

## Éditorial

### Chronique Mon C\*\*

Alain Lesage, MD<sup>1</sup>, Raymond Morissette, MD, FRCPC<sup>2</sup>

Consultez la page 618 pour l'affiliation des auteurs.

Qu'est-ce qui se cache derrière ces astérisques? Un coup de semonce à notre association et aux psychiatres du Canada pour continuer à combattre la stigmatisation qui frappe les personnes souffrant de troubles mentaux, stigmatisation qui est toujours présente. L'expression colorée a été lancée il y a plusieurs années par des groupes d'usagers et de défense des droits en Amérique, un cri du cœur, un cri de révolte contre ce terme de « patient chronique », terme que l'on ne retrouve plus dans l'édition française ou anglaise des exigences spécifiques du programme de formation en psychiatrie du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, mais qui se trouve encore dans certains programmes de résidence, dans le cadre du stage obligatoire de six mois en « Réadaptation avec les malades chroniques ». On l'entend d'ailleurs encore dans les réunions de nos départements de psychiatrie et dans les corridors de nos établissements : « les étages de chroniques », « les cas chroniques », « les handicapés chroniques » ou simplement « les chroniques ». Ces termes répétés par les médecins, les professionnels, les administrateurs et le personnel sont inévitablement reflétés aux patients et à leurs proches. La personne est chronique de même que le personnel intervenant : quelle stigmatisation!

Tout se passe comme si les valeurs et les pratiques de réadaptation n'avaient pas été intégrées par le milieu des services de psychiatriques. Qu'est-il arrivé du message livré il y a plus de six ans à ce même journal par Leona Bachrach (1) qui plaide pour un rapprochement et une intégration de la psychiatrie et de la réadaptation psychosociale? La réadaptation psychosociale prône une série de valeurs dont principalement, l'espoir d'un rétablissement qui s'envole en fumée au quotidien, lorsque le patient et le personnel entendent les médecins et autres membres du personnel parler de « malades chroniques », de « cas chroniques » dans une « unité de chroniques ».

L'évaluation des ramifications et des conséquences de ce terme stigmatisant se mesure à un niveau individuel, local et régional ou national (2). Au niveau individuel, le terme « chronique » bloque l'espoir d'un rétablissement, les efforts thérapeutiques de réadaptation, car le médecin et le personnel accordent moins d'attention et de temps aux « chroniques », ce qui peut aller jusqu'à l'oubli et même à l'abandon. Au niveau local, on marque par ce terme la ségrégation d'un groupe de patients, le résultat étant un moindre investissement, une moindre valorisation du personnel qui travaille auprès de ces personnes. Cela peut signifier le blocage de l'accès à des interventions innovatrices thérapeutiques, à une nouvelle médication, à de nouvelles interventions psychologiques ou à de nouvelles tentatives de réadaptation. Au niveau régional et national, l'emploi du terme chronique perpétue la stigmatisation dans la formation des résidents en psychiatrie, des professionnels de la santé mentale et du personnel de la santé. Cela perpétue aussi la stigmatisation au niveau de la population en général et des décideurs à tous niveaux.

Les deux articles de ce numéro portent sur la réadaptation psychiatrique en milieu francophone et en Grande-Bretagne. Ils sont signés par deux psychiatres, le Dr Raymond Tempier et le Dr Frank Holloway, praticiens de la réadaptation. Ils confirment dans un premier temps le peu d'intérêt des milieux psychiatriques pour la réadaptation, malgré les politiques nationales et régionales qui la définissent bien comme étant un élément essentiel d'un bon système de soins pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves. Il subsiste une ségrégation des pratiques et des praticiens en réadaptation par rapport à d'autres collègues. La réadaptation est le plus souvent envisagée en deuxième lieu, suite à une phase de traitement et non comme devant être intégrée dès le début. On l'envisage encore pour une catégorie de patients seulement,

ceux qui ont des troubles mentaux graves et persistants, et non pour l'ensemble des troubles mentaux. Et pourtant, l'Organisation mondiale de la santé nous rappelle que la dépression est en voie de devenir la principale cause d'incapacité dans les pays industrialisés, comme le Canada, par exemple (3).

Les deux articles donnent aussi un aperçu des immenses perspectives du développement de la réadaptation. Sur le plan des valeurs, la réadaptation psychosociale est passée dans la dernière décennie d'une approche centrée sur le patient à une approche menée par le patient, d'où le concept de rétablissement. Selon cette approche, le patient « n'est plus la personne sur qui on agit mais avec qui on agit » (4). Il faut citer l'action menée par les ressources communautaires et alternatives au Québec, les mouvements d'usagers et de l'Association canadienne pour la santé mentale en faveur des droits des usagers, notamment celui de ne pas être traité de « chronique ». Il y a aussi des expérimentations et des accompagnements ailleurs et autrement. Parmi les développements techniques rapportés dans divers articles, citons les thérapies cognitives des délires et des hallucinations, les programmes intégrés de remédiation cognitive, les programmes de suivi intensif dans la communauté comme le *Program for Assertive Community Treatment* qui combinent de façon intensive traitement et réadaptation dans la communauté, les programmes de suivi intensif pour le retour à l'emploi dans la communauté et le large éventail de milieux résidentiels supervisés et le soutien au logement dans la communauté. Ces approches combinées peuvent constituer une solution de rechange à l'hospitalisation prolongée en créant des milieux de traitement et de réadaptation intensive le plus près possible de la communauté.

Le caractère nécessairement multidisciplinaire, voire interdisciplinaire de la réadaptation, reflété par exemple par la co-signature des deux articles par des psychiatres et des professionnels, fournit l'occasion de signaler les enjeux sociologiques et politiques du désinvestissement des psychiatres face à la réadaptation. Toute polarisation, qu'elle soit biologique ou psychosociale, est nuisible. Il suffit de relire l'article de Leona Bachrach cité plus haut pour comprendre qu'il est préférable de nous définir par les valeurs semblables motivant nos actions, plutôt que par nos différences dans les moyens utilisés.

Le rétablissement d'une personne suite à une maladie ou à un événement malheureux ne se mesure pas seulement à la diminution ou à la disparition des symptômes, des souffrances, des incapacités ou des handicaps, mais aussi et surtout, au sens que la personne arrive à donner à sa vie et aux objectifs qu'elle désire réaliser. Nous sommes loin de la chronicité.

Que pouvons-nous faire? Évitions surtout la formation d'un comité de l'Association des psychiatres du Canada à ce sujet, mais plutôt :

- Cessons d'employer le terme « chronique ».
- Chaque fois que nous l'entendons d'un autre collègue, d'un de nos résidents, d'un professionnel ou d'un administrateur, soyons proactifs et soulignons à quel point le terme est stigmatisant.
- Chaque fois que nous entendons autour de nous le terme « chronique », réfléchissons à la position thérapeutique et réadaptative à l'égard du patient, et à la position dans laquelle on place celui-ci avec une telle dénomination.
- Affermissons nos connaissances, notre savoir faire et notre savoir être face aux valeurs et aux pratiques de la réadaptation et faisons en sorte de l'intégrer au traitement de tout patient.

Comme médecins, nous avons le devoir de toujours tenter de guérir, nous avons toujours le devoir de prendre soin, de soigner tous les patients et de toujours travailler sans cesse et dans toutes les occasions à leur rétablissement.

### Sources de référence

1. Bachrach LL. Psychosocial rehabilitation and psychiatry: what are the boundaries? *Can J Psychiatry* 1996;41:28-35.
2. Thornicroft G, Tansella M, editors. *The mental health matrix. A manual to improve services.* Cambridge (UK): Cambridge University Press; 1999.
3. OMS. *Rapport sur la santé dans le monde 2001 : la santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs.* Geneva: OMS; 2001. ISBN 92 4 256 201 7
4. Gardou C. *Connaître le handicap, reconnaître la personne.* Ramonville (FR): Ed. érès; 1999. p 13

<sup>1</sup>Professeur de recherche, Université de Montréal, Montréal, Québec; Vice-président du conseil consultatif de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, Instituts de recherche en santé du Canada  
<sup>2</sup>Chef de service de psychiatrie et de réadaptation et d'hébergement dans la communauté, Hôpital Louis-H Lafontaine, Montréal, Québec  
*Address for correspondence:* Dr A Lesage, Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H Lafontaine, 7401 Hochelaga, Montréal, QC H1N 3M5

## Editorial

# Chronic My A\*\*

Alain Lesage, MD<sup>1</sup>, Raymond Morissette, MD, FRCPC<sup>2</sup>

See page 620 for author affiliations.

What is hiding behind those asterisks? A warning shot for our association and for Canadian psychiatrists to pursue the fight against the all-too-prevalent stigmatization surrounding individuals with mental disorders. This graphic phrase was shouted several years ago by North American user and advocacy groups, as a cry from the heart and a cry of rebellion against the term “chronic patient”—a term that no longer appears in either the French or English editions of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada training program in psychiatry’s specific requirements but that can still be found in some resident programs, under the mandatory 6-month internship called “Rehabilitation with Chronic Patients.” We can still hear it in our psychiatric department meetings and in the corridors of our institutions, too: “the chronic wings,” “the chronic cases,” or just “the chronics.” These terms, repeated by physicians, professionals, managers, and staff, are unavoidably reflected onto patients and their families. The individual is chronic as well as the caretakers. What a stigmatization!

It is as if rehabilitation values and practices had not been assimilated in the psychiatric services setting. What happened to the message delivered to this very publication over 6 years ago by Leona Bachrach (1), who fostered bridging the gap between psychiatry and psychosocial rehabilitation? Psychosocial rehabilitation advocates an array of values, first and foremost of which is the hope of recovery—a hope that vanishes into thin air when patients and staff daily hear physicians and others speak of “chronic illness” or a “chronic case” in a “chronic department.”

Assessing the repercussions and consequences of this stigmatizing term can be done at 3 levels: individual, local, and regional or national (2). At the individual level, the term “chronic” blocks any hope of recovery as well as therapeutic efforts for rehabilitation, because the doctor and the staff give less attention and time to “chronics,” even forgetting and abandoning them. At the local level, this term marks the segregation of a group of patients, resulting in reduced involvement and gratification for the employees working with those patients. This means that access to creative therapeutic procedures, new medication, new psychological treatments, or new

rehabilitation efforts can be blocked. At the regional or national level, using the term “chronic” perpetuates stigmatization during the training of psychiatry residents, mental health professionals, and health workers. It also perpetuates stigmatization in the general population and among decision makers at every level.

In this issue, 2 articles by psychiatrists Dr Raymond Tempier and Dr Frank Holloway, both rehabilitation practitioners, focus on psychiatric rehabilitation in a francophone setting and in the UK. First, they recognize that psychiatric settings have little interest in rehabilitation, although regional and national politics identify rehabilitation as a critical element of a good care system for people with severe mental disorders. There is still a gap between rehabilitation practices and practitioners and other colleagues. Rehabilitation often takes second place to a treatment phase, rather than being incorporated from the start. It is still considered for a single category of patients only—those with severe and persistent mental disorders—rather than for patients with all mental disorders. Yet, the World Health Organization reminds us that depression is becoming the main cause of incapacity in industrialized countries (for example, Canada) (3).

Both articles also give an idea of the huge possibilities for the development of rehabilitation. With regard to values, in the past decade psychosocial rehabilitation has evolved from a patient-based to a patient-driven approach, from which the concept of recovery has been drawn. According to this approach, the patient “is no longer the person we act upon but with whom we act” (4). Let us commend the action taken by Quebec by community and alternative resources, by consumer groups, and by the Canadian Mental Health Association to advocate consumer rights—notably, the right not to be called “chronic.” Different experiments and types of supportive care are implemented elsewhere. Notable among the technical developments reported in the articles are cognitive therapy for delusion and hallucination, integrated programs of cognitive remediation, assertive community treatment programs that combine intensive treatment and rehabilitation in the community, intensive community-based work rehabilitation programs, and the vast range of supervised-housing

settings. These combined approaches can be an alternative to long-stay hospitalization, since they offer the needed intensive treatment and rehabilitation in settings that are the closest to the community.

The inherent multidisciplinary, if not interdisciplinary, nature of rehabilitation reflected, for instance, in the joint authorship of both articles by psychiatrists and professionals gives us an opportunity to mention the sociological and political issues associated with the psychiatrist's noninvolvement in rehabilitation. Any polarization, either biological or psychosocial, is harmful. Reading the Leona Bachrach article mentioned above will convince you that it is better to define ourselves in terms of the similar values guiding our actions than by the different means used.

An individual's recovery after an illness or a sad event is measured not only by the reduction or disappearance of symptoms, pain, incapacity, or handicap but also, and mostly, by the meaning that person can find for life and the goals he or she wants to achieve. This is a far cry from chronicity.

What can we do? Most certainly, we should not create another Canadian Psychiatric Association committee on the subject, but instead, act as follows:

- Stop using the term “chronic.”
- Each time we hear the term from a colleague, a resident, a professional, or a manager, we should be proactive and point out how it is stigmatizing.

- Each time we hear the term “chronic” around us, we should be mindful of the therapeutic and rehabilitative attitude toward the patient and where we place the patient with such a label.
- We should strengthen our knowledge, skills, and practical experience concerning rehabilitation values and practices, and make sure we include them in the treatment of all patients.

As physicians, we have the duty to try always to heal, the duty always to care, the duty to treat all patients, and the duty always to work continually toward their recovery.

## References

1. Bachrach LL. Psychosocial rehabilitation and psychiatry: what are the boundaries? *Can J Psychiatry* 1996;41:28–35.
2. Thomicroft G, Tansella M, editors. *The mental health matrix. A manual to improve services.* Cambridge (UK): Cambridge University Press; 1999.
3. World Health Organization. *The World Health report 2001. Mental health: new understanding, new hope.* Geneva: WHO; 2001. ISBN 92 4 256 201 7.
4. Gardou C. *Connaître le handicap, reconnaître la personne.* Ramonville (FR): Ed. érès ; 1999. p. 13.

---

<sup>1</sup>Professeur de recherche, Université de Montréal, Montréal, Québec; Vice-président du conseil consultatif de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, Instituts de recherche en santé du Canada  
<sup>2</sup>Chef de service de psychiatrie et de réadaptation et d'hébergement dans la communauté, Hôpital Louis-H Lafontaine, Montréal, Québec  
*Address for correspondence:* Dr A Lesage, Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H Lafontaine, 7401 Hochelaga, Montréal, QC H1N 3M5