A BRIEF REPORT / UN BREF RAPPORT

PSYCHIATRES ET MÉDECINS SPÉCIALISTES EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE: DEUX SOLITUDES

YVES LAMONTAGNE

Université de Montréal

RÉSUMÉ

La psychiatrie et la santé communautaire ont plusieurs points en commun. Les spécialistes de ces deux disciplines n'utilisent pas de technologie sophistiquée, les résultats de leurs recherches ne sont pas très spectaculaires, et les psychiatres, tout comme les médecins en santé communautaire, ont une pauvre image publique. Les représentants de ces deux spécialités médicales devraient travailler plus étroitement ensemble et développer des alliances pour promouvoir la santé mentale dans différents domaines: problèmes comportementaux chez les enfants, alcoolisme et toxicomanies, suicide chez les adolescents, réinsertion sociale des malades mentaux, maladies mentales chez les personnes âgées, violence et abus sexuels, etc.

L'auteur croit que les deux solitudes doivent être brisées et qu'un travail d'équipe devrait être entrepris pour améliorer la santé mentale communautaire de la population.

Les psychiatres et les médecins spécialistes en santé communautaire sont issus de deux spécialités médicales qui ont plusieurs points en commun. Ce sont d'abord deux jeunes spécialités. La psychiatrie est devenue une spécialité au début des années 50 alors que les premiers diplômés en santé communautaire ont été certifiés en 1980. Ce sont aussi deux spécialités sans grande technologie, plutôt axées sur des recherches opérationnelles, évaluatives, et épidémiologiques, entre autres, qui prennent beaucoup de temps, qui coûtent cher, qui sont peu subventionnées et sans résultats très spectaculaires. Ce sont également deux spécialités qui ont un problème d'image: les psychiatres et les médecins en santé communautaire sont vus comme faisant partie des spécialités plus sociales et plus politiques, des médecins qui voient peu de malades, des théoriciens et des penseurs qui s'adressent à des causes perdues et financièrement non rentables. Il n'est donc pas étonnant de voir certains médecins de ces deux disciplines faire la manchette des journaux ou même animer des émissions de télévision. Au niveau politique, la psychiatrie est, d'une certaine façon, plus chanceuse que la santé communautaire puisqu'au Québec, elle a eu au moins trois ministres-psychiatres, les Cloutier, Laurin, et Lazure. La santé communautaire étant une spécialité plus jeune, la piquûre politique viendra éventuellement.

Version revue d'une conférence donnée au 5^{ième} Congrès des Médecins Spécialistes en Santé Communautaire du Québec, Montréal, mai 1993.

ellement. Ajoutons que les deux spécialités se ressemblent à un tel point qu'elles sont les deux dernières en ce qui a trait à la rémunération des médecins spécialistes au Québec. On ne peut donc pas jouer au «gourou» et être payé comme un radiologiste. Finalement, la psychiatrie a même tenté de se substituer, en partie, à la santé communautaire et ce bien avant qu'elle ne soit inventée, en créant la psychiatrie communautaire dans les années 70. Cette tentative, «*The new therapeutic bandwagon*», comme on l'a appelé plus tard, fut un échec parce qu'en sortant des hôpitaux, les psychiatres pensaient qu'il y aurait beaucoup de gens pour les aider sinon pour traiter les gens à leur place. Évidemment, les autres professionnels de la santé n'ont pas marché. On a compris, par la suite, qu'on doit plutôt sortir des hôpitaux pour collaborer avec les autres à mieux aider les gens au lieu de pontifier comme on l'a fait à l'époque.

En dépit de tous ces points communs entre les deux spécialités, les psychiatres et les médecins spécialistes en santé communautaire ne se connaissent pas, ne travaillent presque jamais ensemble et n'ont jamais mis en place, ensemble et avec les autres intervenants, des projets de dépistage, de prévention, et de réinsertion. Si l'on en juge d'après les données de l'association des médecins spécialistes en santé communautaire, il semble que peu de médecins de cette discipline soient intéressés à travailler en santé mentale. Par exemple, dans la région de Montréal, Laval, et Rive-Sud, un seul médecin spécialiste en santé communautaire est impliqué dans un programme de santé mentale au travail. Auraient-ils, eux aussi, les mêmes tabous que le public face aux maladies mentales? Savent-ils qu'au moins une personne sur cinq souffrira d'une maladie mentale au cours de sa vie et que les maladies mentales grugent 20% du budget du ministère de la santé et des services sociaux du Québec (Lamontagne, 1985)? Nous avons donc intérêt, de part et d'autre, à nous connaître davantage et à développer des alliances qui nous permettront de mieux contrer le phénomène des maladies mentales.

L'ALLIANCE SANTÉ COMMUNAUTAIRE—PSYCHIATRIE

La réforme du système de santé mentale doit résulter de l'interaction d'au moins trois variables: un mouvement social conduit par les professionnels de la santé, les parents des malades mentaux, et les citoyens concernés (Santiago, 1990). Peut-être pourrions-nous travailler au moins ensemble comme professionnels de la santé. Il est évident, selon certains auteurs, que ceux qui sont dans le système doivent accepter d'expérimenter des approches radicalement différentes afin d'améliorer le système (Wasylenki, Goering, & MacNaughton, 1992).

Voyons quelques problèmes où psychiatres et médecins spécialistes en santé communautaire auraient intérêt à travailler ensemble dès maintenant:

Troubles de comportement chez les enfants

Avec des pédopsychiatres, les médecins en santé communautaire devraient collaborer au développement de programmes d'éducation aux compétences parentales de même qu'aux compétences sociales pour les enfants. Par exemple, le département de santé communautaire¹ de l'Hôpital Ste-Justine fait actuellement une expérience pilote en testant un programme américain de compétence sociale chez les enfants du primaire dans une école de Montréal avec un pédopsychiatre, une

infirmière, et une psychologue en santé communautaire. Combien d'autres projets pourraient être mis en marche par une meilleure collaboration entre les deux spécialités.

Alcoolisme et toxicomanie

Nous connaissons tous l'urgent besoin d'éducation et de traitement face à l'alcoolisme et aux toxicomanies, principalement chez les jeunes. Pourtant, nos deux spécialités ne se sont pas encore beaucoup impliquées à grande échelle pour faire de la prévention, du traitement, et de la réadaptation dans ce domaine.

Le suicide chez les jeunes

Le triste record que détient le Québec sur le suicide chez les jeunes de même que la forte prévalence de maladies mentales chez les suicidaires devraient nous inciter à développer une approche concertée face à ce grave problème. En dehors des campagnes organisées par des organismes sans but lucratif et d'une campagne d'information et de prévention du suicide organisée par notre centre de recherche il y a quelques années (Lamontagne et al., 1986), le monde médical, au sens large, s'est bien peu préoccupé de cette triste réalité. La psychiatrie et la médecine communautaire seraient sûrement les deux spécialités les plus aptes à jouer un rôle positif dans ce domaine.

La désinstitutionnalisation et la réinsertion sociale des malades mentaux

Grâce aux foyers d'accueil, aux appartements supervisés, et aux foyers de transition, entre autres, nous avons de plus en plus les moyens pour faire une désinstitutionnalisation logique et humaine. Ensemble, nous pourrions peut-être faire davantage de prévention tertiaire, ce qui permettrait une réadaptation plus rapide et facile des malades mentaux en enlevant les tabous et les notions erronées sur les maladies mentales dans notre société (Lamontagne, 1991). Lorsque plusieurs foyers pour malades mentaux ont été ouverts dans l'Est de Montréal, il y a eu de multiples protestations et pétitions contre ces projets. Avec des médecins en santé communautaire, nous aurions pu modifier l'attitude de la population locale face aux malades mentaux et permettre ainsi aux malades de reprendre plus facilement une place dans la société.

Maladies mentales et personnes âgées

Selon une étude publiée par le Ministère de la Santé et du Bien-être social, le Canada comptera, en 2006, plus de 1,1 millions de personnes atteintes de troubles mentaux. Ce rapport identifie certains facteurs de risque qui expliquent l'apparition de troubles mentaux chez les personnes âgées: deuil récent, isolement, incapacités physiques ou santé fragile, situation socio-économique précaire, usage prolongé d'hypnotiques, déficiences sensorielles et vulnérabilité génétique comme, entre autres, pour la maladie d'Alzheimer (Capiello, 1992). Selon le rapport, divers programmes de promotion de la santé pourraient en diminuer l'importance. Comme nous comprenons maintenant mieux les facteurs qui prédisposent les personnes âgées à la dépression, à l'anxiété, et à l'abus de substances psychotropes, nous devrions pouvoir concevoir des programmes de promotion de la santé

adaptés aux besoins particuliers des populations qui y sont les plus sujettes. Qu'attendent les médecins pour se mettre en marche?

Les drames sociaux

Enfin, il est un dernier point où nous devrions travailler étroitement et rapidement ensemble: ce sont les drames sociaux. Autant je ne peux que louer l'intervention de la santé communautaire dans l'incendie du dépôt de pneus usagés de St-Basile-Le-Grand, près de Montréal, autant je me demande où vous êtes quand il s'agit de drames psychologiques? Où étaient les médecins en santé communautaire lors du drame de l'École Polytechnique? Où sont-ils encore à chaque fois qu'il y a une série de drames familiaux se terminant par des meurtres et des suicides et où se situent-ils dans le dossier de la violence et des abus sexuels chez les femmes et les enfants? De nombreux acteurs ont joué et jouent encore d'importants rôles dans ces dossiers, souvent seuls et sans support financier. Où sont donc les médecins? À nouveau, la psychiatrie et la santé communautaire auraient intérêt à resserrer les liens afin de pouvoir répondre adéquatement à toute demande survenant à la suite d'un drame mettant aussi en cause la santé mentale des citoyens.

CONCLUSION

En conclusion, il faut que la psychiatrie et la médecine communautaire brisent leurs deux solitudes et travaillent plus étroitement ensemble. Ces deux spécialités ne doivent pas avoir peur l'une de l'autre, elles doivent s'orienter ensemble vers des réalisations concrètes sur le terrain au lieu d'écrire de beaux programmes difficilement applicables, ne pas craindre de remettre en cause les façons différentes de travailler et surtout nous rendre tous compte que les maladies mentales jouent un rôle très important dans le grand processus de la santé publique. Plusieurs autres professionnels en santé mentales, infirmiers, psychologues, et travailleurs sociaux, pour ne prendre que ces exemples, collaborent souvent ensemble pour améliorer le sort des malades mentaux. Nos deux spécialités devraient en faire autant et collaborer davantage avec les autres professionnels de la santé. La population ne s'en trouverait que mieux servie.

NOTE

1. Les départements de santé communautaire ont été remaniés en unités de santé publique. Plusieurs médecins spécialistes en santé communautaire se retrouvent maintenant dans ces unités.

ABSTRACT

The fields of psychiatry and community health have much in common. Specialists in these two disciplines do not use sophisticated technology; the results of their research are not spectacular; and psychiatrists, like physicians specializing in community health, have a poor public image. Representatives of these two medical specialties must work more closely together and develop alliances to promote mental health in areas including: behavioural problems in children, alcoholism and substance abuse, adolescent suicide, community

integration of the mentally ill, mental health problems among the elderly, and violence and sexual abuse.

The author believes these two solitudes must be brought together and a work team established to improve community mental health.

RÉFÉRENCES

- Capiello, A. (1992, 29 avril). En l'an 2000, un million de personnes âgées seront atteintes de troubles mentaux. *L'Actualité Médicale*, p. 8.
- Lamontagne, Y. (1985). *L'Ampleur des maladies mentales au Québec*. Québec: Québec Science.
- Lamontagne, Y. (1991). L'avenir de la psychiatrie. *Le Médecin du Québec*, 26(9), 83-87.
- Lamontagne, Y., Elie, R., Belisle, M., Duchastel, A., Marseille, M.C., & Mercure, G. (1986). Suicide et dépression chez les étudiants de CEGEP. *Union Médicale du Canada*, 115(8), 522-527.
- Santiago, J.S. (1990). The evolution of systems of mental health care: The Arizona experience. *American Journal of Psychiatry*, 147(2), 148-157.
- Wasylenki, D., Goering, P., & MacNaughton, E. (1992). Planning mental health services: Background and issues. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37, 199-206.