psychiatrie dans le quartier, disons que la responsabilité sectorielle officielle et les budgets accompagnants sont alloués à l'hôpital régional, selon les politiques de soins du Ministère des Affaires Sociales, mais que la Clinique, tout en revendiquant la gestion de ses budgets selon le principe du pouvoir aux usagers, n'en a pas moins pour autant développé son propre programme de santé mentale. Outre les services d'urgence et les soins individuels et familiaux, lesquels d'ailleurs, bien que souvent critiqués pour leur inefficacité sociale, sont néanmoins reconnus comme inévitables dans le contexte socio-culturel actuel, le pivot de ce programme de santé mentale consiste en un regroupement populaire mis sur pied il y a quelques années et qui est connu à Pointe Saint-Charles sous le nom d'*Action-Santé*.

Ce groupe réunit, à raison de plusieurs fois par semaine, des personnes dont le dénominateur commun est un intérêt pour les questions de santé mentale, à quelque titre que ce soit (soignants, soignés et leurs personnes significatives, parents, amis, voisins, etc.).

Les objectifs de ce regroupement populaire sont multiples: offrir, tout d'abord, un lieu d'accueil simple et accessible à tous les citoyens du quartier, lieu où les niveaux de tolérance pour toutes sortes de comportements seraient supérieurs aux milieux familiaux et hospitaliers déjà tellement hiérarchisés et répressifs; en d'autres termes, offrir un "espace" physi-

que et psychologique où les participants pourraient être eux-mêmes, s'épanouir, exprimer leur propre "folie"; et cela, tout en élevant leur niveau de conscience politique au moyen de réflexions et d'actions collectives.

Pour atteindre ces objectifs, l'utilisation optimale du potentiel thérapeutique de chaque individu, la déspecialisation des problèmes rencontrés, la démystification des statuts sociaux et la déprofessionnalisation des rapports soignants-soignés constituent les principes premiers de fonctionnement du groupe. Également, les soignants favorisent un partage de leur pouvoir en remettant le leadership du groupe à des représentants élus du quartier.

Si on veut résumer l'évolution de ce regroupement en quelques points pertinents à notre exposé, on peut dire que le groupe Action-Santé a accueilli environ 300 personnes depuis ses débuts; que des réunions se tiennent régulièrement en l'absence de tout professionnel; qu'un groupe de femmes s'y est ajouté tenant des réunions autonomes; qu'un comité populaire d'information-accueil et même de visites à domicile a été mis sur pied, à un certain moment de l'évolution du groupe; qu'on y mène une lutte active contre l'isolement social, sort habituel des psychotiques; et enfin et surtout, qu'on participe à d'autres regroupements. Par exemple, il y a eu des échanges avec l'association pour la défense des droits sociaux (ADDS), participation à plusieurs manifestations publiques (1er mai, refus de payer la taxe d'eau, lignes de piquetage avec des travailleurs syndiqués en grève), présence aux assemblées générales des organismes du quartier, élection de membres du groupe au Conseil d'administration de la clinique, etc.).

Également, il est certain que plusieurs personnes ont bénéficié, sur le plan de leur croissance personnelle, de l'existence de ce groupe, même si une évaluation qualitative et quantitative est impossible dans ce genre de travail, les variables incontrôlables étant trop nombreuses. Le groupe paraît, en tout cas, avoir servi de tremplin pour plusieurs personnes qui ont par la suite accédé à des responsabilités sociales plus importantes. Aussi, dans la mesure où ces réalités sont quantifiables, il nous semble que le phénomène de psychiatrisation excessive des problèmes socio-économiques des travailleurs a pu être quelque peu contrecarré par l'existence du groupe Action-Santé. De même, plusieurs hospitalisations en institution psychiatrique ont clairement été évitées à cause de l'existence de ce lieu d'accueil, encore que les taux d'hospitalisations en psychiatrie de secteur ne constituent pas pour nous un indice valable de la qualité des soins. Il s'agit plutôt d'une nouvelle norme utilisée au compte de "l'efficacité",

psychiatrique, "efficacité" fondée particulièrement sur l'usage des tranquillisants.¹

Il va sans dire cependant que la mise en commun de responsabilités habituellement assumées par les soignants soulève de nombreux problèmes parmi lesquels le respect des nouvelles normes établies par le groupe n'est pas le moindre. Et, en particulier, les phénomènes d'alcoolisme et de violence paranoïde nous placent souvent dans des situations de groupe difficiles où se manifeste la tendance régressive à reproduire le modèle psychiatrique autoritaire et décisionnel auquel nous avons tous été habitués. Ainsi, par exemple, un individu désorganisé dans le groupe va être confronté dans un premier temps à un effort de structuration en provenance de tout le groupe et si cet effort souvent prolongé échoue, le groupe va généralement faire appel aux soignants en présence pour qu'ils effectuent une intervention appropriée. Il en va de même pour les écarts par rapport aux nouvelles normes sociales établies par le groupe. Nous avons ainsi été amenés, de façon exceptionnelle, à prendre des décisions unilatérales affectant la vie de tout le groupe, comme par exemple, la fermeture temporaire du local à des moments jugés dangereux par nous. C'est ici qu'intervient la superstructure sociale, médicale et légale dans laquelle ces groupes évoluent et qui définit de façon hiérarchique les limites de la tolérance à la déviance.

Egalement, un travail collectif comme celui-là va à contrecourant par rapport à la prise en charge individuelle qu'on retrouve habituellement dans les équipes professionnelles spécialisées de psychiatrie de secteur. Ce genre de travail ne rencontre pas non plus les normes du M.A.S., de sorte qu'aucun budget ne nous est alloué pour développer une telle approche dépsychiatrisante des problèmes qui nous sont soumis. C'est la politique salariale de la Clinique qui en permet le développement, ce qui est le cas d'ailleurs de plusieurs autres programmes de prévention de la Clinique, laquelle est globalement sous-subventionnée par rapport à un CLSC de même taille, en dépit d'une lutte menée de longue date pour le droit à la santé de la classe ouvrière. Cette situation révèle, quant à nous, l'essentiel des contradictions auxquelles sont soumises les institutions publiques, dans la mesure où leurs objectifs ne s'inscrivent pas dans les normes définies par l'Etat.

Il reste à souligner que la participation libre de personnes isolées, déprimées ou psychotiques à un tel regroupement fait pour nous, partie intégrante de leur soin. Le groupe Action-Santé ayant des liens avec d'au-

(1) A ce sujet, notre attitude est la suivante: nous ne nous opposons pas catégoriquement à l'utilisation modérée des tranquillisants par les psychotiques, mais nous n'en forçons pas l'usage non plus. Nous donnons le maximum d'informations disponibles sur tous les médicaments prescrits, partageant ainsi avec les soignés la responsabilité de leur soin dans une optique qui favorise l'auto-administration et le contrôle de la posologie optimale des médicaments.

tres groupes du quartier, il se produit un phénomène de prise en charge collective des problèmes de santé mentale, ce qui est une des caractéristiques de l'approche que nous favorisons.

Cette approche, nous allons tenter de la spécifier davantage encore en en dégagant deux caractéristiques principales :

1. LES REGROUPEMENTS POPULAIRES ET LES RESEAUX DE QUARTIER

Pointe Saint-Charles se présente aujourd'hui comme un quartier où la vie communautaire est plus développée que dans d'autres quartiers urbains. Ce n'est pas le fruit du hasard. Depuis une dizaine d'années surtout, de nombreux citoyens se sont regroupés autour des problèmes qui les assaillent. C'est ainsi qu'on a vu naître une clinique de santé, une pharmacie, une clinique juridique et une garderie populaire toutes administrées suivant le même principe du pouvoir de gestion aux citoyens. C'est aussi le cas du Carrefour d'éducation populaire, organisme qui s'occupe d'éducation des adultes en démontrant le lien entre l'idéologie dominante et les diverses manifestations de la culture. Il y a également d'autres regroupements, tel que l'atelier de couture, le comptoir alimentaire, l'ADDS, le comité de logement (ex-Maison du Quartier). Et enfin, les divers comités portant plus spécifiquement sur les questions de santé, notamment, les médicaments, la santé en usine, l'obésité, la contraception, la grossesse, les problèmes de péri-natalité, la prévention dentaire, la vision; le journal de la Clinique et la santé mentale (Action-Santé). Tous ces comités regroupent en principe une majorité de citoyens du quartier et quelques personnes-ressource en provenance de la Clinique de santé ou d'autres organismes du quartier.

Comme dans l'exemple d'Action-Santé, tous ces regroupements populaires favorisent la prise en charge collective des problèmes de santé. De plus ces diverses démarches de promotion de la santé sont de type essentiellement communautaire en ce sens qu'elles sont intimement liées à la vie même du quartier. C'est cet ensemble de ressources variées qui constitue pour nous le lieu naturel de nos "interventions de réseau", interventions fréquentes, souvent spontanées, et qui se produisent dans les interactions de ce que l'on pourrait le mieux nommer les réseaux de quartier.

2. L'IMPLICATION DES SOIGNANTS ET DES SOIGNÉS DANS LE PROCESSUS DE CHANGEMENT SOCIAL

Une autre caractéristique de notre approche des problèmes de santé, c'est l'implication active des soignants, avec les gens qu'ils soignent, dans le processus de transformation des conditions de vie. Pour mieux

saisir l'origine et la portée de cette caractéristique, il faut nous situer dans le contexte des objectifs généraux de la clinique, tels que définis en assemblée générale.

Outre les soins de qualité et la prévention, la Clinique poursuit un objectif politique de nature anticapitaliste. Cela détermine une tâche générale pour le personnel, celle d'élever son propre niveau de conscience politique, de même que celui des usagers, en démontrant, au niveau de la pratique, chaque fois que c'est possible et que ça convient, le lien qui existe entre les problèmes de santé, les conditions de vie, et ce système économique fondé sur le profit d'une minorité aux dépens de la majorité.

Plusieurs politiques internes de la Clinique reflètent ces objectifs notamment, le principe du pouvoir aux citoyens, la politique salariale en vigueur, et le mouvement de déprofessionnalisation (par l'emploi de citoyens du quartier comme travailleurs communautaires). Le plus difficile consiste à traduire notre objectif de changement social jusque dans la dispensation quotidienne des soins.

C'est ici qu'intervient la participation active des soignants, avec les soignés, aux regroupements populaires qui poursuivent tous ce même objectif. Le soignant fait moins la distinction rassurante entre le professionnel et le citoyen qu'il est. Il partage son pouvoir et ses responsabilités avec les soignés, et de nouvelles règles sociales s'établissent: les contacts entre organismes ne se font plus seulement par l'intermédiaire des soignants; les soignés s'organisent, prennent la parole, revendiquent. Ce sont eux qui décident, dans Action-Santé par exemple, de l'acceptation des nouveaux membres, selon des critères qui diffèrent d'ailleurs - ça ne manque pas d'intérêt - de ceux des professionnels. En somme, l'accent porte sur le partage d'objectifs communs entre soignants et soignés plutôt que sur la mise en valeur de la distance diagnostique et des statuts sociaux.

SUMMARY

The Pointe St-Charles Community Clinic is a popular, user-run clinic, where psychiatric treatment is integrated into the services of the medical-social teams, and where, more globally, an attitude of a collective responsibility for mental health is beginning to develop as a result of the active involvement, on the part of both clinic workers and users, in the social change process and the optimal use of the natural community resource network.