

La santé mentale, des facteurs sociaux et des coûts Mental health : costs and social factors

Louis Blanchet

Volume 6, numéro 2, novembre 1981

Où va la psychiatrie ?

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030101ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030101ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Blanchet, L. (1981). La santé mentale, des facteurs sociaux et des coûts. *Santé mentale au Québec*, 6(2), 48–54. <https://doi.org/10.7202/030101ar>

Résumé de l'article

L'auteur trace un bref historique de la psychiatrie au Québec et tente de montrer que les facteurs économiques influencent l'évolution sociale. Après avoir montré que les coûts en santé mentale atteignent 500 millions \$, il fait un appel à la rationalisation des services en ce temps d'austérité économique.

LA SANTÉ MENTALE, DES FACTEURS SOCIAUX ET DES COÛTS

Louis Blanchet*

“La santé mentale, c’est la capacité de profiter des plaisirs de la vie et de maintenir des liens sociaux et affectifs permettant un sentiment de valorisation.”

Cette définition révèle la dynamique qui devrait animer la promotion de la santé mentale. Elle reflète également les tendances que les divers mouvements sociaux, tant collectifs qu’administratifs, ont voulu imprégner à la qualité de la vie et à la santé mentale des Québécois depuis déjà deux décennies.

L’histoire des grandes périodes de la psychiatrie québécoise vient étayer l’idée selon laquelle l’histoire sociale est à la fois le reflet et le produit de l’histoire économique.

Les différents auteurs qui se sont attardés à l’histoire de la psychiatrie ont exposé cette corrélation entre la psychiatrie et l’évolution sociale, tel Hubert Wallot :

L’histoire de la folie, dans quelque milieu que ce soit, comporte toujours un double intérêt : au regard du profane, elle révèle la nature des répressions qu’une société se donne et l’évolution des groupes au pouvoir dans cette société. En ce sens, on découvre que les buts des organisations qui prennent en charge la folie se concrétisent différemment selon la définition sociale de la folie à une époque donnée et selon les intérêts en place.

D’autre part, du point de vue médical, pareille histoire tend à illustrer qu’à toutes les époques, il persiste un noyau de la folie qui constitue une déviance sociale originale et que d’autre part, les normes sociales et les conceptions professionnelles de la folie et de son traitement tendent néanmoins à s’inspirer d’un ordre social existant et à le justifier indirectement (Wallot, 1980).

Pour leur part Levine et Levine, dans *A Social History of the Helping Services*, ont voulu démontrer qu’en temps d’expansion économique la communauté était tenue responsable des désordres à la source de la maladie mentale et que, par conséquent, elle avait l’obligation et la responsabilité d’y apporter les correctifs requis. Cependant, lorsque la société se retrouve en période de récession économique, on fait porter sur l’individu la responsabilité de ses désordres ainsi que la charge d’y remédier.

LES GRANDES ÉTAPES DE L’ÉVOLUTION DE LA PSYCHIATRIE AU QUÉBEC

Au Québec, la première phase de l’histoire de la psychiatrie couvre la période antérieure à 1960. Cette période, dite de la folie, est caractérisée par le développement et le maintien de grands asiles, tels l’Hôpital Saint-Jean-de-Dieu de Montréal, l’Hôpital Saint-Michel-Archange de Québec et l’Hôpital des Laurentides à L’Annonciation, par les communautés religieuses qui avaient les ressources financières et humaines. Ces grands asiles souffraient le plus souvent d’une surpopulation de clientèle, d’un personnel réduit, ainsi que de budgets dérisoires, à l’image du désintéressement que la société vouait aux déviants sociaux et aux malades mentaux. L’État ne prenait que peu de responsabilités face à ce type de citoyens.

Le modèle thérapeutique alors en vigueur privilégiait l’internement aux dépens du traitement et calquait le modèle neurologique descriptif et plutôt fataliste, dans lequel le traitement se limite à un support médical. Un tel modèle ne faisait qu’entretenir l’idée selon laquelle ce type de malade était inguérissable.

Durant les années 1950, le nombre d’employés de ces institutions par mille malades mentaux

* L’auteur est adjoint au Cabinet du sous-ministre adjoint aux Services de santé, M.A.S.

était de 405 au Canada, alors qu'au Québec il n'était que de 266 (Bédard, 1962, p. 131). Le rapport Bédard estimait qu'avant 1961 les dépenses annuelles du gouvernement du Québec pour ces "asiles" étaient de l'ordre de 18 millions (Bédard, 1962, p.131), et qu'environ 50 % des lits d'hôpitaux étaient occupés par des "malades mentaux".

La seconde période, dite psychiatrique, va de 1962 à 1971. Elle est marquée par l'application du Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques, déposé en mars 1962 par l'équipe du Docteur Dominique Bédard.

C'est une période où souffle un vent de réforme sur plusieurs plans. Sur le plan administratif, cette réforme se concrétise par la création d'une direction générale de la psychiatrie et de l'hygiène mentale au ministère de la Santé du Québec. Les objectifs de cet organisme (devenus aujourd'hui des réalisations) étaient d'offrir des services de psychiatrie dans toutes les régions du Québec en implantant des services dans les principaux hôpitaux du Québec et en assurant la présence de psychiatres dans les régions périphériques et éloignées de Québec et de Montréal.

Le modèle médical change lui aussi de perspective : le malade mental apparaît curable. La maladie mentale est alors considérée comme une maladie au même titre que les autres. L'accent est mis sur l'approche curative et les soins psychiatriques individuels. C'est le développement en force du système psychiatrique.

Sur les plans social et gouvernemental, le programme électoral du Parti libéral, porté au pouvoir en 1970, vise à moderniser l'économie québécoise. Il prendra progressivement une série de mesures, destinées à améliorer le rendement social par l'accessibilité de tous à l'instruction ainsi qu'aux services de santé.

C'est dans ce sillon que s'amorce la troisième période, allant de 1970 à nos jours, et qualifiée de période "sociale" de la psychiatrie. On voit alors émerger une nouvelle élite technocratique, de formation économique et sociale, dont les rôles de planification, de programmation, de contrôle et d'évaluation viendront affirmer les préoccupations de l'État-employeur et pourvoyeur de services de santé mentale ; ces préoccupations sont particulièrement manifestes dans le chapitre 48 de la Loi 65 sur les services de santé et services sociaux.

Les années 70 se caractérisent par la reconnaissance du droit à la santé mentale grâce à un système de santé et de bien-être dont les promoteurs sont principalement les technocrates et les nouveaux professionnels engagés dans le développement social, mais auquel chaque citoyen peut et doit contribuer, par le biais de l'intervention de l'État. Sur le plan thérapeutique, l'accent est mis sur l'approche préventive. Les soins et les services sont donnés de plus en plus par des équipes multidisciplinaires dans le milieu habituel de vie du bénéficiaire.

Depuis cette période, le Gouvernement a maintenu au sein du nouveau ministère des Affaires sociales créé en 1970, une entité administrative chargée de s'occuper exclusivement des dossiers et des questions de psychiatrie et de santé mentale.

Le docteur Arthur Amyot, directeur du Département universitaire de Psychiatrie de l'Université de Montréal, assume actuellement la responsabilité du service des programmes de santé mentale, lequel relève directement du sous-ministre adjoint aux programmes de santé. Le mandat de ce service est essentiellement "d'assurer une permanence des programmes de psychiatrie et de santé mentale au sein du ministère ; de maintenir la qualité professionnelle et l'application compétente des programmes de psychiatrie ; de conseiller le ministère dans l'élaboration de ses programmes et de veiller au succès ainsi qu'à l'efficacité de la décentralisation dans le secteur des activités de santé mentale" (Rapport d'activité du service des programmes de santé mentale, 1980).

LA DÉCENTRALISATION

La décentralisation, comme mode de gestion de programmes dans le secteur de la santé et des affaires sociales, s'opère effectivement à partir de 1976, lorsque le ministère des Affaires sociales transfère certaines responsabilités aux Conseils régionaux de la Santé et des Services sociaux (C.R.S.S.S.), créés en 1970 en vertu de la Loi 65. En plus d'agir à titre d'agents de communication et de promotion entre les divers intervenants de l'ensemble du réseau, depuis le citoyen jusqu'au ministre, les C.R.S.S.S. ont reçu en 1976 des charges plus précises en ce qui concerne la coordi-

nation des activités de courte et de longue durée en psychiatrie (ministère des Affaires sociales, 1977). Il leur incombait de préciser la responsabilité de chaque établissement, de définir des relations de complémentarité entre les divers établissements du territoire et de proposer, au besoin, des modalités de réallocation des ressources.

La décentralisation s'accroît en 1979, lorsque le mandat des C.R.S.S.S. est précisé et élargi par le décret 3179-79. La politique gouvernementale de décentralisation vise à favoriser une meilleure emprise de la population sur son milieu de vie, en ajustant les services locaux à ses besoins et en assurant une meilleure utilisation des ressources humaines, tant matérielles que financières.

Par ce décret, le ministère des Affaires sociales confiait donc au C.R.S.S.S. la responsabilité d'exercer, sur leur territoire et en matière de services de santé mentale (et non plus exclusivement de psychiatrie), les fonctions de planification et de programmation régionales, conformément aux orientations et aux plans émis par le ministère (décret numéro 3179-79, 1979). Quant au financement de ces activités, les Conseils régionaux avaient alors à déterminer et à préciser les plans de réallocation de ressources des établissements et à répartir entre eux l'enveloppe régionale de développement, le tout devant au préalable être approuvé par le ministère des Affaires sociales.

D'ailleurs, le ministère avait déjà émis en janvier 1976, la directive 30-00-05, intitulée "demandes de ressources humaines et matérielles", laquelle avait pour objectif de faire participer les Conseils régionaux de la Santé et des Services sociaux à la formulation des demandes en ressources humaines et matérielles provenant de l'ensemble des établissements du réseau des Affaires sociales. Les C.R.S.S.S. devaient désormais faire parvenir aux directions générales concernées les demandes des établissements relatives à l'amélioration de services existants ou au développement de nouveaux services. Les C.R.S.S.S. pouvaient y joindre leurs recommandations et avis appropriés.

En 1979, dans une nouvelle circulaire (30-00-05-A), le ministère rappela au réseau son intention d'appliquer rigoureusement cette directive, en ne procédant à aucune étude de demande de développement du réseau qui n'ait été l'objet d'une

analyse appropriée et d'avis pertinents de la part des C.R.S.S.S. Ces derniers acquéraient ainsi de plus en plus de responsabilités et de pouvoirs en matière de rationalisation et de complémentarité du réseau. C'était un pas de plus vers une prise en charge.

Dans l'esprit de cette décentralisation, le Gouvernement du Québec promulguait en 1980, deux nouveaux décrets visant plus spécifiquement les C.R.S.S.S. du Saguenay-Lac Saint-Jean, région 02 (numéro 2290-80), et des Cantons de l'Est, région 05 (numéro 2234-80). Ces décrets venaient élargir et renforcer le concept de décentralisation. Pour ces régions, à titre de projet-pilote, la décentralisation signifiait, à plus ou moins brève échéance, la prise en charge graduelle de certains champs d'activités auparavant réservés au M.A.S. Effectivement, lorsqu'un accord préalable aura été donné par le ministre des Affaires sociales, par le Conseil du Trésor ainsi que par le Conseil des ministres (soit la structure normale d'approbation des grandes décisions gouvernementales), ces deux C.R.S.S.S. pourront administrer les budgets consacrés à la réadaptation, soit le programme budgétaire numéro 8. Auparavant, le Conseil du Trésor doit émettre son accord final quant aux modalités que le ministère entend retenir pour fin de contrôle de ces argents. Tous ces petits pas, même s'ils ne concernent pas uniquement le secteur de la santé mentale, indiquent bien, rassemblés un à un, l'orientation que le M.A.S. veut prudemment privilégier dans l'avenir en matière de décentralisation.

Cette démarche vise donc non seulement une rationalisation du réseau de soins et de services, mais aussi un dédoublement des responsabilités administratives entre le palier national et le palier régional. Elle permettra surtout la consultation et le rapprochement entre le citoyen et les divers paliers chargés de gérer et d'administrer le réseau.

Dans une période d'austérité sévère, comme celle que nous connaissons actuellement, une telle démarche s'avère tout aussi positive que responsable.

LES RESSOURCES

Notre réseau de ressources est le reflet de l'évolution historique des services de psychiatrie et de santé mentale au Québec. De 18 millions de

dollars en 1960, pour une vingtaine d'hôpitaux qui accueillait les malades mentaux, le budget de la psychiatrie est passé à 180 millions en 1970.

Aujourd'hui, la grande majorité des ressources dont nous disposons dans ce secteur d'activités datent de la période d'expansion des années 60 et de la première moitié de la décennie 70. Beaucoup d'intervenants et de spécialistes en santé mentale de même que des gestionnaires actuels du réseau ont été formés au cours de cette période expansionniste. Plusieurs d'entre eux vivent encore de ces attentes caractéristiques de cette période où il suffisait tout simplement d'invoquer la nécessité d'un service ou l'augmentation de volume d'un service pour justifier une nouvelle injection d'argent. Le réseau de santé mentale a proliféré durant cette période.

Au début de l'année 1981, nous nous retrouvons avec un éventail de ressources en psychiatrie, fait de 3 803 lits de courte durée et 4 737 lits de soins prolongés. Le réseau compte de plus 4 441 places en centre d'accueil (en C.H.), que ce soit en transition, en réadaptation ou en hébergement, ainsi que 1 011 places en pavillons rattachés à des centres hospitaliers (ministère des Affaires sociales, 1981).

À cet éventail, il nous faut rajouter les ressources en alcoolologie et toxicomanie, les cliniques externes ainsi que les centres de jour en santé mentale, lesquels sont surtout implantés dans les hôpitaux généraux qui ont des départements de psychiatrie. Au total, il y a 74 établissements (généraux et à vocation prioritaire en psychiatrie) qui offrent des services de psychiatrie et de santé mentale au Québec.

Soulignons encore que le réseau de services se complète d'une équipe multidisciplinaire composée d'un psychiatre, d'un psychologue, d'un travailleur social et d'une infirmière; de ressources plus légères comme les divers types de familles d'accueil, les foyers de groupe ainsi que certains foyers thérapeutiques; de ressources alternatives à l'hospitalisation, s'inscrivant dans un processus de continuité et de complémentarité de soins et de services. Ce type de ressources étant assez nouveau, il est par conséquent peu développé. Il fait actuellement l'objet d'un intérêt et d'une réflexion particulière de la part du ministère.

Enfin l'existence de centres de travail adaptés (C.T.A.) et subventionnés par l'Office des per-

sonnes handicapées vient s'ajouter aux ressources déjà énumérées. Ces centres embauchent un certain nombre de malades et d'handicapés mentaux.

LA RÉPARTITION BUDGÉTAIRE ET SON FONCTIONNEMENT

Le budget du réseau des Affaires sociales est concomitant aux programmes de santé et de services sociaux mis de l'avant et retenus par le ministère des Affaires sociales.

Il se veut le reflet des orientations politiques et des préoccupations sociales de l'État, compte tenu bien sûr de ses capacités de payer. Le tableau 1 répartit, par programme, le budget alloué aux activités de psychiatrie et de santé mentale pour l'année financière se terminant le 31 mars 1981.

L'ensemble des coûts relatifs aux programmes de psychiatrie et de santé mentale approche les 500 millions de dollars. Ne sont pas inclus dans ce montant les coûts reliés à la formation du personnel, les coûts de fonctionnement destinés aux familles d'accueil, ainsi que les sommes versées à certaines ressources alternatives supportées par le ministère des Affaires sociales. Nous ne pouvons en ce moment préciser exactement les sommes investies dans ce type de ressources puisqu'elles sont en marge des programmes budgétaires spécifiquement identifiés à des activités de psychiatrie ou de santé mentale.

L'ensemble de la programmation budgétaire du ministère des Affaires sociales est soumise au Conseil du Trésor qui en fait une étude exhaustive. Une fois épurée et assortie de recommandations, le budget du ministère des Affaires sociales est soumis à l'Assemblée Nationale pour étude, commentaires et approbation.

Il peut paraître aisé de l'extérieur — et on l'interprète souvent ainsi dans le réseau — de procéder à un réaménagement budgétaire d'un programme de soins de courte durée par exemple vers un programme thérapeutique aussi courtisé et intéressant que celui des ressources alternatives, programme qui n'existe pas comme tel dans la structure budgétaire du ministère. Cependant un tel réaménagement des programmes n'est possible que si le Conseil du Trésor ou l'Assemblée Nationale, compte tenu du niveau de réaménagement

TABLEAU 1

*Programme budgétaire de santé mentale 1980-1981**

Service de courte durée		
Programme 11-2		\$ 132,5 millions
Services de soins prolongés		
Programme 12-2		\$ 96,5 millions
Services de réadaptation aux handicapés mentaux		
Programme 8-2		\$ 164,2 millions
Services aux alcooliques et toxicomanes		
Programme 8-4		\$ 12,1 millions
Services d'hébergement aux personnes âgées et adultes	Relevé comptabilisé concernant ce type de clientèle malade mentalement	
Programme 9		\$ 26,6 millions
Services externes dans les centres hospitaliers publics	Services externes en psychiatrie uniquement	
Programme 11-01 10-17		\$ 21,5 millions
Services sociaux	Travailleurs sociaux œuvrant en psychiatrie dans les C.H.	
Programme 7-04		\$ 9,9 millions
Masse salariale des psychiatres		\$ 36,0 millions
Total		\$ 500,0 millions

* Ministère des Affaires sociales, 1980, *Crédits détaillés 1980-1981*.

demandé, a approuvé la démarche et le bien-fondé de la demande.

LA SANTÉ MENTALE EN PÉRIODE D'AUSTÉRITÉ

Le ministère des Affaires sociales compte dans son ensemble sur un budget d'un peu plus de 5 milliards de dollars pour l'année 1980-1981. Le budget de la santé mentale (excluant les honoraires des psychiatres) représente pas loin de 10% de celui du ministère.

Dans le processus d'allocation des budgets transmis aux établissements pour l'année 1981-1982, le ministère reconnaissait comme prioritaires les services d'urgence, de soins prolongés, de soins et services à domicile ainsi que de soins de santé mentale. Ceci signifiait qu'il n'accepterait pas, en principe, un plan qui aurait pour effet de réduire le volume observé des services en 1980-1981 dans ces quatre sphères d'activités.

Compte tenu des contraintes financières du gouvernement, les C.R.S.S.S. furent informés de ces sphères d'activités privilégiées, ainsi que des moyens préconisés par le ministère pour effectuer les redressements budgétaires requis. Ils étaient invités à joindre leurs avis et recommandations à ces plans, dans une optique de rationalisation du réseau régional.

En vertu de sa mission, le ministère détermine le budget final des établissements, assure le suivi et le contrôle des opérations financières et décide des vocations et des capacités de chacun des établissements, suite aux avis et recommandations des Conseils régionaux. La détermination de ces sphères d'activités comme prioritaires en temps de contrainte ne venait que confirmer les orientations que le ministère s'était donné depuis 1976, en terme de clientèles et de programmes.

Pendant le respect de ces champs d'activités ne vient pas en contradiction avec la nécessité pour tous les intervenants, y compris en santé mentale, de participer à l'effort collectif de redressement budgétaire. L'austérité dans laquelle nous évoluons à l'heure actuelle oblige à remettre sérieusement en question, autant les structures que les programmes, et cela pourrait même aller jusqu'à un réexamen de la pratique professionnelle. La situation économique nécessite effecti-

vement plus que des ajustements comptables. C'est une occasion unique de faire un effort de rationalisation, de réfléchir sur les priorités et l'orientation des services de santé et des services sociaux, tout en gardant à l'esprit leur accessibilité ainsi que leur qualité.

Les programmes de santé mentale sont maintenant plus vigoureux et ils doivent continuer à s'adapter à une réalité exigeante, ne serait-ce que par les besoins croissants qui se manifestent. Cependant, la période de crise actuelle doit susciter une réflexion profonde sur tous les plans. La détérioration de la situation économique forcera tous les intervenants à réexaminer leurs attentes et à déterminer quels projets et programmes de santé mentale seront prioritaires. Une telle réflexion devrait permettre de définir les services et les programmes qui conviennent le mieux aux besoins exprimés et aux objectifs poursuivis, y compris celui d'empêcher les dépenses d'augmenter.

L'amélioration de la qualité de la vie n'est plus un argument de poids, du moins auprès des grands argentiers, pour justifier de nouvelles injections d'argent dans quelque secteur social que ce soit. C'est pourquoi il faut privilégier une conjugaison de tous les efforts, de tous les intervenants, afin de tendre au meilleur équilibre de l'individu. C'est là une constante à laquelle ne peut se soustraire une administration. Les objectifs restent encore entiers, éviter l'isolement de l'individu et améliorer sa santé mentale, ce qui dans les circonstances constitue un défi de taille et nous convie à une plus grande concertation et à un effort collectif soutenu.

RÉFÉRENCES

- BÉDARD, D., *et al.*, 1962, *Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques*, ministère de la Santé, Québec, mars, 157 p.
- Conseil exécutif, 1979, *décret (arrêté-en-conseil) numéro 3179-79*, 28 novembre, 2 pages plus 5 annexes.
- Ministère des Affaires sociales, 1977, *Décentralisation et organisation des services psychiatriques de courte et longue durée*, Circulaire NP-3-1977, 5 pages.
- Ministère des Affaires sociales, 1981, *Liste des permis 1981-1983*, Service du développement des ressources, Direction des Politiques de santé, juin, 60 pages.
- Ministère des Affaires sociales, 1980, *Crédits détaillés 1980-81*, Directeur du budget, mars, 212 pages.

Ministère des Affaires sociales, 1980, *Rapport d'activités du service des programmes de santé mentale, du 1^{er} octobre 1979 au 1^{er} septembre 1980*, direction générale des programmes de santé, 89 pages.

WALLOT, H., 1980, Autour de l'histoire de l'Asile de Québec, 1, *La vie médicale au Canada-français*, vol. 9, mai, 361-370.

SUMMARY

The author gives a brief history of psychiatry in Québec and attempts to show that economic factors influence social evolution. After having shown that the costs of mental health reach \$ 500 millions, he makes an appeal for the rationalization of services in this time of economic austerity.