Document generated on 10/12/2024 4:31 a.m.

Santé mentale au Québec

Bilan de l'intégration des services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux. Témoignage après dix ans d'absence
Results of the integration of psychiatric services in general hospitals. Testimony after ten years of absence

Gilles Lortie

Volume 12, Number 2, November 1987

Chômage et santé mentale (1) et Histoire et politiques (2)

URI: https://id.erudit.org/iderudit/030408ar
DOI: https://doi.org/10.7202/030408ar

See table of contents

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)
1708-3923 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Lortie, G. (1987). Bilan de l'intégration des services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux. Témoignage après dix ans d'absence. *Santé mentale au Québec*, *12*(2), 158–173. https://doi.org/10.7202/030408ar

Article abstract

The author traces the evolution of psychiatrie services in Montréal and the province of Québec up until 1977. Following this summary, the author describes what has been undertaken in the area of mental health since that year. He also recounts his observations in the course of visits made in the fall of 1986 to certain hospital centers catering to short term patients (centres hospitaliers de courte durée), at the request of the Harnois Committee. Among his findings, he points out that the projects started at the onset of the Bédard and Castonguay reforms have been implemented, if not in spirit by the book, and that the integration of the entire psychiatric services of the C.H.C.D. is about to be completed.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec,1987

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

Santé mentale au Québec, 1987, *XII*, 2, 158-173

Bilan de l'intégration des services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux. Témoignage après dix ans d'absence

*Gilles Lortie**

L'auteur résume ici l'évolution des services psychiatriques dans la province et à Montréal jusqu'en 1977. Il décrit ensuite ce qui a été développé dans le réseau depuis cette date et ce qu'il a pu observer au cours de visites effectuées dans certains centres hospitaliers de courte durée au cours de l'automne 1986, à la demande du Comité Harnois. Il a constaté, entre autres, que les projets mis de l'avant au moment des réformes Bédard et Castonguay auraient été éventuellement réalisés dans l'esprit sinon dans la lettre et que l'intégration de l'ensemble de la psychiatrie dans les C.H.C.D. était en voie d'être complétée.

Pour celui qui, après dix ans d'absence, vient revoir comment se porte la «psychiatrie lourde» et ceux qui la vivent tous les jours, alors qu'il avait été pendant les 15 années précédentes aux premiers rangs de cette même psychiatrie, le retour est étonnant. Agréablement étonnant. En effet, ce qui avait été entrepris depuis 1967, avait été raffermi en 1975, est maintenant solidement implanté, structuré et en voie d'être complété, à tout le moins dans la région 06A, celle de Montréal.

Nous n'aurons pas l'espace ici pour situer, dans l'histoire et dans l'évolution de la psychiatrie à travers le monde occidental, la réforme Bédard. Ce qui se passait dans le domaine de la santé et de l'hospitalisation au Québec avant la parution du Rapport Bédard était aussi fort intéressant. Pour avoir une idée de cette période, nous renvoyons ici le lecteur au livre de Françoise Boudreau *De l'asile à la santé mentale*, au chapitre «Les fous crient au secours» dans lequel elle décrit mieux que quiconque l'atmosphère qui régnait dans la Province et dans les milieux psychiatriques à cette époque.

Parmi toutes les recommandations du Rapport Bédard, nous retiendrons celles qui sont faites au sujet des hôpitaux généraux (les centres hospitaliers de courte durée, les C.H.C.D. aujourd'hui); et au sujet des services communautaires.

> ...«En principe, 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». Et la Commission ajoutait: «Plutôt que de construire des hôpitaux psychiatriques isolés à travers la province, *il est préférable de doter d'abord les principaux hôpitaux généraux d'un service de psychiatrie*» qui, au besoin, pourrait être abrité dans un pavillon voisin de l'hôpital.»

Le Rapport Bédard ouvrait résolument la porte à la psychiatrie communautaire en préconisant: 1) l'utilisation «au maximum des services para-psychiatriques de la collectivité, tels que: agences sociales, unités sanitaires, hôpitaux généraux, omnipraticiens, associations bénévoles». À titre d'exemple, on mentionnait que «les unités sanitaires de comté, en s'adjoignant du personnel formé en psychiatrie (infirmières, travailleurs sociaux, médecins) pourraient jouer un rôle de premier ordre dans le dépistage précoce des troubles psychiatriques et dans les soins de postcure». Quand nous savons que suite au rapport Castonguay-Nepveu, les unités sanitaires en question ont été remplacées en partie par les D.S.C. pour certaines fonctions et

* L'auteur est consultant psychiatre à l'Hôpital Sainte-Justine et professeur adjoint de clinique au département de psychiatrie de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

par les C.L.S.C., et que ces derniers sont de plus en plus sollicités et encouragés à offrir le genre de service suggéré en 1962, nous devons nous dire que les auteurs du Rapport innovaient et que la réalisation des recommandations, même tardive ne rend ces dernières que plus justes.

Nous avons retenu ces quelques extraits des recommandations du Rapport pour servir d'introduction au texte qui suit dans lequel il est question de régionalisation et d'organisation sous-régionale. Plus loin nous aborderons la sectorisation.

QUELQUES GRANDS THÈMES

La désinstitutionnalisation et la deuxième ligne

Plusieurs recommandations du Rapport Bédard avaient pour but de sortir le plus grand nombre possible de malades hébergés dans les hôpitaux psychiatriques alors qu'ils pourraient profiter de conditions d'hébergement différentes. Mireille Doré nous dira en détail ce qu'il en est, ailleurs dans ce numéro. Cette manœuvre n'avait pas qu'un but humanitaire. Il s'agissait aussi de faire jouer aux hôpitaux psychiatriques des grands centres urbains un rôle de «deuxième ligne». Il fallait donc créer des espaces pour recevoir les malades chroniques venant des départements de psychiatrie des hôpitaux généraux. Ceux-ci n'étaient organisés que pour s'occuper des malades en phase aiguë. Nous ne faisions ainsi que poursuivre et encourager une mauvaise habitude qui consistait à «vider» les malades trop difficiles et encombrants, *les échecs*, dans l'asile et à les y oublier. Après avoir rempli ce rôle pendant un certain temps, le personnel médical et para-médical des hôpitaux psychiatriques a commencé à opposer une certaine résistance, qui s'est accentuée avec le temps.

Nous avons appris que les Centres hospitaliers Louis-H. Lafontaine et Douglas à Montréal sont encore trop pleins pour agir comme «deuxième ligne» et recevoir des malades psychiatriques chroniques dans leurs murs. À ce sujet, les psychiatres rencontrés à l'occasion de ce travail sont très explicites: «nous ne comptons plus sur ces centres pour nous dépanner. Les efforts requis pour faire admettre «un seul patient par année» sont tels que nous préférons chercher et trouver d'autres solutions». Il en va de même pour le Centre hospitalier Robert Giffard à Québec. Certains ne se retiennent pas pour dire qu'à leur avis ces institutions reculent au lieu d'avancer et retournent à une pratique antérieure à celle qui fut dénoncée en 1961 au Québec. Ce serait le retour à l'Hôpital-Ville, autosuffisant, replié sur lui-même et il ne faudrait pas déployer beaucoup d'effort pour ressusciter St-Jean-de-Dieu. Non seulement se plaint-on de ce que Louis-H. Lafontaine ne sert pas de «deuxième ligne», on entend dire qu'il n'est pas rare que l'urgence du centre hospitalier dirige ses malades vers les C.H.C.D. des environs. Mais c'est là un phénomène lié aux secteurs et nous y reviendrons.

Qu'en est-il de la notion des grands hôpitaux psychiatriques faisant fonction de «deuxième ligne»? Elle existe depuis le début de la réforme sinon dans les textes, à tout le moins dans l'esprit. Elle existait, en réalité de fait, bien avant la réforme. En 1960, à mon arrivée à l'Institut Albert Prévost, c'était monnaie courante et relativement facile à effectuer. On ne prenait pas la peine cependant de nous retourner les patients que nous leur avions confiés. Il n'était pas question de territoires géographiques à l'époque si ce n'est que St-Jean-de-Dieu recevait tous les malades psychiatriques des comtés de l'Ile de Montréal, de l'Ile Jésus, de la rive-sud jusqu'aux frontières du Maine et de la rive-nord depuis Hull jusqu'à Trois-Rivières et Mont-Laurier. Pas étonnant, dès lors que l'on crut utile et sage de construire, à la fin des années 50 un hôpital psychiatrique à Joliette, L'Annonciation et Sherbrooke.

Pour revenir à Montréal et St-Jean-de-Dieu, ce n'est que vers 1967 que la notion de «deuxième ligne» fit son apparition officiellement avec l'organisation *régionale* de la psychiatrie.

La régionalisation

Un des premiers gestes de l'équipe du Dr Bédard après son installation au Ministère de la santé fut de faire nommer des surintendants (ils étaient l'équivalent des D.S.P. actuels) à Joliette et à L'Annonciation et éventuellement dans les autres hôpitaux psychiatriques en Province. On avait attribué à ces hôpitaux un territoire géographique, ou «catchment area» et les responsables avaient très tôt organisé ce

territoire en sous-régions avec installation de cliniques satellites par exemple à Maniwaki, Mont-Laurier, Lachute et St-Jérôme pour le territoire des Laurentides desservi par l'Hôpital de L'Annonciation. La régionalisation allait donc de soi mais les cliniques sous-régionales n'étaient pas nécessairement rattachées aux hôpitaux généraux. Ce ne fut que passablement plus tard que la clinique de St-Jérôme devint le service de psychiatrie de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme. Je n'ai pu le visiter mais on me dit que c'est une belle réussite. On voit donc la continuité s'établir malgré ses hauts et ses bas, survivre et éventuellement s'épanouir.

Une autre façon d'établir en Province un début de régionalisation fut, pour la Direction générale de la psychiatrie, de faciliter le développement et la croissance des «dispensaires d'hygiène mentale» qui étaient, eux subventionnés, comme toutes les cliniques externes en établissements non psychiatriques, par des octrois du gouvernement fédéral. C'est ainsi qu'à Valleyfield et Longueuil par exemple, les dispensaires furent éventuellement rattachés à l'Hôpital général, l'Hôtel-Dieu de Valleyfield et l'Hôpital Charles-Lemoyne respectivement. Nous connaissons l'évolution de ces dispensaires qui devinrent là aussi des services de psychiatrie complets mais au prix de quels tiraillements et quelles difficultés parfois. C'était le plus souvent «la Croix et la Bannière» mais éventuellement ces services sont devenus florissants. La même histoire, le même scénario furent maintes fois répétés. Aujourd'hui ces deux C.H.C.D. constituent chacun le pôle principal de l'activité psychiatrique au centre d'une sous-région de la grande région de la rive-sud de Montréal mieux connue sous le nom de la Montérégie. Chacun des deux hôpitaux a aussi ses cliniques satellites desservant les secteurs.

Il aura fallu plus de 20 ans pour que le réseau débuté en 1962, organisé en 1967, construit et renforcé depuis, lentement mais sûrement, en soit rendu aujourd'hui, loin d'être complet mais en voie de le devenir. En termes d'administration publique c'est probablement court. En termes humains de ceux qui attendent les décisions c'est long.

En 1967, la Direction des services psychiatriques décida d'officialiser la régionalisation de la psychiatrie et fit nommer, par Arrêtés-en-Conseil, des directeurs régionaux chargés de l'organisation et de la coordination de la dispensation des soins aux malades psychiatriques de leur Région. Pour les chefs de services et les surintendants médicaux en Province leur nomination comme directeur régional ne venait que confirmer et affirmer davantage un état de fait déjà ancien, vieux de 5 ans.

Peu de temps après cette officialisation de la régionalisation de la psychiatrie, le Ministère du commerce et de l'industrie du Québec publiait enfin *une* vision officielle de la Province en régions au nombre de 12 et de sous-régions au nombre de 32, mettant ainsi de l'ordre dans un chaos d'environ 40 divisions et subdivisions différentes de la Province émanant d'autant de directions et organisations de toutes sortes. Il va sans dire que la Direction de la psychiatrie adopta immédiatement cette division qui correspondait particulièrement bien à celle qu'elle avait elle-même adoptée. Ceci est particulièrement important parce que c'est cette division provinciale que devait adopter la Commission Castonguay-Nepveu en particulier pour les territoires des conseils régionaux (12) et ceux des départements de santé communautaire (32).

LA RÉGION DE MONTRÉAL ET LA SECTORISATION

Première période

Autant la régionalisation, la sous-régionalisation et la sectorisation, selon le cas, se sont avérées faciles en Province (facile est ici un euphémisme) autant elle devait être compliquée à Montréal. Il semble qu'elle ne sera au point que prochainement. Je n'en donnerai ici cependant que les grandes lignes jusqu'en 1975.

Dès 1963, le directeur régional à Montréal voulut s'entendre avec les chefs de départements ou de services de psychiatrie des hôpitaux généraux et les «surintendants» des hôpitaux psychiatriques. Les buts communs, clairement acceptés par tous, étaient: 1) la prise en charge efficace et continue de toute la population présentant des problèmes psychiatriques sur l'ensemble d'un territoire; 2) l'assurance d'une *accessibilité facile* et permanente aux soins psychiatriques, quelles que soient les pathologies présentées par les malades; 3) une distri-

bution proportionnelle des ressources en soins psychiatriques selon l'importance de la population prise en charge et selon ses caractéristiques démographiques et sociales; et 4) la complémentarité des services entre les services de psychiatrie des C.H.C.D. et les grands hôpitaux psychiatriques. Ceci allait se réaliser par l'implantation de la *sectorisation*, ou division géographique de l'Ile de Montréal en un certain nombre de secteurs, chacun d'eux devenant la responsabilité d'un service de psychiatrie. Ne pouvant compter sur les services d'un démographe ni d'un sociologue, je fais grâce ici au lecteur de toutes les difficultés et hésitations qui accompagnèrent cette subdivision du territoire métropolitain.

Ces problèmes géographiques et d'urbanisation étaient minimes cependant, comparés aux problèmes que l'implantation de la sectorisation allait soulever. Disons au départ, et je le répète pour la nième fois, que la sectorisation se voulait un moyen positif pour assurer à tous ceux qui en avaient besoin *l'accessibilité rapide et facile* à des soins psychiatriques complets. Elle était là pour remédier à la situation qui prévalait jusqu'alors, celle où les services de psychiatrie des C.H.C.D. n'admettaient que les bons et beaux malades, ceux qui, sans déranger outre mesure, serviraient le mieux à l'enseignement et à prodiguer la psychothérapie de type analytique selon toutes les règles de l'art. Encore une fois, cette organisation avait été acceptée par les chefs de psychiatrie de la région. Je suis convaincu, encore davantage aujourd'hui, que la sectorisation et ses principes furent adéquatement appliqués dans la très grande majorité des cas et qu'elle a rendu d'immenses services. Elle achoppa toutefois dans deux types de circonstances:

La sectorisation, une gaffe...?

Quand elle fut laissée entre les mains des réceptionnistes des urgences qui vérifiaient d'abord l'adresse du domicile de l'individu qui se présentait à l'urgence, avant même de savoir pourquoi il se présentait, ce qui avait pour effet d'exclure un patient en besoin de soins et l'envoyait parfois dans un périple insensé à travers la ville, quand ce n'était pas à travers la Province. Plusieurs d'entre nous avons ainsi une collection d'histoires d'horreur dont la cause directe était attribuée à la sectorisation. Quand ces cas aboutissaient sur le bureau du Ministre sous forme de plaintes, le directeur régional en prenait pour son rhume. Nous n'avons jamais vraiment su cependant combien de plaintes se sont ainsi rendues en haut-lieu.

Mais une réussite aussi

L'autre circonstance où la sectorisation a achoppé est dans le cas des itinérants, des sans-adresse fixe qui aboutissaient trop souvent à la prison commune de Bordeaux après un séjour dans les postes de police de la région métropolitaine et une brève comparution en cour municipale. En réalité, la section dite «sociale» de la Police de Montréal faisait souvent là œuvre humanitaire en envoyant à l'ombre, et au chaud, de pauvres bougres dont les policiers savaient qu'ils avaient besoin de soins psychiatriques mais dont personne ne voulait. Une étude faite à l'époque montrait que les policiers posaient une indication juste de nécessité de soins psychiatriques dans 90% des cas dont ils s'occupaient ainsi à leur façon. Cette situation fut corrigée par un moyen que nous ne pouvons décrire ici.

La deuxième ligne; un faux jeton

La plus grosse pierre d'achoppement de la sectorisation, la grande illusion, fut la question de la «deuxième ligne» qui devait être assurée par les grands hôpitaux psychiatriques. Dès qu'un territoire géographique leur fut assigné, les équipes de soins à l'intérieur comme à l'extérieur de l'institution commencèrent à vouloir limiter les admissions aux patients de leurs secteurs et ne plus vouloir s'occuper des salles où l'on admettait les patients chroniques ou les grands malades agités venant des C.H.C.D. Cette prise de position occasionna d'interminables et parfois orageuses discussions, récriminations et accusations de part et d'autres. Cet état de fait donna lieu à différents arrangements qui éventuellement devaient en quelque sorte donner raison aux équipes de Louis-H-. Lafontaine entre autres.

1. L'Institut Albert-Prévost par exemple, doté de plus de 125 lits d'hospitalisation, d'un personnel nombreux et spécialisé et de nombreuses équipes, fit le pari de s'occuper seul de toute la

population de son secteur même si elle était considérable (plus de 300,000 h.). Ainsi, toutes les demandes de transfèrement à St-Jean-de-Dieu, en raison d'échec de traitement et pour hospitalisation à long terme, ce qui était monnaie courante comme nous l'avons déjà dit, devaient être soumises à un comité de sélection «intramurs» qui avait des critères extrêmement stricts. Or, de 1967 à 1972, 11 seulement des demandes de transfert furent acceptées sur un nombre de 89. Ces onze patients présentaient des maladies organiques: Korsakoff, démence présénile ou arriération mentale grave. Les 78 autres cas de soi-disant «échecs de traitement» furent révisés par les membres du comité, le traitement discuté avec le médecin traitant et les patients furent gardés à l'hôpital, avec des résultats satisfaisants et éventuellement une mise en congé.

2. Le Centre hospitalier Notre-Dame, limité par le nombre de lits fit un autre pari: celui de prendre en charge, dans St-Jean-de-Dieu, deux salles dans lesquelles les psychiatres du C.H.C.D. Notre-Dame pourraient admettre ceux de leurs patients qui avaient besoin de soins à long terme. Il semble que cet arrangement fonctionne toujours.

Tout ceci pour le directeur régional du temps prouvait une chose: si l'on pouvait doter les C.H.C.D. des facilités et de lieux d'hébergement appropriés, on pourrait éventuellement se passer de la «deuxième ligne» que constituaient les hôpitaux psychiatriques et éventuellement faire disparaître la partie «deuxième ligne» de l'hôpital psychiatrique et surtout faire disparaître les murs qui l'abritent et... le cachent. Quant à moi, l'hôpital psychiatrique, ce qui en reste, pourrait bien disparaître aussi et ce serait beaucoup mieux. Peut-être ne sommes-nous pas loin de cette échéance? Ou, serait-ce que je rêve encore?

LA RÉFORME CASTONGUAY: AU-DELÀ DES ESPOIRS

Puis vint la Commission Castonguay. Le rapport Castonguay-Nepveu était attendu avec autant de craintes et d'appréhension que d'espoirs suivant la place de chacun sur l'échiquier de la santé et du bien-être. Il devait chambarder bien des choses, ce qu'il fit sans contredit. Les professionnels de la psychiatrie furent satisfaits et déçus à la fois. M. Castonguay avait souvent cité en exemple et comme un modèle à imiter, la Division des services psychiatriques et nous nous attendions bien à ce qu'il en demeure quelque chose. Mais non... Les ministères de la santé et du bien-être et de la famille allaient être complètement restructurés et des mécanismes de décentralisation seraient créés. Á l'intérieur de cette structure de l'organigramme, nulle part les soins aux malades mentaux n'étaient identifiés, même pas par une petite boîte le long d'une des lignes dites: «line», descendant des six grosses boîtes qu'étaient la planification, la programmation, etc...

Pourtant, les surintendants des hôpitaux psychiatriques de la Province, dans leur mémoire à la Commission avaient été très clairs. Ils n'avaient pas suffisamment insisté cependant. Pour eux, c'était tellement évident qu'il y aurait encore une structure, un bureau ou une direction qui veillerait au grain, qui serait là pour s'assurer que les sommes dévolues aux soins aux malades mentaux seraient identifiées et protégées. Nous savions qu'autrement, les budgets de la psychiatrie seraient perdus dans la masse et pourraient fort bien se retrouver quelque part en chirurgie ou dans des laboratoires des C.H.C.D., tous systèmes dévoreurs d'argent.

Les surintendants étaient même allés plus loin: ayant organisé la présentation de leur mémoire autour du sujet qui les préoccupait le plus à l'époque, la *régionalisation,* ils avaient même prévu que la Direction des services psychiatriques serait représentée au sein des commissions régionales de la santé, dont ils préconisaient la création, par des directeurs régionaux dont la tâche ressemblait beaucoup à celle qu'ils avaient déjà, mais avec des responsabilités accrues. Bien sûr, ceux qui veulent lire «pouvoirs» plutôt que «responsabilités» peuvent toujours le faire, libre à eux. Évidemment aussi, les auteurs du Mémoire à la Commission étaient déjà nommés directeurs régionaux.

Ils avaient aussi très logiquement et très consciemment préconisé un rapprochement, une plus grande intégration avec le reste du système de la santé. Ils furent bien servis, trop bien pensèrent -ils à l'époque. Devant la disparition des budgets pro-

tégés pour la psychiatrie, devant la démission imminente du Dr Bédard du Ministère où on lui avait offert un poste qui ne cadrait pas trop avec son caractère de bâtisseur, les directeurs régionaux réclamèrent de rester en place pour veiller à la bonne distribution des soins aux malades mentaux, ce qui leur fut accordé. Ils seraient cependant désormais des coordonnateurs, puisqu'ils ne relevaient plus d'une «direction». Ils relevaient maintenant d'un haut fonctionnaire, ci-devant journaliste, chargé à l'époque de l'implantation des C.L.S.C. et œuvrant dans la direction des programmes de santé. Pour compléter les demandes des nouveaux coordonnateurs et pour assurer une présence psychiatrique plus importante au Ministère, on créa le «Comité de la santé mentale du Québec» relié lui à la Direction de la planification.

Les coordonnateurs pour leur part étaient bien prêts à coordonner quelque chose mais encore fallait-il savoir quoi. Le Ministère avait beaucoup de peine à se remettre des chambardements profonds qui venaient de le secouer et nous entendions, via la rumeur, que les commis de l'Etat, grands et moins grands, et surtout ces derniers, voyaient d'un mauvais œil l'apparition des Conseils régionaux de la santé et des services sociaux (C.R.S.S.S.), voyant là possiblement une menace à leurs fonctions. Vint s'ajouter à tous ces problèmes l'immense conflit qui opposa en 1972 le gouvernement aux trois grandes centrales syndicales représentant les employés des secteurs publics et parapublics. Inutile de dire que pendant deux à trois ans, la psychiatrie et les soins aux malades mentaux cessèrent de progresser.

Mais dès lors qu'une réforme est lancée, si elle est soutenue par une volonté politique de la faire fonctionner, elle ira de l'avant. C'était ce qui était arrivé de la Réforme Bédard, c'est ce qui devait arriver à la Réforme Castonguay. D'ailleurs, M. Castonguay l'avait souligné et d'autres le lui avaient fait remarquer: une des raisons pour lesquelles la Réforme Bédard avait si bien fonctionné tenait au fait que celui qui avait proposé et recommandé la réforme était resté pour l'implanter. C'est ce que fit M. Castonguay.

Intermède: «les contractuels»

Ce fut un épisode assez bref dans la vie du Ministère mais il fut marquant (du moins c'est ainsi que je l'ai vécu). Je ne vois pas non plus une meilleure façon de le désigner. Voyant d'une part l'inaction du Ministère, poussé d'autre part par le «Réseau de la santé» qui désirait sortir de l'impasse des 2 ou 3 dernières années, les autorités ministérielles décidèrent d'aller chercher dans le Réseau un certain nombre de gestionnaires de la santé, qui, sans être fonctionnaires, seraient chargés d'organiser le Réseau et de le faire redémarrer selon les orientations délimitées et tracées dans les recommandations du Rapport Castonguay-Nepveu. En particulier, les «contractuels» (c'est ainsi que l'on identifiait ces gestionnaires) recevaient le dossier de l'implantation des C.R.S.S.S., ces structures en marge du Ministère qui seraient bientôt peuplées d'un nouveau type de fonctionnaires dont les allégeances iraient à la Région plutôt qu'à la Province.

Les psychiatres furent invités par le Dr Brunet, alors sous-ministre en titre, à se joindre à l'équipe des «contractuels». Puisque l'on nous demande de parler d'intégration et nous le ferons plus en détail plus loin, je dois dire que c'est à cette occasion que l'intégration de la psychiatrie au reste de la médecine a commencé à se concrétiser. Après tout, l'invitation du Dr Brunet aux psychiatres était sûrement l'aboutissement du travail fait pendant des années par le Dr Bédard, en marge du Service de l'assurance-hospitalisation, travail reconnu et apprécié par la Commission Castonguay. C'est ainsi que du printemps 1973 à la fin de 1976, le Dr Réal Lajoie devint responsable de la section des soins aux malades mentaux pour l'ensemble de la province et qu'une nouvelle fois, cette section particulièrement fragile était représentée et protégée au niveau gouvernemental. Tout fonctionna bien pour la section des soins aux malades mentaux tant que les «contractuels» furent en place. C'est quand ils furent remplacés par des fonctionnaires que les choses se gâtèrent. Les psychiatres qui s'étaient intégrés aux «contractuels» dans les bureaux du Ministère à Montréal avaient vu trop large et trop grand et il fallait les rappeler à l'ordre. Mais avant le fameux discours du Ministre Forget en septembre 1976, un certain nombre de choses avaient pu être réalisées. En particulier à Montréal où

j'avais la possibilité de travailler plein temps à l'élaboration et à la mise en place de la *sectorisation.*

La sectorisation à Montréal, deuxième partie: c'est officiel!

L'épisode des «contractuels», comme je l'ai déjà dit fut de courte durée et l'implantation de la sectorisation se fit à la fois pendant l'épisode et dans les deux années qui suivirent. La continuité, élément essentiel pour l'intégration, fut assurée par moi et aussi par les contractuels en question, dont plusieurs, à la fin de l'épisode, furent intégrés au nouveau Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain.

L'histoire n'est pas très compliquée. Une des premières tâches de l'équipe des contractuels affectés à la région montréalaise consistait à l'établissement, en collaboration avec les quelques rares représentants du Conseil régional, des territoires des Départements de santé communautaire (D.S.C.) à Montréal, au nombre de huit. Des fonctionnaires, à Québec, nous avaient envoyé leur découpage du territoire montréalais en huit portions plutôt... farfelues. C'était à reprendre. C'est à partir du découpage effectué pour les 17 secteurs de la distribution des soins en psychiatrie que fut abordé celui des D.S.C., en utilisant dans les deux cas l'élément de base le plus sûr, le plus stable et le plus utile, celui des unités du recensement du gouvernement fédéral. Les secteurs de la psychiatrie furent, selon le cas, modifiés, regroupés et adaptés à la division des territoires de D.S.C. Il y eut au cours des années d'autres modifications de part et d'autre, en particulier pour tenir compte des territoires de C.L.S.C. mais, essentiellement, la division adoptée en 1974-1975 est demeurée jusqu'à maintenant.

La division en territoires de D.S.C. devait être acceptée et entérinée officiellement, à tout le moins, par les conseils d'administration des hôpitaux abritant un D.S.C, encore une fois, tous des C.H.C.D. Le directeur général du C.S.S.S.R.M.M. me suggéra de faire procéder aussi à l'acceptation officielle par les C.A. des centres hospitaliers concernés, de la subdivision en secteurs psychiatriques du territoire métropolitain et surtout des responsabilités qui l'accompagnaient. Ce que la majorité des hôpitaux devaient entériner. Cette acceptation tient encore semble-t-il, sinon officiellement, du moins dans les faits, car elle est essentielle pour le bon fonctionnement du système actuellement préconisé et mis en place par le Service de soins aux malades mentaux du Conseil régional.

Pendant ces quelques années au Ministère, il me fut possible de participer à la consolidation de quelques services de psychiatrie en C.H.C.D. et d'en faire démarrer un autre. Mais surtout, les chefs de services ou de départements de psychiatrie eurent l'occasion d'apprendre à travailler en concertation avec le représentant du Ministère d'abord et, ensuite, toujours en groupe, avec un représentant du Conseil régional. Vers la fin de 1976, il devenait de plus en plus évident que le lien avec l'agent payeur, bailleur de fonds ou distributeur, comme l'on voudra, ne se ferait plus du côté du M.A.S. mais plutôt par le Conseil régional. De nombreuses discussions avaient eu lieu au niveau du M.A.S. entre les représentants des finances et les fonctionnaires chargés de faire le lien avec les C.R.S.S.S., et les transferts de responsabilité s'effectuèrent rapidement. Les chefs de psychiatrie, avec le représentant du M.A.S. avaient trouvé au Conseil régional tout l'appui voulu. Je n'y voyais pas de place pour un psychiatre et il fut facile de me retirer au moment où on créait au Conseil la Table de concertation pour la psychiatrie (ou Commission administrative de la psychiatrie) qui, éventuellement, devait devenir la Commission de la santé mentale du Conseil. Le président de cette commission est pour l'instant un psychiatre du réseau et elle est sous la responsabilité administrative d'un permanent du Conseil régional qui dirige aussi le service de soins aux malades mentaux. Ce modèle a été adopté par les autres conseils régionaux.

Il existe finalement des liens entre cette commission et d'autres commissions de même nature qui s'occupent de problèmes connexes; personnes âgées, malades chroniques, déficients mentaux. De sorte que les populations qui ont toujours causé le plus de difficultés dans les grands hôpitaux psychiatriques, de même que dans les C.H.C.D., sont maintenant identifiées et sont représentées aux niveaux où on discute de leur sort et de leur réadaptation. C'est là la réalisation d'une des recomman-

dations, d'un des rêves en couleurs des surintendants des hôpitaux psychiatriques à la Commission Castonguay.

Encore une fois: «la deuxième ligne»

Pendant que se déroulaient ces événements, le C.H. Louis-H. Lafontaine et son nouveau D.G. causaient quelques remous dans l'organisation régionale de la psychiatrie. Le Dr Lazure avait décidé d'appliquer une des recommandations faites à plusieurs reprises par divers groupes ou personnes, celle de sectoriser son hôpital de l'intérieur, chaque secteur interne correspondant à un sous-secteur géographique du territoire attribué au Centre hospitalier Louis-H. Lafontaine. Du même coup, la fonction 2ième ligne, du C.H. venait, à toutes fins utiles de disparaître, sauf pour les deux salles déjà attribuées au Centre hospitalier Notre-Dame qui y assumait la dispensation des soins psychiatriques. Pour les autres C.H., ou plutôt devrais-je dire, pour les psychiatres œuvrant sur le territoire métropolitain, ou dans d'autres régions (06C par exemple) le Centre hospitalier Lafontaine ne pourrait être utilisé en 2ième ligne qu'en vertu d'ententes particulières, individuelles, par lesquelles un ou des psychiatres s'engageaient à venir s'occuper eux-mêmes de leur malade. Je ne crois pas qu'une seule entente de ce type ait été faite.

C'était il y a dix ans

C'est à ce niveau d'évolution, environ, que j'ai retrouvé l'état des relations entre le Centre hospitalier Louis-H. Lafontaine et les services de psychiatrie des C.H.C.D. dix ans plus tard. Du moins, c'est la version unanime des représentants des C.H.C.D.

L'INTÉGRATION: RÉCAPITULATION ET LA SUITE DE LA SECTORISATION

Comment s'est déroulée l'intégration des services psychiatriques aux hôpitaux généraux? C'est la question clef de ce bilan. Si l'on compare la situation du début des années 60 à maintenant, il y eut à mon sens trois grandes situations ou étapes:

1. Depuis leur création jusqu'en 1967 environ, les services ou départements de psychiatrie étaient considérés à peu près comme n'importe quel autre service de l'hôpital. Ils étaient petits, très souvent il s'agissait d'un service de neuro-psychiatrie qui ne recevait que les malades référés par un médecin de l'hôpital à un collègue neurologue, ou neuro-psychiatre qui le traitait souvent en chambre privée, au milieu des patients de médecine ou de chirurgie. Il s'agissait de malades tranquilles, souffrant de névrose ou de dépression plus ou moins prononcée et le séjour était bref. Un malade qui ne répondait pas à ces critères était promptement envoyé au Sanatorium Prévost, à St-Jean-de-Dieu ou au Verdun Protestant Hospital. Il n'y avait ni vagues ni remous et tout le monde acceptait ces «petits (malades) mentaux», comme on disait.
2. La deuxième situation débute vers 1967, alors que la sectorisation des soins aux malades psychiatriques fait son apparition avec son cortège de revendications, de demandes et d'exigences, ses difficultés d'adaptation, autant pour les malades que pour les professionnels de la psychiatrie et pour les administrateurs des C.H.C.D. Les administrateurs des C.H.C.D. doivent apprendre les modes de fonctionnement des C.H. psychiatriques et leurs caractéristiques. Le Service de psychiatrie prenant de l'ampleur n'était pas un service comme les autres, la gent médicale craignait pour ses budgets et c'était pire dans les centres hospitaliers où une proportion importante de médecins ne croyait pas que la psychiatrie avait sa place dans le C.H.C.D. Cette période fut aussi celle de la recherche de locaux plus vastes et de l'invasion des urgences générales par les patients psychiatriques qui, même s'ils ne saignent pas et ne meurent pas, sont tout de même encombrants. Les gens de mon époque se souviennent de: «la-vraie-folle-en-petite-culotte-et-en-brassière-qui-cherchait-le-cheval-blanc-de-son-grand-père-au-milieu-des-fractures-et-des-infarctus». Cet état de choses, avec tout le chaos qu'il implique, dure encore dans l'urgence de certains hôpitaux à Montréal et dans certaines villes du Québec. Il existe même, sans les fractures et d'infarctus, à Louis-H. Lafontaine. L'urgence est devenue une section du service ou du département de psychiatrie. À certaines périodes, on pouvait même

recevoir son congé médical directement de l'urgence!...et y être réadmis.

Les psychiatres ont mis beaucoup de temps à régler ce problème de l'urgence et ont utilisé toutes sortes de méthodes, sauf apparemment la bonne qui consiste, comme on l'a prouvé au Centre hospitalier Sacré-Cœur, à traiter les urgences psychiatriques dans le département de psychiatrie.

Pour en arriver à ce point, il fallait que certains changements se produisent dans le système, qu'il soit possible d'avoir des débouchés pour sortir les patients des services internes qui étaient encombrés par des malades à long terme, sans être chroniques, qui, au cours des années précédentes, étaient dirigés vers les hôpitaux psychiatriques, la soi-disant 2ième ligne qui avait cessé de fonctionner vers 1974-75.

Vers la fin de cette deuxième étape, en plus des patients qui auraient été dirigés vers la 2ième ligne, sont venus s'ajouter des malades psychiatriques plus jeunes, âgés de 18 à 25 ans au diagnostic moins précis, mais en «mal de vivre», «mal-dans-leur-peau», victimes de conditions socio-économiques de l'époque, de l'apparition des nombreuses drogues sur le marché clandestin et de la désintégration familiale et sociale qui sévissait. Ils étaient les plus nombreux à faire l'aller-retour à l'urgence; un des aspects du syndrome de la fameuse «porte-tournante» [1].

Il fallait donc s'occuper de ces jeunes et leur trouver une façon de survivre et vivre hors des murs de l'hôpital, de l'urgence, de la menace chronicisante du service interne de psychiatrie. On a cherché à placer ces jeunes patients dans des familles d'accueil ou dans des foyers familiaux. Les résultats furent intéressants au début, mais rapidement on s'est rendu compte que les familles d'accueil tout aussi rapidement, étaient «brûlées» par cette clientèle par trop exigeante et très difficilement contrôlable.

C'est à ce moment, donc entre 1979 et 1982, que des changements importants ont commencé à pénétrer le champ de la psychiatrie québécoise. Ce fut le début de la 3ième période d'intégration, en même temps que du développement de la psychiatrie dans les C.H.C.D., et elle dure encore. C'est de cette dernière phase dont j'ai été témoin au cours des visites et rencontres que j'ai faites récemment (cf. liste des personnes rencontrées en note 2.)

3. Le tout a commencé en 1979 au C.H. Maisonneuve-Rosemont grâce à l'initiative de Madame Claire Letourneux qui a convaincu le directeur général de l'hôpital de fournir la moitié du budget nécessaire pour l'ouverture d'un premier foyer de groupe pour jeunes de huit appartements supervisés. L'autre moitié du budget était fournie par le C.S.S.M.M. Sans entrer dans le détail de toutes ces opérations, nous pouvons signaler que le coût de fonctionnement de ces ressources intermédiaires ou alternatives, comme l'on voudra, n'est pas supérieur au coût d'hébergement en famille d'accueil et qu'elles ont, semble-t-il, des vertus thérapeutiques intéressantes que les familles d'accueil n'ont pas. En particulier pour les femmes âgées de 40 à 50 ans qui y étaient malheureuses, alors qu'elles trouvent le moyen de se prendre en mains dans des appartements supervisés. Ceci fut illustré par une autre «première» que nous devons, toujours, au C.S.S.M.M. et aux C.H. Louis-H. Lafontaine, Notre-Dame et St-Luc. La mise en commun de fonds dégagés par les directeurs généraux de ces trois centres hospitaliers et d'une somme importante consentie par le C.S.S.M.M. ont permis la création de nouveaux appartements protégés et de milieux de jour et de soir, le tout sous la responsabilité d'un coordonnateur pour l'ensemble de ces ressources. Encore une fois, nous devons cette réalisation à Mme Le Tourneux qui a reçu le plein support des chefs de services de psychiatrie des trois hôpitaux.

Ce qui me paraît être de toute première importance dans cet événement est l'illustration de deux formes, deux niveaux d'intégration.

Celle d'abord de la collaboration entre des représentants du «réseau hospitalier», les directeurs généraux, qui *prennent parti* pour les malades psychiatriques, *avec* l'appui des chefs de services, *à la demande* d'un représentant du C.S.S.M.M. Le département ou service de psychiatrie fait dès lors partie intégrante du Centre hospitalier et il est pris en charge par l'administration hospitalière. Quelle évolution depuis 1975 jusqu'à 1981!

L'autre niveau d'intégration est celui de la collaboration entre centres hospitaliers qui mettent en commun leurs ressources financières dans le but

éventuel de faire partager par leurs patients des ressources thérapeutiques communes sous la direction d'un coordonnateur, à la nomination duquel ils participent en collaboration avec le C.S.S.M.M. et le Conseil Régional.

À l'intégration «verticale» intra-hospitalière, vient s'ajouter l'intégration «horizontale», inter-hospitalière, ou devrais-je dire inter-institutionnelle?

Quelques intégrations... réalisées

La diversité des modalités de fonctionnement des différents services de psychiatrie du réseau hospitalier est remarquable et c'est sûrement un signe de bonne santé. Généralement, les services sont adaptés au type de population desservie d'une part et aussi, bien sûr, de la personnalité des chefs et de leur équipe. Je crois que certains modèles, cependant, méritent une mention et une description, même si celle-ci est sommaire.

L'Hôtel-Dieu de Lévis: le Dr Bédard adopte son rapport

L'hôtel-Dieu de Lévis dont le service de psychiatrie a été mis sur pied dans sa forme actuelle par le Dr Dominique Bédard depuis environ 1973, a été développé évidemment, dans le sens proposé par la Réforme Bédard. Selon le Dr Bédard, une raison importante du succès de son entreprise tient du fait qu'il a la confiance absolue et indéfectible de l'administration du centre hospitalier et que, de ce fait, il est le maître à bord et contrôle tout et a son mot à dire dans les nominations de personnes qui habituellement ne sont choisies que par d'autres exclusivement.

Le département de psychiatrie dessert un territoire de Municipalité régionale de comté (M.R.C.) qui compte une population de 125 000 habitants. Le fonctionnement est celui d'équipes (multidisciplinaires) de secteur, au nombre de trois. Le rôle du psychiatre est prépondérant même si les délibérations sont du type démocratique. Le département sert de «deuxième ligne» pour le service de psychiatrie de Montmagny qui n'a pas de clinique interne.

Le département est doté de toute la gamme de services intra et extra-hospitaliers, y compris une corporation à but non lucratif qui possède maintenant un pavillon de transition, le Pavillon Behrer, et pourra posséder éventuellement d'autres ressources.

Le Dr Bédard a aussi suscité la création d'organismes bénévoles dans la communauté dans le but non seulement de recevoir et d'aider des ex-patients psychiatriques mais aussi, par une campagne d'information, modifier dans la population l'image morbide qu'elle a de la psychiatrie.

Il existe aussi une excellente collaboration avec les omnipraticiens à l'urgence et dans la communauté, complétée par la présence d'un psychiatre dans un C.L.S.C. où il offre de la supervision aux omnipraticiens et au personnel en général si nécessaire. L'intégration du département de psychiatrie au centre hospitalier, selon le Dr Bédard, a été complétée par l'arrivée d'un psychiatre qui fait de la consultation-liaison dans les autres services de l'hôpital, ce qui a eu pour effet de démystifier la psychiatrie auprès des omnipraticiens et spécialistes et assurer ainsi une plus grande collaboration.

Le Dr Bédard déplore cependant le peu d'intérêt manifesté par les jeunes psychiatres pour le genre de travail qui se fait à Lévis. Au point qu'il a dû engager des psychiatres étrangers pour combler les postes vacants de son service. Le mode de fonctionnement à Lévis est passablement différent de ce qui se fait dans les différents services de psychiatrie de la ville de Québec où la sectorisation a été abandonnée et où l'on admet, comme autrefois, surtout des cas intéressants qui peuvent servir à l'enseignement par exemple. Les autres et les chroniques sont dirigés vers la clinique Roy-Rousseau qui sert de deuxième ligne pour Québec. À Lévis on admet tous les malades psychiatriques qui se présentent et on a accepté le défi de les traiter sur place, s'étant donné toutes les structures nécessaires, et sans avoir recours à la deuxième ligne pour Québec située en face du Pavillon Behrer mais de l'autre côté...du fleuve.

Le Département de psychiatrie offre aussi la gamme complète des services en pédopsychiatrie sauf pour le service interne qu'il a abandonné parce que sous-utilisé. Par contre, il existe un excellent lien de complémentarité avec le Centre de pédopsychiatrie qu'est le Centre Hospitalier du Sacré-Coeur dans la ville de Québec.

Le Dr Bédard, finalement, déplore que le C.R.S.S.S. de la région 03 (Québec), n'adopte pas, via son comité de santé mentale, la même attitude et un mode de fonctionnement qui s'apparentent à celui de la région de Montréal, y compris la sous-régionalisation qui serait naturelle dans la région. Lévis et les centres périphériques, par exemple, constituant une sous-région naturelle déjà identifiée. Pour lui, il s'agit d'une absence de volonté politique d'organiser adéquatement la région pour assurer une meilleure distribution des soins aux malades mentaux.

Le Dr Laurin fait de même

Le Pavillon Albert-Prévost, c'est-à-dire le Département de psychiatrie du Centre Hospitalier Sacré-Cœur à Montréal a une longue histoire de pratique de la psychiatrie communautaire, ayant débuté dans cette voie dès 1965 avec l'arrivée du Dr Jacques Drouin qui y implantait un service de soins à domicile selon le modèle mis sur pied par Paumelle dans le XIIIe arrondissement. Cette pratique se fait encore à Prévost mais sporadiquement seulement.

L'intégration du Département de psychiatrie au Centre Hospitalier du Sacré-Cœur n'a pas été facile à cause de la résistance du personnel psychiatrique et para-psychiatrique qui avait vu d'un mauvais oeil la fusion de l'Institut Albert-Prévost au Centre Hospitalier Sacré-Cœur, fusion que j'avais suggérée en 1972 pour finalement sortir des éternelles impasses que constituaient les conflits entre le Conseil des médecins et l'administration. Il semble bien que l'intégration et même la construction d'un édifice sur le terrain du Centre Hospitalier Sacré-Cœur pour y loger la psychiatrie soit souhaitée par l'administration du centre hospitalier. Le Dr Laurin pour sa part m'a dit qu'il considérait sérieusement la question.

Le P.A.P. constitue depuis longtemps un élément important dans le réseau des hôpitaux d'enseignement du Département de psychiatrie de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. D'où le nombre impressionnant de psychiatres qu'on y trouve. Les services offerts sont proportionnels aux besoins de la population desservie: 320,000 pour l'instant et 380,000 selon le prochain découpage des secteurs. La population totale à desservir en pédo-psychiatrie est de 600,000, ce qui représente plus de 100,000 enfants. Le nombre d'équipes est à l'avenant mais elles pourraient facilement être en plus grand nombre, et aussi compter un plus grand nombre de professionnels dans chaque équipe. Les équipes de secteur sont débordées et s'épuisent à vouloir et à devoir faire la 1ère, la 2ième et la 3ième ligne avec tout ce que cela représente de responsabilités légales, au sujet de la prescription des médicaments et de leur contrôle, sans compter les impasses thérapeutiques à explorer et à concilier, tout en y ajoutant l'enseignement et la supervision aux internes et résidents. À ces responsabilités déjà énormes se greffent les demandes de consultations de plus en plus nombreuses venant des C.L.S.C., des centres d'accueil d'hébergement ou pour mésadaptés. Le Dr Laurin me dit fort bien comprendre que les jeunes psychiatres hésitent et soient plus ou moins intéressés par une pratique psychiatrique aussi exigeante. Ici comme chez le Dr Bédard à Lévis, on retrouve la même hésitation à s'engager là où le travail est plus exigeant, que ce soit dans le genre de travail ou dans la quantité.

Il n'en reste pas moins que les malades mentaux doivent être traités, que dans ce genre de travail on ne les choisit pas, pas plus qu'eux n'ont choisi leur maladie et qu'il faut les prendre comme ils sont, comme ils se présentent, c'est-dire *mal* comme pour être mis à l'écart. Si les psychiatres nouvellement formés hésitent à s'engager, nous ne sommes pas au bout de nos difficultés. Nous reviendrons sur ce sujet dans la dernière partie.

Pour continuer avec le P.A.P., il est important de mentionner que le nombre de lits, 140, pour desservir une population aussi importante, me semble tout à fait inadéquat et alors on doit avoir recours à toutes sortes de subterfuges pour réussir à *caser* (c'est-à-dire trouver une *case*) les malades qui *doivent* être sortis de leur milieu[3].

Surtout qu'il arrive parfois que le Pavillon se voit dans l'obligation de servir de 2ième ligne en complément de la Cité de la Santé dans Laval. Le Pavillon, ou plutôt son personnel ont développé ou facilité le développement d'un grand nombre de ressources intermédiaires qui viennent compléter le travail entrepris au service interne. Parfois, elles préviennent une hospitalisation pour les patients

trop désorganisés pour mener une vie autonome. Elles sont pourvues d'une gamme imposante de programmes destinés à restructurer et à permettre une resocialisation à des individus très carencés et de nombreux points de vue. Le Dr Laurin fait bien la différence entre les ressources dont il peut influencer directement le développement et les autres. Les premières, les ressources intermédiaires, sont développées conjointement avec le Conseil régional, le C.S.S. à l'occasion et un organisme sans but lucratif (O.S.B.L.). Ce sont les hôpitaux de jour et les centres de jour et de nuit, foyers de groupes, centres de crise, appartements supervisés etc... Les ressources intermédiaires sont généralement mises au service de plusieurs C.H. et sont regroupées, avec les C.H., sous l'autorité d'un comité aviseur sous-régional.

Les autres ressources, dites alternatives, sont issues du milieu; des regroupements d'ex-patients, d'organismes d'entraide, de parents et amis des malades mentaux, de ressources communautaires, etc... Elles surgissent spontanément et ont tendance à être assez durables (contrairement à leurs ancêtres que j'avais surnommés «les éphémérides» qui venaient et repartaient et qui n'existaient parfois que le temps d'une saison). Elles se sont consolidées et jouent sûrement un rôle important que les équipes psychiatriques apprécient et utilisent même si leurs affinités ne sont pas toujours évidentes.

La régionalisation adaptée

Les comités aviseurs sous-régionaux sont ici les éléments du système montréalais dont je veux souligner l'importance et l'originalité. Le P.A.P. est un des pôles de la création et du fonctionnement de ces comités aviseurs. Je ne reviendrai pas sur la formation de sous-régions et leur modalité d'application, tout cela étant fort bien décrit dans des documents publiés par le C.S.S.S.R.M.M., en juin 1983, document «étayé» si l'on peut dire par un autre document publié en juin 1986.

La sous-régionalisation avait été étudiée et recommandée par les surintendants dans leur rapport à la Commission Castonguay-Nepveu en 1968-69. Mais elle n'avait été pensée que pour les régions à faible densité de population, dans le but de rapprocher les représentants des autorités hospitalières et régionales de la population et de ses besoins. Pour les centres urbains à haute densité de population, nous nous étions dit que ce n'était pas nécessaire, la distance géographique entre la direction régionale et la population étant si courte qu'il n'était pas nécessaire de créer des sous-régions. Par contre, la région 06 n'ayant pas été subdivisée dans le premier découpage et comprenant globalement l'ensemble des régions 06A, 06B et 06C actuelles, on avait nommé des adjoints au directeur régional pour la région de la Montérégie, soit la sous-région de Valleyfield, la sous-région de la Rive-sud et la sous-région de St-Hyacinthe. Les régions des Laurentides et de Joliette étaient considérées comme des régions à part entière.

La création dans la Région 06A de sous-régions sous la responsabilité d'un comité aviseur me semble tout à fait logique et va aussi dans le sens de la réflexion élaborée il y a déjà longtemps. Elle ne peut qu'accentuer l'autonomie des centres hospitaliers tout en facilitant la collaboration entre eux. Quelque part dans les textes élaborés vers les années 1975-1976, le coordonnateur mentionnait la possibilité que certains équipements pourraient être partagés par les centres hospitaliers situés sur le même territoire de D.S.C. mais nous n'avions pas élaboré davantage.

Quelques difficultés

Malheureusement, l'intégration ne se fait pas de façon aussi harmonieuse et aussi efficace partout.

Les directeurs généraux ne sont pas tous aussi convaincus de la nécessité de la présence de la psychiatrie dans le C.H.C.D. et menacent parfois de couper tel ou tel programme psychiatrique quand les malades mentaux prennent trop d'importance, en particulier dans les urgences.

— Ces soubresauts des directeurs généraux sont souvent déclenchés par l'attitude de médecins antipathiques à la présence de la psychiatrie en C.H.C.D.
— Les budgets prévus pour la psychiatrie et ses nombreuses annexes intra ou extra hospitalières ne sont pas toujours protégés.
— Les relations entre les C.H.C.D. et les C.S.S. ne sont pas toujours harmonieuses et parfois, ces derniers ont des modes de pratique basés

sur une conception trop traditionnelle de la dispensation des services sociaux.

— Parfois les psychiatres eux-mêmes, dans certains services, sont très conservateurs et s'opposent à toute notion de régionalisation ou de sectorisation.

— Le manque de ressources et la difficulté de faire la concertation font aussi partie de la réalité...

— ...tout comme la réalité de la MALADIE PSYCHIATRIQUE fait en sorte que le malade qui en est atteint, se présente mal, fait tout ce qu'il faut pour être rejeté et y réussit, content de pouvoir se sauver et éviter le contact avec les autres qui lui font peur!

Y a-t-il un remède à ce genre de problèmes individuels? Dans quelle mesure le Conseil régional, par l'intermédiaire du Comité aviseur sous-régional, pourrait-il pallier à ces difficultés? Je ne peux que poser la question sans pouvoir y répondre.

J'ai fait allusion plus haut au fait que certains malades psychiatriques se présentent mal mais qu'il faut tout de même s'en occuper. J'ai aussi mentionné que le nombre de lits en C.H.C.D. et en centre hospitalier psychiatrique n'augmente pas dans la région de Montréal entre autres, et j'insiste de nouveau sur l'encombrement de ce petit nombre de lits par la masse éventuelle des patients chroniques que l'on n'arrive pas à sortir du centre hospitalier pour les diriger vers des ressources intermédiaires. Il s'agit d'un problème réel et je me demande si la grille de NewYork utilisée par le C.S.S.S.R.M.M. rend bien compte de cette population. Grâce à l'étude effectuée à Albert-Prévost de 1968 à 1972, que j'ai déjà mentionnée et à une autre étude faite à Louis-H. Lafontaine en 1970 par le Dr Pierre Turet, (médecin français de l'équipe de Paumelle qui a fait un stage de deux ans à Montréal) sur la population des patients transférés au cours des années précédentes, de 1962 à 1968, d'Albert-Prévost à Louis-H. Lafontaine (à l'époque où nous «vidions» nos échecs thérapeutiques à l'asile), nous avons montré qu'un sédiment de patients existerait toujours et nous l'avions évalué à environ 1.5 à 2% du nombre de *nouvelles* , ou premières admissions dans un milieu psychiatrique du type Albert-Prévost.

Ces chiffres, non plus que les descriptions diagnostiques déjà mentionnées, ne recoupent pas entièrement ceux qui ont été identifiés et mesurés par Gudeman et Shore (1984). Ils s'en approchent beaucoup cependant. Ces auteurs ont identifié cinq catégories à l'intérieur de ce sédiment de patients. Ce sont:

1. Les personnes âgées, démentes et au comportement perturbé.
2. Les déficients mentaux et les psychotiques.
3. Les grands blessés du cerveau agressifs et assaillants.
4. Les psychotiques agressifs et assaillants.
5. Les schizophrènes chroniques qui dérangent et se rendent vulnérables.

Les auteurs ont aussi chiffré les malades par catégorie. Ils évaluent le nombre de ces patients à environ 15 par 100 000 de population. Dans la province de Québec nous aurions donc besoin de 900 à 1000 places d'hospitalisation hébergement pour tenir compte de ces patients. Il est inutile de penser garder ces patients à l'intérieur des C.H.C.D. alors qu'ils ont besoin de soins de garderie et de traitements très spécialisés. Ce ne serait pas juste pour eux ni pour les autres patients psychiatriques. Cela risquerait aussi de compromettre une intégration souvent chèrement acquise et encore fragile à certains endroits. Il faudra prévoir l'existence de centres spécialisés et les situer judicieusement sur le territoire.

COMMENTAIRES... PERSONNELS

Les grands hôpitaux psychiatriques

Enchaînons tout de suite avec ce qui précède. Je n'ai que très peu parlé de ces grandes institutions, ce n'était pas mon rôle, mais je n'en pense pas moins. Il ne faudrait surtout pas penser, ce serait trop facile, héberger les catégories de malades chroniques que je viens de mentionner dans les actuels hôpitaux psychiatriques si on ne veut pas perpétuer l'existence des asiles dans le vieux sens péjoratif du terme. Tout comme la nature a horreur du vide, un lit vide à l'asile attire un patient. Il faut détruire le lit... de préférence autrement que par le feu. Je vois plutôt des services spécialisés rattachés physiquement et administrativement à un C.H.C.D.

comprenant déjà un Département ou un Service de psychiatrie. L'expérience de l'intégration de la psychiatrie aux C.H.C.D. me paraît garante du bon fonctionnement d'un tel service spécialisé. Des études seront évidemment nécessaires pour évaluer ce type de population chez nous et sa localisation.

Quant aux centres hospitaliers psychiatriques, j'ai dit assez souvent et depuis longtemps qu'ils devraient disparaître, que je ne vois pas pourquoi je ne l'écrirais pas. C'est un procès un peu court et une sentence drastique j'en conviens. Mais si l'on pense que le Pavillon Albert-Prévost avec 125 lits d'hospitalisation pour patients adultes dessert une population de 300,000 h., je ne vois pas pourquoi un centre hospitalier d'une dimension plus convenable, environ 200 ou 250 lits ne pourrait pas s'occuper d'une population identique dans l'est du territoire montréalais. Les patients non psychiatriques de ces immenses boîtes pourraient être logés dans des centres plus petits et plus adéquats et les espaces qu'ils occupent maintenant devraient être rasés! Les sommes astronomiques qui sont engouffrées chaque année dans l'abîme sans fond de l'administration et de l'entretien des seuls murs de ces batîments anachroniques pourraient être consacrées à des fins infiniment plus utiles et humaines. Il y a de plus trop d'indices, comme je le disais plus haut, qui font penser que ces centres hospitaliers pourraient revenir à ce qu'ils étaient avant la réforme Bédard. Aux États-Unis, en certains endroits, on a fort à faire pour empêcher, endiguer ce mouvement de retour en arrière.

À la rigueur, on pourrait penser utiliser ces locaux pour des cliniques spécialisées comme on a commencé à le faire au Centre hospitalier Douglas. Il faut penser qu'il n'y aurait probablement pas suffisamment de cliniques spécialisées pour occuper ces immenses espaces. Et faire du neuf avec du vieux...?

La troisième phase de l'intégration

Comme j'avais commencé à la décrire, cette dernière phase devrait être activement poursuivie dans le sens entrepris par le C.S.S.S.R.M.M. Non seulement à Montréal mais aussi dans les autres régions, «mutatis mutandis», selon les besoins et les particularismes de chacune des régions. Je crois que le modèle est bon. C'est du moins l'avis de l'ensemble des psychiatres et des quelques directeurs généraux que j'ai rencontrés. On m'objectera que je n'ai pas rencontré les chefs de psychiatrie des C.H.C.D. de Québec, sauf le Dr Bédard, non plus que l'ensemble des psychiatres de Louis-H. Lafontaine par exemple. C'est vrai. Bien sûr ils défendraient leur idéologie. Je pense qu'ils sont minoritaires dans l'ensemble des psychiatres engagés dans une pratique hospitalière et qu'éventuellement ils auront de la difficulté à résister à un certain modernisme. Je n'ai rien écrit jusqu'à maintenant du travail que vient d'amorcer depuis environ deux ans le Service aux malades mentaux du C.S.S.S.R.M.M., auprès des C.L.S.C. de la région de Montréal. Des sommes assez importantes ont été engagées pour permettre le démarrage de programmes destinés aux malades mentaux, pour le dépistage et/ou, selon les cas, la prise en charge des malades à la sortie de l'hôpital. Nous nous engageons résolument dans la voie idéale tracée jadis par la psychiatrie française de prendre en charge les malades mentaux avant l'hospitalisation et si possible, sinon avant la fin de l'hospitalisation quand celle-ci n'a pu être évitée.

Ce travail fait partie de l'intégration de la psychiatrie, non seulement aux C.H.C.D. mais aussi et surtout à l'ensemble du réseau de soins.

Quant aux D.S.C., je sais que celui de Ste-Justine a un vaste programme de santé mentale destiné aux personnes âgées qui se trouvent en grand nombre sur son territoire. D'autres D.S.C. dont celui de Maisonneuve-Rosemont ont des programmes de santé mentale. Il faudrait peut-être les recenser et au besoin stimuler la création et la mise sur pied de programmes de santé mentale.

L'enseignement de la psychiatrie

Il devra aussi aller dans le sens du modernisme et s'axer davantage sur la psychiatrie communautaire si nous ne voulons pas, en tant que psychiatres, revenir en arrière et nous confiner dans nos bureaux ou dans des départements de psychiatrie de C.H.C.D. où l'on ne dispensera que de la psychothérapie de type analytique (ce qui, malheureusement ou non, devient de plus en plus rare, c'est à évaluer) ou alors des médicaments (des «smarties»

comme disent les ex-patients psychiatrisés) sans égard pour les véritables besoins de la population. Il faudra autre chose dans l'avenir que des traitements uniquement psychiques ou uniquement biologiques. Dans l'expression «biopsycho-sociale» le «social» devrait tenir la première place, si on me pardonne ce paradoxe. De plus le «social» ne s'apprend pas à l'université, et il s'apprend mal dans un département de psychiatrie de C.H.C.D., entourés et protégés que nous sommes par les murs et par le système organisationnel généralement conçu pour tenir le «social» loin des techniques sacro-saintes de l'entrevue psychiatrique ou du «casework». Le «social» s'apprendra le mieux dans le C.L.S.C., dans la consultation-liaison dans les autres services de l'hôpital et à la rigueur, mais aussi, par exemple, dans les «centres pour femmes», et dans les lieux d'hébergement pour itinérants, (non je n'exagère pas) là où le futur psychiatre sera confronté avec les problèmes de la dure réalité à laquelle sont confrontées toutes ces personnes, là où ils apprendront à soulager la condition humaine avant de poser un diagnostic. Il faudra former, comme disait Lise Tessier, «la bonne sorte de psychiatres».

Sinon, je crains fort que le psychiatre étant absent *du lieu où s'exprime le problème* , nous reviendrons à ce que nous connaissions avant 1960, à ce que Françoise Boudreau appelle la phase religieuse du développement des asiles. Comment?

Les religieuses, par charité, ont accueilli les malades, les enfants des crèches abandonnés, les itinérants, les laissés pour compte, dans leurs maisons. Celles-ci ont grossi et sont devenues des asiles, au sens propre du terme. Elles se sont substituées à la psychiatrie qui était absente *du lieu où s'exprimait le problème*. La psychiatrie n'existait pas, ou si peu au Québec au début du siècle. En 1986, il y a au Québec 874 psychiatres et sûrement près d'une centaine de résidents en formation. Si nous n'arrivons pas à faire en sorte que le discours psychiatrique soit entendu, nous faisons mal notre travail ou nous ne le faisons pas au bon endroit. Si le discours psychiatrique n'existe pas, ce sera la communauté (et non plus les communautés) qui récupérera le malade mental. Il y a des quantités de gens, de bonnes personnes bien sûr, mais aussi de moins bonnes personnes motivées davantage par l'appât du gain, qui sont prêtes à récupérer, disons plutôt accueillir, les itinérants, souvent sortis d'un département de psychiatrie ou d'un hôpital psychiatrique, les personnes seules etc... Qu'aurons-nous alors réalisé depuis 1960, devrons-nous éternellement recommencer?

Avons-nous défini ce qu'est le discours psychiatrique? Ou ce qu'il devrait être? Je ne le crois pas. Alors il faut le faire!

NOTES

1. Cette façon pour le moins inhabituelle de parler du fameux syndrome n'est pas une erreur. Elle veut souligner l'ambiguïté, sinon l'ubiquité, de l'expression au Québec. Il faudrait en faire une étude sémantique dans les textes récents chez nous. «Dans mon temps», aux États-Unis l'expression «revolving-door policy» est née à la suite de l'utilisation des neuroleptiques qui permettait aux patients de sortir de l'hôpital plus rapidement et d'y revenir ainsi plusieurs fois de suite jusqu'à rémission.
2. J'ai rencontré les personnes dont les noms suivent: Dr Arthur Amyot, directeur du Département de psychiatrie de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et co-auteur du Rapport de la Commission d'enquête sur la qualité de l'administration et du fonctionnement de l'hôpital Louis-H. Lafontaine, avec Mme Céline Chartrand, infirmière, et Dr Georges Aird que j'ai aussi rencontré; le Dr Dominique Bédard, directeur du Département de psychiatrie à l'Hôtel-Dieu de Lévis; le Dr Jacques Bernier, directeur des services professionnels au C.H. St-Luc; madame Nicole Fontaine, responsable du Service des soins aux malades mentaux du C.S.S.S.R.M.M.; le Dr Jacques Gagnon, chef du Service de psychiatrie du C.H. Maisonneuve-Rosemont; le Dr Camille Laurin, directeur du Département de psychiatrie du C.H. Sacré-Cœur; Madame Marie-Claire Letourneux; Dr Jean-Pierre Losson, chef du Service de psychiatrie à l'Hôtel-Dieu de Montréal; M. Bill Macfadden, directeur général de la Maison Les Étapes à Montréal; le Dr Allan Mann, directeur du Département de psychiatrie du Montréal General Hospital; le Dr André Masse, directeur du Département de psychiatrie de Ste-Justine et le Dr Aydin Yurtcu, chef intérimaire du Service de psychiatrie au C.H. Charles-Lemoyne.
3. Le nombre insuffisant de lits, et surtout la façon de les utiliser est une remarque, une plainte, qui est revenue dans tous les services visités. Partout on est aux prises avec des malades chroniques qui ne sont pas «sortables» du service interne. Dans tous les services on évalue cette clientèle entre 5% et 10% de la capacité du service et la durée de séjour allait dans un cas à plus de 7 ans, mais en moyenne elle était de 2 à 3 ans. Ce chiffre est incompréhensible, comme l'est le phénomène de la chronicité et, forcément il augmente. Il faudra un jour s'y arrêter et faire quelque chose, autrement ce sera la sclérose des services psychiatriques des C.H.C.D. qui deviendront aussi des services chroniques. La situation est aussi inadmissible pour les patients. Au P.A.P. les terrains, le parc sont magnifiques bien sûr mais c'est

l'exception. Passer 2 ou 3 années de sa vie dans un cinquième étage est peut-être plus aliénant que d'avoir eu une mère schizophrénogénisante!

RÉFÉRENCES

AMYOT, A., AIRD, G., CHARTRAND, C., 1984, *Rapport de la Commission d'enquête sur la qualité de l'administration et du fonctionnement de l'hôpital Louis-H. Lafontaine*, mai.

BOUDREAU, F., 1984, *De l'asile à la santé mentale*, Éditions St-Martin, Montréal.

CONSEIL ET GESTION D'ORGANISATION C.D.I. INC. ET LE CONSEIL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA RÉGION DE MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN, 1986, *Rapport concernant la révision de la sectorisation des services de santé mentale de la région.*

Étude sur La responsabilité sectorielle des Centres hospitaliers de la région de Montréal métropolitain, 1983, Conseil de la santé et des services sociaux de la Région de Montréal-métropolitain, juin.

GUDEMAN, J.E., SHORE, M.F., 1984, Beyond deinstitutionalization, *N. Engl. Jr. M., 311*, no. 13, 832-836.

LORTIE, G., 1968, *La régionalisation dans la Province de Québec et la sectorisation de la région de Montréal métropolitain*, Rapport au Colloque de Courchevelle sur l'assistance psychiatrique au Québec, Note E Rivista di Psychiatria, Anno LXI, Fasc. I, marzo.

RAPPORT BÉDARD, 1962, *Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques*, gouvernement du Québec.

RAPPORT DE LA COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ ET LE BIEN ÊTRE SOCIAL, 1964, *La santé*, vol. IV, tomes I *IV*, gouvernement du Québec.

Rapport du Comité d'étude sur les services psychiatriques de la région de Montréal, 1985, Tome I - le Rapport et ses annexes, mars.

SUMMARY

The author traces the evolution of psychiatric services in Montréal and the province of Québec up until 1977. Following this summary, the author describes what has been undertaken in the area of mental health since that year. He also recounts his observations in the course of visits made in the fall of 1986 to certain hospital centers catering to short term patients (centres hospitaliers de courte durée), at the request of the Harnois Committee. Among his findings, he points out that the projects started at the onset of the Bédard and Castonguay reforms have been implemented, if not in spirit by the book, and that the integration of the entire psychiatric services of the C.H.C.D. is about to be completed.