

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES (extraits, p. 135-139)

IV RÉFORMES DES HÔPITAUX ACTUELS

9 – Qu’aucune construction nouvelle ou agrandissement ne soit permis aux hôpitaux psychiatriques déjà existants et que soit instauré plutôt le système des hôpitaux régionaux décrit plus loin. Cette recommandation souffrirait certaines exceptions : par exemple, la population de langue anglaise étant presque exclusivement concentrée dans la région de Montréal, il est peut-être souhaitable qu’on ajoute au Verdun Protestant Hospital des services qui n’existent pas encore pour certaines catégories de malades (e. g. arriérés mentaux) de langue anglaise.

10 – Que chaque hôpital procède sans délai à une révision systématique du dossier de tous les malades hospitalisés. Cette révision devant être confiée au Comité des Dossiers désigné par le Bureau médical.

11 – Que l’appareil policier et les mesures excessives de sécurité soient graduellement abolies de façon à permettre la mise en pratique de la philosophie de la «porte ouverte» pour la majorité des malades telle que pratiquée avec succès dans plusieurs hôpitaux canadiens et étrangers.

12 – Que les hôpitaux actuels soient sectionnés en Services quasi-autonomes (d’au plus 500 lits pour les grands hôpitaux) constitués soit selon le diagnostic des malades, soit selon leur lieu de résidence. Cette deuxième formule par laquelle tous les patients d’une région donnée sont admis dans un même service pour y séjourner durant tout le temps de leur hospitalisation, permet d’éviter la confusion qui résulte des transferts d’une salle à l’autre, alors que le patient doit s’adapter, chaque fois, à une nouvelle équipe clinique. Cette formule est aussi avantageuse pour la famille du patient, et pour les agences sociales puisque leurs contacts se font avec une seule équipe clinique durant la durée de l’hospitalisation.

13 – Qu’en vue de créer un milieu thérapeutique, chaque hôpital aménage les quartiers des malades de façon à réduire au minimum leur caractère impersonnel et institutionnel. Les dortoirs devraient être divisés en chambres contenant au plus 6 ou 8 malades ; la plupart des patients devraient prendre leurs repas dans une cafétéria à l’ambiance agréable et là où elles sont nécessaires, les salles à manger des départements devraient revêtir le plus possible une atmosphère d’intimité et de détente.

La plupart des cellules d’isolement devraient être aménagées en chambres.

14 – Que dans chaque «département» les malades soient incités à assumer plus de responsabilités dans l’organisation de leur vie quotidienne : travail, loisirs, etc... et cela

en formant des «Conseils de patients» qui dans certaines sphères bien précises seraient les intermédiaires entre les patients et le personnel hospitalier.

15 – Que soit atténuée le plus possible la ségrégation selon le sexe et que les malades des deux sexes puissent se côtoyer, dans les limites permises par la société «normale», au cours d'activités diverses telle que : repas, loisirs, travail, etc...

Dans les hôpitaux pour enfants, la ségrégation dans les quartiers d'habitation n'est pas indiquée avant un certain âge, qui se situe autour de la puberté.

16 – Que le courrier des malades soit respecté, et que seul le médecin traitant puisse, dans les cas exceptionnels y avoir accès.

17 – Que chaque hôpital mette sur pied, un Service Social, des Services de Psychologie, de Nursing Psychiatrique, d'Occupation Thérapeutique, de Loisirs, une Clinique externe et au besoin, un Centre de jour et un Centre de nuit. Ces centres permettent le traitement d'un grand nombre de malades, sans recourir à l'hospitalisation complète.

18 – Que les hôpitaux pourvoient beaucoup plus d'espace pour l'occupation thérapeutique, l'apprentissage de métiers simples et la récréation ; ces services n'ont de sens que s'ils sont assurés par du personnel qualifié et en nombre suffisant.

19 – Que chaque hôpital réserve toujours un certain nombre de lits pour répondre aux demandes d'admission de ces cas urgents.

20 – Que chaque hôpital relève ses standards scientifiques de façon à ce qu'il puisse être accrédité par les divers organismes professionnels.

V – HÔPITAUX GÉNÉRAUX

21 – 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.

Plutôt que de construire des hôpitaux psychiatriques isolés à travers la Province, il est préférable de noter d'abord les principaux hôpitaux généraux d'un Service de Psychiatrie qui, au besoin, pourrait être abrité dans un pavillon voisin de l'hôpital. Les facilités médico-chirurgicales de l'hôpital général peuvent alors être utilisées, le personnel médical de toutes les spécialités devient facilement accessible. Les psychiatres bénéficient de l'atmosphère stimulante d'un hôpital général : le malade psychiatrique peut demeurer dans un milieu relativement familial, il est dirigé vers un «hôpital» et non vers la «maison des fous», et sa famille peut le visiter plus assidûment.

VI – SERVICES COMMUNAUTAIRES :

22 – Que les hôpitaux psychiatriques, autant durant la phase de traitement qu'à la période de réhabilitation, utilisent au maximum les services para-psychiatriques de la collectivité, tels que : agences sociales, unités sanitaires, hôpitaux généraux, médecins-praticiens, écoles, associations d'employeurs et d'employés, associations bénévoles (e.g. Association Canadienne pour l'hygiène mentale) etc... Par exemple, les Unités Sanitaires de comtés 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 post-cure. La Commission des Services Psychiatriques pourra au besoin, favoriser cette coordination accrue entre les hôpitaux et les services «communautaires».

23 – Que des Centres de Traitement pour le jour et pour la nuit soient établis dans les hôpitaux psychiatriques et dans les hôpitaux généraux ayant un service de psychiatrie : à part les avantages psychologiques de cette formule, il faut noter que sur le plan économique, elle réduit de beaucoup le coût de la journée en hôpital.

24 – Que chaque Service Psychiatrique, par l'intermédiaire de son Service Social, organise un Service de Placement en Foyers nourriciers pour les malades sans famille ou pour qui il est préférable de ne pas habiter, durant un certain temps, dans leur propre foyer. Le coût de la pension payé par le Gouvernement à ces foyers serait bien inférieur au coût de l'hospitalisation prolongée inutilement.

25 – Que la Commission des Services Psychiatriques, encourage la création de Foyers de Réhabilitation (Half-way Houses) où des malades, en convalescence psychiatrique, peuvent en petits groupes mener une vie «semi-dépendante» mais devenir aptes après un certain nombre de semaines, à se suffire à eux-mêmes hors de ces Foyers. Ces Foyers existent en Colombie-Britannique, dans l'Île du Prince-Édouard, et tout près de nous au Verdun Protestant Hospital.

26 – Que la dite Commission s'emploie à organiser des ateliers «protégés» (sheltered workshops) où dans une atmosphère caractérisée par la compréhension plutôt que la compétition, des ex-malades d'hôpitaux psychiatriques tels que : arriérés mentaux, vieillards, schizophrènes chroniques, épileptiques, pourront accomplir un travail productif, rémunérateur et approprié à leurs aptitudes et leur statut mental. Ces ateliers ainsi que les Foyers de Réhabilitation et les Foyers Nourriciers permettraient de libérer des centaines d'individus qui ne sont pas assez malades pour passer leur vie dans un hôpital psychiatrique, mais qui sont quand même inaptes à vivre indépendants dans la société.

L'Angleterre, considérée à bon droit, comme pionnière dans le domaine de la réhabilitation du malade mental possède 90 ateliers de ce genre (Remploy factories) employant chacun environ 100 malades.

27 – Que le Bureau Provincial de Placement réorganise son service spécial pour ex-malades psychiatriques qui a été abandonné il y a quelque temps, et que de concert avec le Bureau Fédéral, il consacre une attention tout à fait particulière à la réhabilitation (sur le plan emploi) du malade mental, comme il le fait si bien pour le handicapé physique. Depuis près de 20 ans (1944) l'Angleterre, par son «Disabled Persons Act», oblige les industries à recruter au moins 3% de leurs employés parmi les handicapés physiques et mentaux. Ainsi durant une année (1950), 214,300 malades psychiatriques ont pu être embauchés.

VII – NOUVEAUX HÔPITAUX ET SERVICES :

Les concepts de décentralisation et de distribution régionale doivent être à la base de tout programme de construction de nouveaux hôpitaux.

Tout aussi important est le principe selon lequel tout nouveau service doit être intégré à l'hôpital général régional et ne doit être projeté que si l'on estime d'abord qu'un personnel psychiatrique qualifié sera disponible.

En conformité avec les normes émises par l'Organisation Mondiale de la Santé, tout nouvel hôpital psychiatrique ne devra pas dépasser 500 lits.

28 – Que des Centres d'Urgences et de Diagnostic soient établis à Montréal (3) et à Québec (1) ; ils peuvent être une section d'un hôpital psychiatrique ou d'un service psychiatrique d'un hôpital général. Ils doivent pouvoir recevoir des malades à toute heure du jour et de la nuit – travailler en collaboration étroite avec la Police – et envoyer, au besoin, leurs «équipes volantes» (psychiatre et travailleur social) dans les foyers aux prises avec un cas d'urgence. Au besoin, ces centres pourront diriger ces cas urgents vers une institution appropriée après une étude approfondie de ces malades.

Ainsi l'on mettrait fin à ce scandale social qui permet que des malades mentaux, aucunement coupables devant la loi, soient condamnés à demeurer durant des jours et même des semaines dans des cellules de prisons ou des postes de police pour la seule raison qu'il n'existe pas de lits psychiatriques réservés pour les «urgences».

29 – Que des établissements soient créés pour personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques irréversibles et qui nécessitent peu de soins médicaux. Ces établissements devraient être construits selon le système de «pavillons» à un ou deux étages, admettre des malades des deux sexes, et de reproduire, le plus possible, l'atmosphère d'un foyer normal. Chaque pavillon contiendrait environ 20 malades ;

l'établissement compterait, au maximum 200 patients et serait pourvu d'ateliers et de locaux pour activités récréatives.

30 – Que des centres semblables soient organisés pour les nombreux épileptiques, et autres cas neurologiques sans psychose, qui encombrant inutilement les hôpitaux psychiatriques : la plupart pourraient éventuellement être réintégrés à la société, et ces centres serviraient alors aux malades gériatriques qui par leur nombre grandissant constituent déjà le problème majeur dans le soin des patients «chroniques».

31 – Que les arriérés mentaux adultes et adolescents, incapables de vivre en société, mais ne demandant pas de soins médicaux continuels, soient aussi logés dans de tels établissements pourvus de centre d'apprentissage et d'ateliers semi-industriels.

32 – Que deux (2) hôpitaux spéciaux (Montréal : 300 lits , Québec : 200 lits) soient construits pour patients anti-sociaux (psychopathes). Et que chaque hôpital psychiatrique aménage une section (20 à 40 lits) dite à sécurité maxima pour le traitement de ce type de malades.

33 – Que deux petits hôpitaux spéciaux (un à Montréal et un à Québec) soient créés pour patients alcooliques et narcomanes. Ces hôpitaux pourraient aussi devenir des centres de recherches en alcoolisme. Que chaque hôpital psychiatrique dispose des facilités requises pour le traitement approprié d'un nombre limité de ces malades. Que la future Commission collabore étroitement avec des organismes spécialisées tels que «Le Service Médical de l'Alcoolisme» du Ministère de la Santé et «Le Comité d'Étude et d'Information sur l'Alcoolisme» du Ministère du Bien-Être Social.

34 – Que soient immédiatement construits quatre (4) hôpitaux psychiatriques régionaux. Chacun serait rattaché à l'Hôpital général de l'endroit. La Commission suggère les endroits suivants, en ordre de priorité : Sherbrooke, Abitibi, Rimouski, Hull.

D'ici quinze ans la Province devrait mettre sur pied un réseau de dix hôpitaux psychiatriques régionaux, géographiquement répartis à travers la Province.

35 – Que soient érigés immédiatement deux (2) hôpitaux psychiatriques pour adolescents et enfants : Un pour Montréal et un pour Québec, chacun pouvant recevoir 200 patients et étroitement affilié aux Universités afin de promouvoir l'enseignement et la recherche.

36 – Que le Ministère de la Santé assume ses responsabilités à l'égard des enfants débiles et arriérés mentaux en construisant deux (2) hôpitaux-écoles (Montréal et Québec) d'environ 300 lits chacun, qui seraient étroitement associés aux Universités dans le but particulier de promouvoir la formation de cadres professionnels si rares dans ce domaine et de stimuler la recherche si nécessaire dans ce problème complexe qu'est l'arriération mentale.

37 – Que d’ici dix ans des cliniques externes de psychiatrie infantile au nombre de 20 soient organisées à travers la Province ; le rôle primordial de telles cliniques dans la prévention des désordres mentaux chez l’adulte n’est plus discutable et à cause de notre retard considérable en psychiatrie de l’enfance, les recommandations 35 – 36 – 37, devraient obtenir priorité dans le programme qu’adoptera le Ministère de la Santé.

N. B. Le directeur du Département de Psychiatrie de l’Université McGill a soumis à la Commission un Mémoire (appendice No. 1) qui décrit les services requis pour la population de langue anglaise.

La Commission endosse les recommandations de ce Mémoire : cependant les estimés des dépenses nécessaires à leur réalisation demandent une étude plus approfondie que pourra faire la Commission proposée.