

Article

« Le débat au sein de la CSN sur l'organisation de la santé mentale »

Richard Brunelle et Gilles Marsolais

Santé mentale au Québec, vol. 11, n° 1, 1986, p. 124-132.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/030325ar>

DOI: 10.7202/030325ar

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

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

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

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org

Le débat au sein de la CSN sur l'organisation de la santé mentale

*Richard Brunelle**
*Gilles Marsolais**

Les auteurs essaient de rendre compte, dans cet article, des enjeux de la politique en santé mentale en voie d'élaboration au sein de la C.S.N., et des débats que cela suscite dans cette centrale syndicale. Dans un premier temps, ils décrivent l'implication et le rôle des syndicats dans l'évolution de la psychiatrie au Québec au cours des dernières années. Ensuite, ils retracent les principaux événements qui ont mené aux interventions gouvernementales actuelles dans certaines institutions. Ils font par après le constat des faits suivants: l'ampleur des maladies mentales, la diversité des clientèles psychiatriques, la désinstitutionnalisation, la finalité des hôpitaux psychiatriques et les ressources alternatives. Ils finissent en exposant le point de vue de la C.S.N. sur diverses questions: la prévention, la réinsertion sociale, le travail, la désinstitutionnalisation et la réforme des hôpitaux psychiatriques.

Outre les professionnels de la santé, les quatorze hôpitaux psychiatriques et la soixantaine d'ailes psychiatriques d'hôpitaux généraux regroupent plus de 15 000 salariées et salariés, la majorité syndiqués à la Confédération des syndicats nationaux (CSN). Pour la moitié environ, il s'agit de personnes qui travaillent directement auprès des bénéficiaires. Ces personnes et les syndicats qui les représentent doivent être des interlocuteurs majeurs au sein du débat actuel sur l'avenir du secteur de la santé mentale au Québec.

On connaît peu la nature des débats qui se mènent au sein du mouvement syndical, sur la façon d'envisager la réforme de la psychiatrie et sur les amorces de positions publiques qui en découlent. Ils sont en effet relativement récents; de façon générale, si les instances décisionnelles de la CSN et de sa Fédération des affaires sociales (FAS) en ont été saisies, ils n'ont encore touché en profondeur qu'un nombre restreint de syndicats et d'hôpitaux psychiatriques.

Dans les pages qui suivent, nous présenterons les principaux événements qui ont marqué le cheminement syndical en matière de politique de santé mentale; dans un second temps, nous dresserons un certain nombre de constatations de base sur lesquelles se fondent les positions avancées par la CSN

dans ce domaine. Nous tenterons ensuite de présenter ces positions, notamment celles qui concernent la désinstitutionnalisation. Nous souhaitons ainsi mieux faire connaître la façon dont nous percevons les problèmes reliés au fonctionnement et à l'organisation des établissements dits de «santé mentale»

UN PEU D'HISTOIRE

À vrai dire, la présence syndicale s'est toujours manifestée dans les débats passés sur la façon de traiter la maladie mentale. Au début des années 60, les centrales syndicales s'associaient à plusieurs autres groupes québécois pour réclamer une réforme en psychiatrie. Par la suite, elles ont applaudi la parution du rapport Bédard et ont demandé la mise en application des recommandations de ce rapport. Quelques années plus tard, elles ont soulevé le problème de la formation du personnel des hôpitaux psychiatriques: en 1966, l'introduction d'un «cours d'approche aux malades» fut négocié, à l'usage de l'ensemble du personnel.

Au milieu des années 70, le terrain des préoccupations syndicales en matière de psychiatrie a changé. Les batailles menées au cours de cette période le furent principalement sur le maintien ou l'augmentation des effectifs. Batailles essentielles à mener certes; le problème fut cependant de s'être à peu près limité à ce seul terrain de lutte. Tout se pas-

* Richard Brunelle est conseiller syndical à la F.A.S., et Gilles Marsolais est travailleur au Pavillon Albert-Prévost.

sait comme si l'on considérait comme synonymes l'augmentation de la qualité des soins aux patients psychiatriques et celle du nombre de personnes à leur service. Bien sûr, ces luttes étaient légitimes, tout comme les dénonciations sporadiques de la vétusté de certains hôpitaux psychiatriques. Mais elles ne perçaient pas la surface des choses. À l'époque, on ne remettait en question ni l'existence ni le fonctionnement de l'hôpital psychiatrique, ni la façon dont s'exerçaient les rapports entre les membres du personnel et les bénéficiaires. Il faut dire qu'une telle attitude était loin d'être exclusive aux membres du personnel syndiqué et à leurs syndicats. Elle était partagée par les cadres, incluant ceux du secteur clinique, de même que par la majorité des médecins. Presque tout le monde fonctionnait en effet dans ce milieu clos qu'était l'hôpital psychiatrique sans trop en interroger les finalités.

Les choses ont commencé à changer au début des années 80. Au sein du syndicat CSN regroupant les professionnelles et les professionnels d'abord; puis au sein de la Fédération des affaires sociales. Chez cette dernière, trois événements ont déclenché la démarche de réflexion.

Le congrès d'orientation de la Fédération des affaires sociales (FAS)

Ce fut d'abord le congrès d'orientation de la FAS tenu en juin 1983. Il était placé sous le signe de la «politique de la santé» qu'on devait se donner. En matière de santé mentale, les organisateurs avaient invité quelques personnes du groupe Auto-Psy et de la Ligue des droits et liberté à confronter leurs expériences avec les délégués syndicaux. Il en résulta une discussion fort intéressante sur la pratique même du travail en milieu psychiatrique et sur la nécessité pour les syndiqué(e)s et leurs syndicats de s'y impliquer. Un «comité de santé mentale» fut réactivé par suite de ce congrès. Il est composé de militantes et militants syndicaux issus de plusieurs établissements psychiatriques, et jouera dorénavant un rôle majeur pour alimenter et faire avancer le débat sur la santé mentale, tant au sein des instances de la F.A.S. qu'auprès des syndicats d'établissements psychiatriques.

La mise en tutelle à Louis-H.-Lafontaine

Le second événement survint au printemps 1984. Il s'agit de la mise en tutelle de l'hôpital Louis-H.-

Lafontaine, décrétée par le ministre Camille Laurin par suite de la publication d'un rapport de l'Ordre des infirmiers et des infirmières du Québec qui mettait en cause la compétence professionnelle du personnel infirmier et cadre. Pour plusieurs syndiqué(e)s de cet hôpital et pour leurs syndicats, cet événement servira de déclencheur à une réflexion en profondeur sur l'avenir de l'établissement. Celle-ci se déroulera au rythme du travail de la tutelle, et se caractérisera par un travail assez intense de consultation et d'information auprès des membres des syndicats concernés.

L'enquête syndicale à Robert-Giffard

Quant au troisième événement, il survint lui aussi au printemps 1984, à Québec cette fois-ci. C'est la publication d'une étude commandée par la direction de l'hôpital Robert-Giffard sur les conditions de vie des résidentes et des résidents de l'établissement. Cette étude concluait que l'hôpital Robert-Giffard demeurait, pour l'essentiel, une institution à caractère carcéral et un lieu de violence. Par suite de cette publication, le syndicat, tout comme l'administration d'ailleurs, devint la cible des médias. Le syndicat annonça donc la mise sur pied d'une «commission syndicale d'enquête», composée de militantes et de militants syndicaux, chargée d'étudier en profondeur la qualité des soins au centre hospitalier.

Sollicitée, la CSN appuie cette initiative et assigne deux personnes ressources au comité syndical, dont l'ancien président de la CSN, Norbert Rodrigue. Le comité travaillera à partir de l'été 1984 et remettra son rapport en septembre 1985; à l'heure actuelle, celui-ci fait l'objet de consultation auprès des membres du syndicat.

Cette enquête syndicale, la mise en tutelle de l'hôpital Louis-H.-Lafontaine et la remise sur pied d'un comité de santé mentale ne sont pas les seuls événements qui ont stimulé la réflexion syndicale. Il faudrait parler aussi des travaux réalisés par le Syndicat des professionnelles et professionnels des affaires sociales (S.P.A.S.Q.); il faudrait également rendre compte des travaux et des débats menés au Pavillon Albert-Prévost, ou encore au Pavillon Pierre-Janet de Hull. Ces initiatives ont toutes contribué à alimenter la démarche syndicale et à l'asseoir sur un certain nombre de constatations.

QUELQUES CONSTATATIONS

Commençons d'abord par les constatations. Pour un observateur averti, elles peuvent sembler banales. Compte tenu de leurs implications pratiques, elles n'en sont pas moins importantes.

L'AMPLEUR DES MALADIES MENTALES

On savait depuis longtemps que les maladies mentales et les troubles mentaux prenaient de plus en plus d'importance au sein de notre société. Mais les données récentes nous indiquent toute l'ampleur du problème: les troubles mentaux sont devenus la première cause de maladie pour presque tout l'âge adulte. Ils accaparent 20% des journées d'hospitalisation au sein de la population âgée de 24 à 44 ans. Bien entendu, cette situation se traduit par des coûts considérables: ils représentaient en 1981 un pourcentage de 17,9% des dépenses publiques de la santé au Québec. C'est-à-dire une somme de \$637 millions (Camirand, 1983). Même si l'on déduit de ce total les sommes d'argent consacrées à la déficience intellectuelle, la somme demeure impressionnante. Autre fait troublant: la majeure partie des coûts de la maladie mentale provient de l'hospitalisation à long terme. Selon le Conseil des affaires sociales et de la famille (C.A.S.F.), cette proportion s'élève à 51,8% du total des dépenses publiques affectées à la maladie mentale (Camirand, 1983).

De telles données peuvent être utilisées de façon démagogique pour justifier des coupures budgétaires aveugles dans le domaine de la santé mentale. Mais elles imposent tout de même un examen sérieux de la façon dont les maladies mentales sont traitées au Québec; compte tenu de la prolifération de celles-ci, on ne peut tout de même pas préconiser l'hospitalisation à long terme de la moitié des personnes affectées!

LA DIVERSITÉ DES CLIENTÈLES DANS LES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nous le soupçonnions avant. Nous ne pouvons plus le nier maintenant: à peine la moitié des personnes hospitalisées dans les centres psychiatriques ont un diagnostic dominant de maladie mentale. Quant aux autres, il s'agit soit de personnes déficientes intellectuelles, soit de personnes âgées de plus de 65 ans, dont la pathologie dominante est devenue pour la plupart physique plutôt que psychia-

trique. Vis-à-vis de ces deux dernières clientèles, l'hôpital psychiatrique joue en quelque sorte le rôle de refuge — d'«asile», au sens plein du terme — dans la mesure où celles-ci ne pouvaient être prises en charge ailleurs.

L'importance respective des trois clientèles varie selon les hôpitaux psychiatriques, mais on les retrouve toutes trois un peu partout. Il faut donc aborder cette réalité et poser la question suivante: veut-on un hôpital psychiatrique qui continuera à l'avenir d'accueillir ces trois clientèles, ou désire-t-on au contraire qu'il se concentre sur sa vocation première, c'est-à-dire le traitement des malades mentaux? Poser la question c'est un peu y répondre...

LA NÉCESSAIRE DÉSINSTITUTIONNALISATION

Dans le même ordre de constatations, il faut souligner les résultats des évaluations de la clientèle des hôpitaux psychiatriques conduites l'an dernier. Il en ressort qu'une partie substantielle des personnes hospitalisées dans les établissements et ailes psychiatriques pourraient fort bien vivre à l'extérieur de ces lieux, à la condition de jouir de ressources et de mesures de support adéquates. Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux, il s'agirait de 26% de la clientèle âgée de plus de 65 ans, de 64% de la clientèle psychiatrique et de 42% des personnes atteintes de déficience intellectuelle (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1985). On peut discuter sur les pourcentages; ils varient selon la grille d'évaluation utilisée. Mais on ne peut plus mettre en doute le bien-fondé de l'affirmation de base. À l'échelle du Québec, cela signifie que près de la moitié des personnes hospitalisées en psychiatrie requièrent d'autres ressources que l'hospitalisation. Pour nous, qui sommes habitués à considérer l'institution comme une entité plus ou moins immuable, une telle constatation est importante. Certes, elle ne conduit pas à souhaiter l'évacuation précipitée des hôpitaux psychiatriques, mais elle amène à considérer la perspective de désinstitutionnalisation d'une façon positive, et non plus uniquement comme un danger menaçant.

Ne soyons cependant pas naïfs. Plusieurs enquêtes ont également été menées à l'extérieur des hôpitaux psychiatriques, à Montréal et à Québec, pour y prendre connaissance du sort réservé aux person-

nes souffrant de troubles mentaux. La réalité est navrante, et nous la connaissons tous: absence de ressources dans le domaine de la prévention et de la réinsertion sociale; ressources d'hébergement le plus souvent inadéquates; quasi-inexistence de celles qui faciliteraient le retour sur le marché du travail. À Québec seulement, on évalue à 3 000 environ les personnes souffrant de troubles mentaux qui vivent pratiquement dans la rue, et qui survivent grâce à la charité privée. À Montréal, il y en aurait au moins une dizaine de milliers. Ce sont les «victimes» de la désinstitutionnalisation effectuée depuis les années soixante. Celle-ci a été justement caractérisée par le manque de ressources aux personnes qui sortaient des hôpitaux psychiatriques. On sait également que plusieurs d'entre elles sont victimes de profiteurs sans scrupules, et que certaines familles d'accueil et certains pavillons exploitent honteusement les personnes à qui elles sont censées offrir le gîte, le couvert et la protection. On sait également que les foyers clandestins ou «illicites» sont loin d'être disparus.

Cette réalité, plusieurs partisans de la désinstitutionnalisation refusent de la voir ou encore en diminuent l'importance. À l'inverse, d'autres personnes s'en servent comme prétexte pour justifier le statu quo ou l'hospitalisation à outrance. Selon nous, elle démontre une fois de plus, la nécessité de mettre en place les conditions matérielles humaines et financières requises pour que la désinstitutionnalisation à venir ne conduise pas à une catastrophe sociale du genre de ce qui se vit actuellement aux États-Unis. Nous y reviendrons plus loin.

LES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES: DES LIEUX DE TRAITEMENT?

L'enquête syndicale à Robert Giffard de même que celle menée par le syndicat CSN de Louis-H.-Lafontaine ont permis de constater jusqu'à quel point les grands hôpitaux psychiatriques étaient bien plus des lieux d'hébergement que des lieux de traitement. Une telle affirmation ne doit pas être généralisée à l'ensemble du secteur de la psychiatrie au Québec; mais elle s'applique aux grands établissements. Pour différentes raisons — le manque de psychiatres, le manque de personnel, le caractère jugé très chronique des pathologies concernées, ou tout cela à la fois — une bonne partie des patients ne subissent pas d'autres «traitements» que la médi-

cation, et ce qui leur tient lieu de plan de soins est avant tout un programme de soins physiques et d'hygiène. Ceci conduit parfois à des aberrations: ainsi la clientèle de déficients intellectuels, qui a besoin avant tout de réadaptation, se voit souvent «traitée» seulement aux médicaments.

Un autre problème inhérent au fonctionnement des hôpitaux psychiatriques est le fait que les droits civiques des bénéficiaires ne sont pas toujours respectés. Certes, les choses ont avancé depuis vingt ans sur cette question, au plan de la loi et de son application concrète. Mais beaucoup reste à faire.

Pensons seulement au fait que plus de 61% des personnes en institution sont sous curatelle; rappelons de plus qu'une enquête sommaire menée par le groupe «Auto-Psy» a révélé que 84% des usagers en milieu psychiatrique ne sont pas toujours informés correctement de leurs droits et recours. En cette matière de droits civiques, qui, parmi les intervenants, y compris les membres du personnel syndiqué, peut se vanter d'être irréprochable? Ici encore, un sérieux examen de conscience s'impose...

L'ÉMERGENCE DES RESSOURCES ALTERNATIVES

Elles existent déjà depuis plusieurs années, et ne cessent de se développer. Plusieurs intervenantes et intervenants du secteur public ont fait le grand saut et travaillent maintenant de leur côté, en y consacrant le meilleur de leurs énergies. Elles commencent à être connues à l'échelle de la société, et pourtant on en ignore généralement l'existence à l'intérieur du réseau public de santé mentale. Au plan syndical, l'année qui vient de se terminer a permis de prendre un peu plus largement connaissance avec ces ressources — au sein desquelles militent de nombreux ex-syndiqué(e)s. Elle a permis aussi d'amorcer un processus mutuel d'appivoisement, qui est loin d'être terminé. Leur importance qualitative, le rôle critique qu'elles ont joué en face de la psychiatrie «officielle», leur dynamisme, sont des réalités dont il faut tenir compte.

UN POINT DE VUE SYNDICAL SUR L'AVENIR DE LA SANTÉ MENTALE

L'impact grandissant des maladies mentales au sein de la population, leur coût économique, la nécessité objective de poursuivre une certaine désins-

tutionnalisation dans les hôpitaux psychiatriques, l'urgence de réformer ceux-ci et d'y reconnaître davantage les droits des bénéficiaires, voilà les grandes constatations qui découlent d'une année de réflexion syndicale, et qui sont à la base des positions que nous allons maintenant énoncer.

La démarche qui a conduit à énoncer ces constatations s'est faite à plusieurs niveaux: à travers des lectures et des rencontres, bien sûr, mais aussi et surtout à travers un certain nombre d'enquêtes concrètes dans les milieux de travail et à travers des discussions avec des intervenantes et des intervenants.

Tout comme les positions qui vont suivre, il serait prétentieux d'affirmer que les constatations ci-dessus sont largement partagées par l'ensemble des travailleuses et des travailleurs en psychiatrie. Mais il n'en demeure pas moins que certains syndicats affiliés à la CSN ont entrepris un travail de sensibilisation et d'information. Des débats internes sont amorcés, entre autres, à Louis-H. Lafontaine, à Robert-Giffard, au Centre hospitalier de Roberval et à celui de Lanaudière. La pratique des intervenantes et des intervenants fait l'objet d'un examen sérieux, tout comme les projets de transformation que les administrations locales déposent actuellement. La reconnaissance pratique des droits des bénéficiaires fait également son chemin.

La CSN n'a d'ailleurs pas le monopole de la réflexion et du débat autour des nécessaires transformations des établissements psychiatriques. À l'hôpital Rivière-des-Prairies, le personnel est majoritairement regroupé au sein du Syndicat canadien de la fonction publique (S.C.F.P.), et celui-ci participe très activement aux efforts en vue de transformer cette institution.

Bref, le débat syndical est en cours. Il gravite autour des constatations que nous avons énoncées plus haut et des positions que nous allons maintenant présenter.

En premier lieu, il faut affirmer clairement que nous souhaitons une réforme du secteur de la santé mentale au Québec. Selon nous cette réforme doit passer par deux axes majeurs:

a) la création de ressources destinées à prévenir l'hospitalisation, à faciliter la réinsertion sociale, et à aider les «victimes» de la désinstitutionnalisation passée. L'existence de telles ressources est

la condition essentielle pour envisager une poursuite du processus de désinstitutionnalisation des hôpitaux psychiatriques;

b) une réforme en profondeur des hôpitaux psychiatriques à travers la mise en place du travail d'équipe et la relance de la formation du personnel.

Reprenons ces thèmes:

DANS LE DOMAINE DE LA PRÉVENTION

Comme tout le monde, nous sommes évidemment favorables à la prévention de la maladie mentale et à la création de ressources permettant l'intervention précoce. Comment d'ailleurs est-il possible de s'opposer à une telle chose? Pourtant, le fait demeure: une personne en détresse émotionnelle n'a souvent pas d'autres alternatives que l'urgence d'un hôpital général ou d'un hôpital psychiatrique quand elle cherche du support. Il faut que cette situation change.

C'est pourquoi, nous recommandons la mise en place d'équipes d'intervention psychosociales chargées de répondre en première ligne aux demandes d'aide psychiatrique, d'évaluer les besoins des personnes qui leur demandent de l'aide et de les référer, quand c'est nécessaire, aux ressources qui pourront leur fournir cette aide.

De telles équipes pourraient être composées de divers types d'intervenants: psychiatre, psychologue, travailleur social, infirmière, éducateurs et préparés; elles pourraient fonctionner sur la base d'un territoire ou d'un quartier donné; elles auraient à la fois comme tâche la prévention et l'éducation sur la maladie mentale, et l'intervention précoce, à domicile, ou dans leurs propres locaux; elles seraient reliées aux divers C.L.S.C. du territoire, et compte tenu du fait que très souvent les demandes d'aide psychiatrique comportent également des besoins d'ordre carrément social, il faudrait qu'elles puissent disposer de la marge de manoeuvre suffisante pour répondre également aux besoins sociaux des personnes qu'elles aident, ou pour les accompagner vers les ressources appropriées.

LA RÉINSERTION SOCIALE

À quelles conditions la réinsertion sociale des personnes hospitalisées peut-elle être facilitée? Comment faire disparaître ou tout au moins atténuer le «syndrome de la porte tournante», le phénomène des

réadmissions à répétition qui reflète la chronicisation graduelle des personnes en détresse émotionnelle? Le problème est complexe et il n'existe pas de recettes magiques. D'une part, l'ensemble des personnes actives dans le domaine de la santé mentale dénonce l'absence de ressources de support et d'encadrement; mais d'autre part, il faut également se rappeler que la société n'est pas prête à recevoir un afflux massif d'ex-pensionnaires des hôpitaux psychiatriques. Le stigmate de l'hospitalisation, la réelle ou présumée dangerosité d'un certain nombre de ces personnes, les comportements parfois bizarres, tous ces facteurs concourront et concourent déjà à rendre difficile la réinsertion sociale d'un grand nombre d'ex-patients psychiatriques.

Dans le cadre du document de travail sur l'avenir de l'hôpital Robert-Giffard, nous avons énoncé un certain nombre de recommandations: à ce sujet, en voici quelques-unes (Comité de santé mentale et Syndicat des employés du Centre hospitalier Robert-Giffard, 1985):

«NOUS RECOMMANDONS QUE SOIT INSTAURÉ SOUS L'ÉGIDE DU M.A.S.:

— un programme d'aide et d'information auprès de la population en vue de l'aider à accueillir de façon plus positive les ex-bénéficiaires (...) il pourrait prendre des formes plus vivantes que la simple transmission de messages par l'intermédiaire des média: par exemple, l'organisation des fêtes populaires de quartier et qui impliqueraient des résidentes et des résidents (...)

«NOUS RECOMMANDONS:

— des mesures propres à faciliter le suivi des personnes désinstitutionnalisées. Quand une personne reçoit actuellement son congé (...) elle est théoriquement suivie par l'intermédiaire d'un travailleur social ou de la clinique externe de l'hôpital. Mais en pratique, il s'agit d'un suivi très ténu, ne serait-ce qu'à cause du faible nombre de travailleurs sociaux disponibles. Pourtant, la personne qui reçoit son congé a le plus souvent besoin d'aide pour de multiples choses: la recherche d'un logement, de meubles, les démarches auprès de l'aide sociale etc. Par ailleurs, souvent ces personnes sont alors en proie à la solitude la plus profonde. Ainsi, les risques de rechute deviennent d'autant plus considérables. C'est

pourquoi le suivi plus systématique de ces personnes nous apparaît essentiel. Nous recommandons donc la création d'une équipe d'«agents de liaison» chargée d'effectuer un tel suivi et d'assurer le lien constant entre la personne et l'ensemble des ressources médicales ou sociales (cliniques externes, médecins, aide sociale, aide juridique) dont elle peut disposer. (...)

— «dans le domaine de l'hébergement, nous ne recommandons évidemment pas la multiplication des places en pavillon et en famille d'accueil régulières. Bien sûr, les familles d'accueil ont au moins le mérite d'héberger des personnes à la sortie de l'hôpital, mais si l'on veut envisager une perspective de transition entre l'hôpital et la vie en société, il faut penser à autre chose. C'est pourquoi nous recommandons de stopper le développement des familles d'accueil, et de réexaminer l'ensemble de leur fonctionnement et d'étudier le sort des personnes qu'elles hébergent. Une enquête gouvernementale sur le fonctionnement des pavillons et des familles d'accueil s'impose selon nous pour réaliser ces objectifs. Elle permettrait de définir les conditions propres à faire de ces ressources de véritables lieux de transition entre l'hôpital et la société.»

En attendant, nous croyons davantage à d'autres formules qui nous semblent plus simples, plus adaptées aux besoins des bénéficiaires et surtout plus transparentes; il pourrait s'agir de foyers de groupes qui ont fait, selon nous, leurs preuves dans les centres d'accueil et de réadaptation, ou encore d'appartements supervisés, ou tout simplement d'appartements autonomes dotés d'un minimum de supervision. Le tout, bien entendu en fonction des besoins des personnes concernées.

LA RÉINTÉGRATION SUR LE MARCHÉ DU TRAVAIL

Il y a aussi la question de l'intégration sur le marché du travail. Comment peut-on envisager sérieusement que la réinsertion sociale soit réussie si un ex-bénéficiaire se contente de vivre avec un maigre chèque d'aide sociale? Pourtant, beaucoup ignorent dans les faits cette dimension de la réinsertion sociale. Elle est fondamentale, quant à nous:

«Dans l'état actuel d'organisation de la société, on doit reconnaître le caractère central du tra-

vail comme élément de définition de soi et de définition d'appartenance sociale en plus des possibilités d'autonomie matérielle qu'il apporte». (Hébert et Garon, 1983).

Dans ce domaine comme dans les autres, il n'existe pas de recette miracle. Certaines mesures utiles ont cependant déjà produit des résultats positifs. *Le placement protégé* constitue l'une d'elles. Pour certaines personnes handicapées mentales, il pourrait s'agir d'une ressource de travail intéressante, à la condition d'en démocratiser le fonctionnement et de faire cesser la tendance à écarter les personnes handicapées mentales de ce genre de ressources. *La mise sur pied de coopératives de travail* représente également une alternative à explorer. Des projets de coopératives de travail se développent actuellement chez d'autres groupes dont l'accès sur le marché du travail est difficile, notamment chez les jeunes. Ne serait-il pas possible de faire de même pour des personnes handicapées mentales? La *consolidation de services de placement spécialisés*: de tels services existent actuellement, à même des subventions fédérales ou provinciales. Ils restent à développer.

Derrière ces mesures, il y a une condition de base essentielle, selon nous, pour faciliter le retour des personnes psychiatriquées sur le marché du travail. C'est l'introduction, dans les entreprises, de programmes d'accès à l'égalité pour les personnes handicapées en général. Rappelons que la CSN s'est déjà prononcée en faveur d'une telle mesure.

LA DÉINSTITUTIONNALISATION

Qui pourrait, en principe, s'opposer à la désinstitutionnalisation des personnes qui pourraient quitter les hôpitaux psychiatriques? Personne, ni à la CSN, ni ailleurs. Mais la véritable question est de savoir à quelles conditions on peut réussir une telle opération. Selon nous, c'est, notamment, par la mise en place des ressources de prévention, d'aide, d'hébergement et de réinsertion dont nous parlions plus haut. La plupart des expériences connues à l'étranger le prouvent: quand une société procède d'une façon précipitée à la désinstitutionnalisation de ses malades mentaux, sans mettre en place les ressources requises, celle-ci se traduit par le rejet pur et simple à la rue d'une bonne partie des personnes hospitalisées. On sait ce qui s'est passé aux États-Unis depuis vingt ans: un dossier du *Business*

Week (1986) nous l'a récemment rappelé. Nous avons vécu la même chose au Québec, bien que sur un mode très atténué.

Nous ne voulons pas que la désinstitutionnalisation prenne la forme d'un simple «dumping» de bénéficiaires; nous ne voulons pas que, sous le couvert de beaux principes et de belles promesses, celle-ci se révèle une simple opération camouflée de compressions budgétaires au détriment de l'un des groupes les plus démunis de notre société. Si tel se révèle le cas, nous nous y opposerons, comme nous nous sommes opposés à la façon plus que cavalière avec laquelle certains centres d'accueil et de réadaptation ont récemment cherché à se débarrasser de leurs déficients intellectuels.

LA RÉFORME DES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

La mise en place de moyens propres à assurer une désinstitutionnalisation «réussie» ne doit pas faire oublier un second volet de la réforme souhaitable dans le domaine de la santé mentale: la transformation en profondeur des hôpitaux psychiatriques.

Nous croyons que les hôpitaux psychiatriques sont toujours nécessaires. Encore faut-il cependant qu'ils puissent devenir de véritables lieux de traitement. Pour y arriver, un ensemble de mesures est souhaitable.

Il y a d'abord le transfert graduel, réfléchi et préparé d'une partie des clientèles actuelles, celles dont l'état ne nécessite pas ou ne nécessite plus l'hospitalisation en psychiatrie: c'est la désinstitutionnalisation, qui devrait s'effectuer selon les modalités définies ci-dessus.

Il y a ensuite la nécessité de modifier l'organisation du travail psychiatrique de façon à faciliter et répandre la pratique du travail en équipe. À l'heure actuelle, l'organisation du travail dans ces milieux demeure en général très hiérarchisée, ce qui entraîne une certaine démotivation chez plusieurs membres du personnel. Compte tenu du fait que l'écoute et la relation d'aide jouent un rôle fondamental dans le traitement de la maladie mentale, nous croyons que le travail en équipe pourrait avoir un impact bénéfique sur la qualité des soins. Nous croyons de plus qu'un tel effort en vue de démocratiser les soins va de pair avec un effort en vue d'impliquer les bénéficiaires à leur propre traitement, tout au moins

là où c'est possible. N'oublions pas que la tendance actuelle vers la prise en charge par les individus de leur propre santé doit être favorisée partout, y compris dans le domaine de la santé mentale.

Le troisième volet dans la réforme des hôpitaux psychiatriques: l'accentuation de la formation des membres du personnel, particulièrement les employés dits «généralistes», dont les préposés(e)s aux bénéficiaires. La formation est un corollaire, selon nous, du développement du travail en équipe. Elle permettrait de fournir à ceux et à celles qui en sont dépourvu(e)s les instruments d'observation et d'intervention nécessaires à leur travail. Elle fournirait des moyens de percevoir plus facilement les besoins et l'état des bénéficiaires. Parmi les thèmes de formation, on pourrait notamment mentionner:

- la relation d'aide;
- la connaissance des principales maladies mentales;
- la connaissance de la médication et de ses limites;
- la réinsertion sociale et les ressources disponibles à l'extérieur des établissements;
- les droits et recours des personnes handicapées mentales.

Transformation des hôpitaux, application d'un train de mesures favorisant la prévention de la maladie mentale et la réinsertion sociale des personnes qui ne requièrent plus l'hospitalisation, tels sont les principaux éléments en matière de réforme en santé mentale.

Ces positions, la CSN et la Fédération des affaires sociales les ont débattues dans leurs rangs et les ont exprimées publiquement à diverses reprises depuis un an. Elles ont notamment fait l'objet d'un mémoire, à l'été 1985, devant la sous-commission parlementaire des Affaires sociales. À l'interne, le débat se poursuit toujours.

Il ressort de ce débat qu'une chose est presque aussi importante que la réforme, c'est la façon dont elle devra s'effectuer. Deux nécessités de base ressortent quant à la façon dont ce changement doit être géré:

Tout d'abord le respect des intervenants et des intervenantes en psychiatrie. La réforme ne peut pas se faire par simple décision administrative. Pour porter fruit, elle doit s'effectuer avec l'assentiment, la participation active et réfléchie des syndiqué(e)s. Si tel n'est pas le cas, elle risque fort de demeurer lettre morte. Il ne faut pas, par exemple, que la

réforme envisagée serve de prétexte à sabrer dans les droits. C'est pourquoi, nous jugeons essentielle la mise en place d'un certain nombre de conditions permettant d'impliquer l'ensemble des membres du personnel aux changements envisagés: la transparence administrative, la garantie formelle du maintien des emplois et des droits, la négociation avec les syndicats des conséquences sur les conditions de travail. Comme l'écrivaient les auteures du document *La santé mentale, à nous de décider*: «le respect de la personne aux prises avec des problèmes de santé mentale passe par différents aspects, dont l'un est le respect des intervenants auprès de cette personne» (Ministère de la Santé et des services sociaux, 1985).

L'autre nécessité de base, c'est que l'État continue d'assumer son rôle dans le domaine de la santé mentale. Là comme ailleurs, c'est le caractère public du système de santé et de services sociaux qui en garantit l'accessibilité. Il s'agit là d'un acquis collectif, et il n'est pas question selon nous d'y toucher. Un désengagement, même partiel, de l'État du secteur de la santé mentale risque de provoquer le retour en force des foyers clandestins et des profiteurs de tout acabit qui sont prompts à s'acharner sur les personnes parmi les plus démunies au sein de la société. C'est pourquoi on doit conserver au système son caractère largement public, tout en lui associant, à titre de partenaires privilégiés, les ressources alternatives en santé mentale, qu'il faudrait d'ailleurs subventionner davantage.

CONCLUSION

On a souvent tendance, dans certains milieux, à reprocher aux syndicats leur insensibilité face aux problèmes liés à la maladie mentale et aux personnes qui en sont victimes. Nous espérons que le présent texte contribuera à détruire ce genre de stéréotype: bien sûr, les milliers de travailleuses et travailleurs en santé mentale ne partagent pas tous la même opinion, mais le débat sur la nécessité de changements profonds en milieu psychiatrique est en cours, et il va se poursuivre.

Il reste maintenant à souhaiter et à faire en sorte que la réforme envisagée en santé mentale ait bel et bien lieu, qu'elle passe par un vaste débat social et que les travailleuses et les travailleurs participent activement, à titre de partenaires, à sa mise en application.

RÉFÉRENCES

- BUSINESS WEEK, 1986, *Abandoned*, dossier sur la désinstitutionnalisation, 6 janvier.
- CAMIRAND, F., 1983, *Le coût de la maladie*, Conseil des affaires sociales et de la famille, Québec.
- COMITÉ DE SANTÉ MENTALE ET SYNDICAT DES EMPLOYÉS DU CENTRE HOSPITALIER ROBERT-GIFFARD (C.S.N.), 1985, *Le centre hospitalier Robert-Giffard: sa réalité actuelle et la réforme de la santé mentale au Québec*, Québec, septembre.
- HÉBERT, A., GARON, M., 1983, *Les ex-patients psychiatriques, qui sont-ils?* Commission des droits de la personne du Québec, Montréal.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1985, *Pour une réflexion en santé mentale: la santé men-*

tales, à nous de décider, document de travail, Québec.

SUMMARY

The authors attempt in this article, to account for the political stakes in mental health which are in process of elaboration, among the C.S.N., and the discussions they generate in this national union. They describe firstly the implication of the unions in Quebec during recent years. Secondly, they outline the main events that led to actual government interventions in certain institutions. Then they establish the following facts: the extent of mental sickness, the desinstitutionalisation, the finality of psychiatric hospitals and the alternative resources. Lastly, they disclose the C.S.N.'s point of view on various questions: prevention, social reintegration, work, desinstitutionalisation and psychiatric hospitals' reform.