

«Est-ce possible d'offrir des services innovateurs en psychiatrie? Le cas Jean-Talon»

" Is it possible to offer innovative services in psychiatry ? The case Jean-Talon "

Lucie Edisbury, Carol Lebel and Robert Letendre

Volume 6, Number 2, November 1981

Où va la psychiatrie ?

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/030107ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/030107ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Edisbury, L., Lebel, C. & Letendre, R. (1981). «Est-ce possible d'offrir des services innovateurs en psychiatrie? Le cas Jean-Talon». *Santé mentale au Québec*, 6(2), 99–106. <https://doi.org/10.7202/030107ar>

Article abstract

The authors describe their experience at the Jean-Talon Hospital. In 1975 a department of psychiatry was created according to a new model. After describing the vicissitudes of the project, the achievements and failures, the authors analyse the reasons for the failure. There are several reasons : the medical and administrative powers who refuse change, and the members of the team who do not feel prepared to assume the power.

"EST-CE POSSIBLE D'OFFRIR DES SERVICES INNOVATEURS EN PSYCHIATRIE? LE CAS JEAN-TALON"

*Lucie Edisbury, Carol Lebel, Robert Letendre**

"Nous espérons vaguement,
nous redoutons précisément"
(Paul Valéry)

Quelque dix ans après la sectorisation et l'apparition du communautaire en psychiatrie, une rétrospective critique s'impose. Jean-Talon, symbole mythique à résonnances diverses au cœur du réseau psychiatrique, veut prendre sa place dans cet important débat. Mais en fait, ce n'est plus Jean-Talon : ce sont trois travailleurs psychologiques qui veulent témoigner de leur expérience à Jean-Talon, en espérant que ce témoignage servira à d'autres intervenants dans leurs efforts pour critiquer et renouveler leur pratique.

Ce sera donc un regard sur le passé, une sorte de requiem qui sonne le glas de nos rêves, battus en brèche entre autres par le pouvoir médical et administratif. Nous nous situons évidemment à l'intérieur du système psychiatrique, même si nous doutons que la réponse psychiatrique soit la réponse la plus adéquate à la folie.

Il ne nous reste plus qu'à prendre le seul pouvoir qu'il nous reste, soit celui de la parole, pour faire part de nos questions et de nos réflexions. C'est une parole répétitive mais nécessaire qui veut rendre compte de notre désir de changer l'écoute et la réponse à la souffrance : en somme, ce changement est-il possible? Si oui, à quelles conditions?

HISTORIQUE

Au printemps 1975, quatre médecins se préparent à terminer leurs études en psychiatrie. De leur désir d'instaurer une pratique différente naît un

projet de psychiatrie communautaire. Des pourparlers s'amorcent, et une conjoncture exceptionnelle (le secteur Jean-Talon est inadéquatement desservi par cet hôpital et le pavillon Albert-Prévost qui assure ce service y est favorable) fait en sorte que ces jeunes psychiatres ont carte blanche pour mettre sur pied la clinique externe de psychiatrie communautaire Jean-Talon. Des ententes de service pour hospitaliser les patients et assurer les cas d'urgence psychiatrique sont conclues avec le pavillon Albert-Prévost et l'hôpital Ste-Justine. Nous ne pouvions offrir immédiatement ces services. Sera ainsi desservie par la clinique externe une population de 100 000 habitants adultes et de 70 000 enfants (ces statistiques sont cependant approximatives).

a) Ouverture de la clinique externe

En juillet 1975, la clinique ouvre ses portes dans des locaux tout à fait inadéquats. Ces quatre médecins vont chercher, pour constituer leur équipe, des cliniciens ayant pour la plupart peu d'expérience clinique : ces jeunes travailleurs, pensent les psychiatres, seraient moins enclins à recourir à la réponse psychiatrique traditionnelle. Dès l'élaboration du projet, l'équipe médicale requiert les services d'un sociologue pour l'aider à mieux connaître la communauté qu'elle dessert et à structurer différemment la clinique externe de psychiatrie.

Les médecins désirent également définir avec les autres cliniciens les règles de fonctionnement du groupe en vue d'établir son identité. Cependant, pour que soit constitué légalement un département de psychiatrie, il faut un directeur. Le ministère des Affaires sociales en désigne un qui, dans un premier temps, dit entériner complètement le projet élaboré par ses jeunes collègues.

* Les auteurs travaillent à la clinique externe de psychiatrie de l'hôpital Jean-Talon.

Ce projet de services psychiatriques se distingue des autres départements de psychiatrie par certains principes cliniques et administratifs. Tout d'abord *le principe de psychiatrie globale*. Chaque équipe multidisciplinaire assurera des services à la population adulte et infantile : il n'y a pas de division classique entre le département de psychiatrie infantile et celui de la psychiatrie adulte.

Les trois équipes cliniques ainsi constituées desservent tout le secteur sans qu'une portion spécifique du territoire soit attribuée à chacune. Les équipes se définissent par leur approche clinique (approche analytique, familiale, thérapie à court terme) offrant ainsi à toute la population l'éventail le plus large possible de services cliniques.

Le principe de la continuité des soins est la pierre angulaire de toute intervention. Les cliniciens interviennent auprès du patient au département interne, à la clinique externe et dans sa communauté : à cet effet, on favorise beaucoup les entretiens à domicile et la clinique est ouverte le soir.

Le projet a comme base administrative des principes démocratiques c'est-à-dire que *chaque travailleur participe aux prises de décisions*, chacun ayant droit de vote aux réunions départementales. Nous voulions ainsi abolir la hiérarchie traditionnelle des rapports et la subordination au pouvoir médical. *Chaque individu est considéré comme un clinicien à part entière*. Cette recherche de l'égalité des rapports individuels s'associe à la recherche d'un consensus de tout le groupe des travailleurs. L'appartenance professionnelle et syndicale est pratiquement ignorée pour éviter les jeux de pouvoir corporatistes et des rapports fragmentés. C'est ainsi que dans un premier temps, les professionnels mis à part les infirmières ne se syndiqueront pas.

Cette tentative d'instituer des rapports égaux entre nous à l'intérieur du groupe vise à améliorer les services cliniques. Si chacun est pleinement responsable de son travail et n'est pas aliéné dans une structure administrative, il n'en sera que plus créateur et offrira des services de meilleure qualité.

b) Première crise

En janvier 1976, suite à une première menace de démission des psychiatres afin d'obtenir de

l'équipement et des locaux adéquats, le M.A.S. accélère les procédures et fournit les budgets nécessaires à l'aménagement des nouveaux locaux. Le groupe se renforce progressivement et peu à peu prend ses distances vis-à-vis son directeur. Puis, coup d'éclat de l'hôpital : le directeur général renvoie sans raison le sociologue, le groupe réagit alors fortement : deuxième menace de démission des médecins s'il n'est pas réengagé. Le sociologue est immédiatement réembauché.

À partir de cette situation, les travailleurs prennent conscience de la précarité de leur emploi et de leur dépendance du pouvoir médical : ils décident alors de se syndiquer. Pareil mouvement d'une partie des travailleurs n'empêche pas cependant la poursuite des réunions départementales où se regroupent tous les travailleurs. Rappelons que ces réunions dans les autres départements de psychiatrie sont réservées exclusivement aux psychiatres.

c) Deuxième crise

Puis, au cours de l'automne 1976, l'écart entre le groupe des travailleurs et le directeur s'accroît : la méfiance est très forte et il devient clair qu'il y a incompatibilité entre la philosophie de soins du groupe et la philosophie de soins d'emblée médicale du directeur, sa conception gestionnelle qui repose sur la hiérarchie des rapports avec les pouvoirs dévolus au corps médical et celle du groupe qui vise à éliminer cette hiérarchie. Mais ce chef jouit de l'appui de l'administration. Lorsqu'il est question, au cours de l'hiver, de desservir un secteur plus vaste, le groupe juge insatisfaisant le déroulement des négociations entreprises par le directeur et l'administration avec le M.A.S. Le groupe force alors l'administration à choisir entre le projet du groupe et celui du directeur. Pour la troisième fois, les médecins utilisent la menace de démission. Finalement le directeur démissionnera au printemps 1977.

d) La structure administrative se précise

Le groupe précise alors sa propre structure administrative, qu'il veut à l'image de sa philosophie de soins précisée au cours des derniers mois. La continuité de soins doit s'associer à des rapports thérapeutiques le moins aliénant possible

et ce, en démystifiant le pouvoir médical et professionnel. Le patient a des ressources et il faut l'aider à les découvrir tout en tenant compte du milieu socio-économique dans lequel il évolue. Quant au travailleur, il fait partie d'un groupe vis-à-vis lequel il a des devoirs et responsabilités. Le "grand groupe", soit celui qui réunit tous les travailleurs de la clinique, demeure donc l'instance décisionnelle pour définir les orientations cliniques et administratives. En outre, des représentants élus des équipes et des professions siègent au comité de régie, ce double mécanisme de représentation vise à contrer la surreprésentation et le monopole d'une profession. Ce comité aura pour tâche de concrétiser administrativement les décisions prises en grand groupe : ses décisions seront exécutives. Le comité assume en grande partie le travail attribué "normalement" au directeur du département. La clinique n'a pas de directeur mais elle élit un médecin pour la représenter auprès de l'administration.

e) Création d'une urgence et d'un département interne

Toujours au printemps 1977, les équipes sont réaménagées, les travailleurs se regroupent selon leurs affinités personnelles et leur approche clinique et le principe de cooptation. Nous avons ainsi trois équipes qui offriront des services à la population adulte et infantile. Avec l'ouverture de la deuxième partie du secteur, anciennement desservie par l'hôpital Louis-Hippolyte-Lafontaine, le bassin de population double. L'hôpital Jean-Talon doit maintenant assumer sa propre urgence psychiatrique et ouvrir un département interne de psychiatrie. L'institut Albert-Prévost et l'hôpital L.-H.-Lafontaine cessent d'offrir les services à cette clientèle.

Conscient que l'urgence est un point névralgique et la plaque tournante où se décide souvent pour un individu sa "vocation future" en psychiatrie, le groupe met sur pied une équipe d'intervenants pour les situations de crise. L'objectif poursuivi est de démedicaliser et de dépsychiatriser autant que possible ces situations et inventer des réponses plus humaines qui dépassent la prescription médicale. Ces réponses doivent tenir compte des facteurs familiaux, sociaux, économiques et politiques qui tissent cette crise.

De plus, très consciente des méfaits de l'hospitalisation, la clinique propose à l'administration et au M.A.S. une prise en charge progressive du deuxième secteur et recommande une certaine prudence dans l'ouverture du département interne. Car il est évident qu'il est plus facile de recourir à cette réponse traditionnelle qu'est l'hospitalisation quand de nombreux lits sont à notre disposition. En septembre, le département interne a 15 lits à sa disposition, trente autres sont prévus. Des effectifs cliniques sont engagés : les travailleurs de la clinique externe constituent des comités de sélection qui procéderont eux-mêmes aux embauches. En plus de l'équipe accueil-urgence, trois équipes multidisciplinaires sont reconstituées. Pendant ce temps, l'administration embauche le personnel au département interne sauf l'infirmière-chef, recommandée par notre représentant médical. En janvier 1978, malgré le désaccord du personnel de la clinique externe, l'administration ouvre 15 autres lits.

Pendant ce temps, l'urgence est desservie adéquatement mais dans des locaux inappropriés. En effet, nous sommes souvent confinés à voir les patients dans la salle des plâtres, sur leur civière dans les couloirs, ou sur leur lit à l'observation médicale. Le seul local à notre disposition est un local vitré et très exigu. L'administration ne procède pas aux changements maintes fois recommandés par les travailleurs de la clinique externe et par le personnel infirmier de l'urgence, qui n'a d'ailleurs jamais été préparé à travailler avec des patients psychiatriques.

f) Le mode de gestion se précise

Vers mars 1978, les travailleurs de la clinique modifient et clarifient leur mode de gestion. Le grand groupe continue dans ses fonctions et le comité de régie devient plus représentatif des travailleurs œuvrant au département interne. Deux représentants, un médecin et un professionnel, sont élus et siègent sur le comité de régie ; ils deviendront pendant 2 ans des interlocuteurs privilégiés et acceptés de l'administration, sans pour autant faire fonction de directeur.

En septembre 1978, cinq journées d'étude s'imposent. Il y a maintenant trois ans que la clinique externe est ouverte et un an que le départ-

tement interne fonctionne avec 30 lits. Les différences cliniques et idéologiques apparaissent beaucoup plus clairement tant entre les équipes de l'externe qu'entre le département interne et la clinique.

Suite à ces journées, l'équipe accueil-urgence est dissoute, étouffée dans sa fonction d'urgence au détriment de sa fonction d'accueil. La clinique se sent impuissante à poursuivre ce projet original, envahie par le nombre grandissant des "prises en charge" à plus long terme. En effet, la deuxième partie du secteur à laquelle la clinique offre des services depuis un an ne bénéficie pas de ressources communautaires suffisantes, et la clinique reçoit un nombre effarant de patients réputés chroniques. Limitées, fatiguées, les équipes craignent une confrontation clinique et l'urgence demeure le point épineux de nos discussions. Les équipes sont de nouveau réaménagées toujours selon la cooptation et pour la première fois, apparaît une équipe distincte de secrétaires. De plus, les services à la population infantile sont offerts principalement par une équipe dans laquelle se retrouvent les cliniciens davantage spécialisés en thérapie pour enfants.

Vu les nombreuses demandes en psychiatrie adulte, celles-ci accaparent de plus en plus le travail des cliniciens, qui ont de moins en moins de temps pour répondre aux demandes en psychiatrie infantile. L'ouverture de l'urgence psychiatrique et du département interne demande beaucoup de travail aux cliniciens en externe, et la psychiatrie infantile commence déjà à être laissée pour compte. Mais en même temps, les intervenants de la clinique externe tentent de réaffirmer et de redéfinir les grands principes de la clinique : psychiatrie globale et communautaire, gestion participative avec accès pour chaque travailleur aux "postes de commande", intégration du département interne et de la clinique externe à travers la structure d'équipe, où le personnel de l'externe et de l'interne sont intégrés pour être responsables ensemble des interventions cliniques, et intégration aussi de l'interne-externe à travers le comité de régie où le personnel de l'interne est représenté, enfin indissociabilité du clinique et de l'administratif.

g) Scission du département interne et de la clinique externe

Au cours des mois qui suivent, le consensus de la clinique se voit à nouveau compromis. Il est tout

d'abord impossible de s'entendre sur l'utilisation des argents (100 000 \$) provenant du transfert de budget des 15 lits devant servir aux projets alternatifs.

En mars 1978, les représentants de la clinique externe avaient en effet demandé à l'administration d'utiliser le budget des quinze lits prévus mais non ouverts à cette époque pour créer des projets alternatifs : ce à quoi l'hôpital ne s'était pas ouvertement opposée. La clinique externe n'a pas alors d'autres choix que d'opter pour une distribution égalitaire des argents aux trois équipes cliniques de l'externe. Les différences continuent toujours de s'accroître sans qu'une véritable confrontation créatrice n'ait lieu.

Le travail en département interne, effectué par plusieurs travailleurs externes ayant des approches cliniques différentes, devient morcelant pour le personnel infirmier qui reçoit des opinions et "directives" cliniques fort diversifiées et parfois contradictoires. On assiste alors, au printemps 1979, à une scission administrative entre le département interne et la clinique externe : l'interne se retire du comité de régie. Il faut dire que l'administration a fortement contribué à diviser le département en deux unités (interne-externe), menacée qu'elle était par le pouvoir que pouvait représenter ce groupe de travailleurs. Elle commença d'abord par interdire aux travailleurs de l'interne d'aller à l'externe, pour éviter qu'ils participent au comité de régie. Puis, le comité de régie se déplaçant à l'interne, l'administration via sa structure du nursing empêche les travailleurs d'assister au comité de régie.

h) Négociations pour un projet alternatif

Malgré ces tensions et ces difficultés, les équipes repensent leurs projets alternatifs. Une équipe en particulier réussit à définir très clairement et concrètement un projet. Elle s'associe alors à une personne-ressource bénévole qui articulera le projet en regard des priorités du M.A.S. et du C.S.S. Ces deux instances soutiennent le projet de "foyer de groupe pour jeunes adultes" auprès de l'administration. Cette équipe répond ainsi aux exigences formulées par son employeur et convainc que son travail portera fruit, elle attend l'autorisation d'agir. Désillusion ! L'administration craint que le

projet ne soit pas suffisamment encadré médicalement, car certains psychiatres songent à quitter et, le mot est lâché : sans directeur, pas de projet ! La clinique dénonce publiquement cette situation, mais rien ne bouge. Toutes les lettres restent sans réponse. Après réflexion et analyse, la clinique réitère sa préférence pour son modèle gestionnel sans directeur et signifie clairement son désaccord pour l'ouverture des 15 derniers lits. Elle imagine facilement qu'après le chantage, le refus prendra une autre forme.

i) L'éclatement

Puis l'année 1980 approche : deux psychiatres ont quitté et d'autres songent sérieusement à partir. Les représentants et le comité de régie, devant cette situation de crise appréhendée et pour éviter les mesures de guerre, proposent à l'administration un plan de réaménagement des effectifs, réaménagement accepté par toute la clinique mais que l'administration n'appliquera pas. À l'intérieur de la clinique, les tensions s'exacerbent, les analyses se durcissent et l'émotivité s'accroît. Le mandat des deux représentants s'achève et un seul professionnel s'offre à prendre la relève.

Le principe de la psychiatrie globale est fortement menacé : la psychiatrie infantile songe à se séparer clairement de la psychiatrie adulte et à se constituer en une équipe autonome. Elle a besoin d'un espace privilégié pour survivre et poursuivre son travail thérapeutique. Le modèle de gestion est en péril.

Devant la précarité de la situation, nous décidons de mettre entre parenthèses notre modèle gestionnel, aucun médecin ne voulant être représentant et peu de gens voulant siéger au comité de régie. Pour élaborer des solutions à cette crise, trois personnes sont élues par le groupe. Mais un mois plus tard, la clinique se scinde en deux groupes qui s'opposent quant aux stratégies proposées. La majorité des psychiatres est partie, chacun ayant trouvé des postes plus confortables. L'été arrive, c'est la démobilisation.

j) La tutelle

L'administration demande conseil et de l'aide à plusieurs institutions : C.R.S.S.S., Cité de la Santé, Albert-Prévost, L.-H.-Lafontaine pour obtenir finalement la contribution des psychiatres de Prévost.

De cette "tutelle" découlent certaines directives administratives qui viennent contrecarrer le travail des cliniciens. C'est ainsi que la sous-sectorisation est installée avec interdiction pour l'équipe qui dessert deux sous-secteurs de voir de nouveaux patients : pas de psychiatre, pas de service ! La liste d'attente est soit fermée, soit tenue secrète ou réservée aux secrétaires et aux psychiatres nouvellement arrivés. Pourtant, ces cliniciens ont la responsabilité professionnelle de quelque deux cent cinquante citoyens qu'ils voient régulièrement. Pour pallier à cette situation, l'administration emploie un certain nombre de psychiatres (payés selon le mode de vacation ; une vacation équivaut à 3 heures de travail) qui travailleront seuls, sans tenir compte du travail d'équipe. Il y en a même un qui travaillera le dimanche ! L'administration et les psychiatres "visiteurs" essaient, à travers un texte écrit à Prévost, d'officialiser et de renforcer le modèle médical. Le psychiatre est chef d'équipe. Il est détenteur du savoir donc du pouvoir et les autres travailleurs ne sont que des subordonnés.

Le court extrait d'un texte non signé le prouve de façon éloquent : "Le chef de secteur (nouvelle appellation du chef d'équipe) est responsable du diagnostic et du traitement de chaque malade : dans ce sens, après consultation avec les professionnels de l'équipe, il détermine les activités thérapeutiques des autres membres de l'équipe, il élabore un plan de traitement, en assure la révision périodique et décide de la fin du traitement." Il va sans dire que la correspondance entre l'administration et un certain nombre de cliniciens qui dénoncent cette situation, circule à sens unique. L'insécurité s'installe de plus en plus : la clinique fermera-t-elle ? Cette épée de Damoclès bien suspendue mobilise toute l'activité et les dernières énergies des travailleurs. Certains cliniciens découragés quittent la clinique. Ils ne sont d'ailleurs pas remplacés.

Et la population, pendant plus d'un an, n'obtient pas les services auxquels elle a droit. Au pire, elle reçoit les soins d'un psychiatre, travaillant seul, qui ne tient nullement compte de l'avis du personnel infirmier à l'interne. Quant aux services dispensés à l'urgence, les délais sont interminables et les consultations expédiées le plus rapidement possible. On ne peut donc plus parler d'une clinique de psychiatrie communautaire : le mot communautaire devient non seulement une illusion mais une supercherie.

Au printemps 1981, après la tutelle de Prévost qui n'apportera aucune aide concrète, une entente de service est conclue avec l'hôpital Royal Victoria : quelques psychiatres vacataires y viennent et permettent à l'équipe qui ne pouvait rencontrer de nouveaux clients de réouvrir sa liste d'attente et de procéder à de nouvelles évaluations.

À l'été 1981, les soins prodigués par les psychiatres sont quelque peu augmentés, renforcés, la clinique survivra. Et elle aura son directeur. Ainsi soit-il !

BILAN

Qu'est-ce que cette expérience nous a apporté ? Qu'est-il arrivé de nos rêves, de nos espoirs, de notre pratique ? Comment ont-ils été brisés par les pouvoirs qui nous ont échappé ? Regardons d'abord ce qui a été possible d'instaurer au sein même du groupe des travailleurs.

a) Les réalisations

En essayant d'abolir les rapports hiérarchiques et en inscrivant, dans une structure administrative, l'égalité entre les travailleurs par l'accessibilité à l'information, aux discussions et aux postes stratégiques, nous visions la responsabilité et l'autonomie de chacun. Chaque personne était et se sentait impliquée par les décisions cliniques et administratives. En participant à l'élaboration d'un projet collectif, avec toutes les implications concrètes qui en découlent, chaque travailleur était devenu très attaché à la clinique et prêt à la défendre. Avec des effectifs réduits (nous étions au seizième rang parmi dix-sept établissements dans la région de Montréal), les travailleurs remplissaient en plus de leur travail clinique, toutes les tâches et fonctions administratives. La plupart avait le désir et l'énergie de mener à bien ce projet et ne quantifiait pas leur implication.

Cette participation à la gestion a favorisé notre apprentissage dans le domaine administratif. Nous devions créer nos propres règles et cela s'illustrait de différentes façons. C'est ainsi qu'un chef d'équipe n'était pas nécessairement un médecin, qu'un clinicien pouvait occasionnellement remplacer une réceptionniste en travaillant à l'interne dans de multiples tâches, et que les secrétaires participaient aux discussions cliniques.

Tous les travailleurs sans exception, avaient un droit de vote : les jeux d'influence étaient permis. Cette connaissance administrative s'étendait peu à peu à la connaissance du réseau psychiatrique, de ses lieux de pouvoirs, de ses règles, de ses personnes clés, pour permettre à chacun de mieux comprendre les enjeux des décisions prises dans le réseau psychiatrique.

Cette nouvelle gestion allait de pair avec une création clinique au travers de la reconnaissance de l'autonomie et de la compétence de chacun : nous voulions nous développer le plus possible et rendre thérapeutiques tous nos services. L'intervention à domicile, le travail à l'urgence et à l'interne, concrétisaient notre désir d'une continuité dans notre relation avec le patient. Conscients des dangers d'une intervention purement psychiatrique, nous n'y recourions qu'après une longue réflexion et souvent, faute d'autres ressources. Nous avions ainsi un très bas taux d'hospitalisation, une urgence beaucoup plus humaine et un meilleur accueil. Pendant ces quelques années, plusieurs projets intéressants ont été pensés et articulés. Quelques-uns virent le jour, tel Solidarité-Psychiatrie Inc.

Au cours de ces années, les professionnels ont effectué leur travail dans un climat d'autonomie, ce qui rendait plus faciles les échanges et la recherche de solutions moins aliénantes. Chacun, en s'impliquant aux plans administratif et clinique, pouvait ainsi prendre conscience des rapports nous liant directement ou indirectement à la folie et à la souffrance, rapports se situant sur un terrain public et hautement politique.

b) Les échecs

Cette conscientisation ne fut pas cependant suffisamment développée pour nous permettre de mener à bien une réflexion collective articulée sur ce qu'est la psychiatrie, la folie, l'institution, notre rôle social. Nous n'avons pu adopter de positions idéologiques et politiques communes qui, seules, auraient pu consolider notre projet clinique. De fait, la majorité des travailleurs n'ont pu se détacher complètement de leur position première par rapport au modèle médical¹. Le découloignement des rôles que nous avons instauré afin d'établir des rapports égaux, et non aliénants, ne fut pas sans piège. Nous croyons que pour plusieurs, il fut très difficile de se dé-

partir du rôle médical et de se construire une identité : le partage du pouvoir médical amena finalement une confusion dans laquelle l'aliénation prit place plus ou moins subtilement.

Il faut évidemment évoquer notre échec à faire reconnaître officiellement notre modèle de gestion et à l'inscrire dans une structure de pouvoir reconnue. Mentionnons aussi notre échec à faire admettre que la santé mentale n'est pas l'affaire des seuls médecins et qu'un service à la population ne peut dépendre uniquement du bon vouloir d'une quelconque catégorie professionnelle.

En fait, le travail des professionnels ne fut jamais reconnu officiellement : il fut accepté, encouragé lorsqu'il servait bien le pouvoir médical et administratif, mais lorsque les intérêts ne coïncidaient plus, les cliniciens se retrouvaient à la merci du pouvoir médico-administratif, d'où l'impossibilité de répondre adéquatement aux demandes de la population. Notre désir de bien servir le patient et de nous sensibiliser à son drame, n'a pu se concrétiser dans la mise sur pied de véritables alternatives communautaires, ni s'inscrire dans une nouvelle forme de gestion. Le citoyen n'a jamais eu son mot à dire dans la gestion de la clinique et dans la fixation de ses objectifs.

ANALYSE DE L'EXPÉRIENCE

L'analyse des succès et des échecs nous amène à nous interroger sur quelques mécanismes qui ont régi le groupe et sur les lacunes de l'organisation. Peut-être, pouvons-nous en tirer des leçons.

a) Le consensus

De fait, la base même de cette expérience reposait sur un consensus verbal fragile. Fragile, parce qu'il n'a jamais été inscrit dans une structure officielle et parce que le consensus idéologique et clinique a toujours été fort ambigu.

b) L'identité du groupe

De fait, le groupe s'est refermé sur lui-même, se renforçant au fur et à mesure qu'il devait se défendre contre les attaques venant de l'extérieur. L'identité du groupe s'est établie dans un mouvement d'opposition, certes essentiel mais qui n'a pas favorisé une ouverture aussi primordiale vers l'extérieur. En somme, le groupe n'a pas recherché

d'alliés et s'est vite retrouvé dans une position d'isolement face au grand réseau psychiatrique. Était-ce la peur de reconnaître les profondes dissensions qui existaient au sein de la clinique?

c) Les motivations des travailleurs

On peut aussi se demander quelles étaient les motivations des gens à venir travailler à Jean-Talon, car bien que nous contrôlions l'embauche, à la clinique externe, les critères de sélection sont toujours demeurés vagues et hautement discutables : très souvent l'affectivité orientait les choix. Il ne s'agit pas ici de nier la place de l'affectif dans un groupe mais il ne doit pas venir tout confondre, et s'il est le seul élément de cohésion, sans être associé à une position idéologique et politique bien identifiée, la vie d'un groupe de travail est voué à l'échec.

d) Le pouvoir

Le manque d'organisation, les ambiguïtés affectives et politiques ont beaucoup sapé le pouvoir que le groupe aurait pu se donner. En fait, le groupe n'a jamais exercé une pression morale suffisante pour faire surgir les conflits existants, inévitables dans une telle structure, afin de faciliter leur dénouement. Les positions affectives, cliniques et politiques se sont confondues aisément avec la complicité de chacun : la confusion masquait ainsi les enjeux véritables. Chacun pouvait avoir l'illusion du pouvoir et s'en bercer doucement. Nous ne pouvions donc pas amorcer une réflexion politique sur notre travail, réflexion qui aurait fait ressortir les véritables problèmes.

Dans ces conditions, comment pouvions-nous parler de solidarité entre les psychiatres et les autres travailleurs? En quoi le statut social des professionnels menaçait-il le communautaire? De quelle nature était notre résistance au changement? Comment avions-nous intériorisé les valeurs médicales? Pourquoi les citoyens et les patients étaient-ils exclus du processus de gestion de la clinique?

Le pseudo-partage du pouvoir médical a immobilisé le groupe dans un ghetto : de fait, plusieurs, malgré les apparences, s'en remettaient aux médecins, reconnus comme les vrais gestionnaires de la psychiatrie. Lorsqu'il devint évident que les psychiatres quitteraient un à un la clinique et

que les travailleurs se retrouveraient seuls face à la folie, face à eux-mêmes, une grande angoisse s'installa. Ce fut la panique. Quand vint le temps de s'organiser uniquement entre nous, les non-médecins, au moins la moitié des intervenants en clinique externe refusèrent avec force et accusèrent leurs représentants, qu'ils avaient élus avec un mandat bien clair, "de maltraiter les psychiatres et de vouloir les éliminer" : les gens élus furent contraints de démissionner. Cette folle angoisse déchira donc le groupe et l'acheva. L'administration et le C.R.S.S.S. de la région de Montréal disposaient alors d'un terrain propice pour y ramener l'ordre et le contrôle, et pour y asseoir un nouveau pouvoir. Cette fois-ci, il n'y aurait pas d'ambiguïté : le pouvoir serait identifié clairement et ne serait autre que médical.

CONCLUSION

Ce "renouveau médical" empruntant une "approche bio-psychosociale" (sic) n'est pas le propre de Jean-Talon. Un peu partout, au ministère, au C.R.S.S.S. et dans différents départements de psychiatrie, les visées et les directives sont très claires. La médecine doit reprendre le pouvoir que les équipes multidisciplinaires ont pu lui disputer : la folie est la spécialité des psychiatres. Qu'on pense au rapport Mackay, à la victoire puis à la défaite des professionnels à Amos, au conflit particulièrement aigu entre une psychologue et une résidente en psychiatrie à Prévost, pour ne citer que quelques exemples éminents. Il est urgent de dénoncer publiquement cette situation. D'ailleurs, quelques professionnels du SPASQ ont élaboré un dossier bien documenté sur la psychiatrie et le monopole médical (un condensé est publié dans le présent numéro sous le titre *La psychiatrie et le monopole médical : les professionnels en tutelle, la population en otage*).

De plus, les différentes corporations ont été saisies du problème de l'autonomie professionnelle et sont en mesure de réagir, mais les membres doivent être vigilants et actifs pour qu'un processus global de remise en question soit amorcé. Mais, au-delà d'une bataille pour faire respecter les compétences et l'autonomie des travailleurs, c'est toute la problématique de l'aliénation du patient qui est posée. Il a été dit à plusieurs

reprises que la médecine et les autres professions para-médicales font partie d'une organisation particulière de la société : dans ces domaines privilégiés, les gens se forment à l'image de cette société et ils font peut-être même partie des défenseurs les plus farouches de cette organisation sociale. Que penser de l'envahissement par les professionnels et les spécialistes de tout genre de ce vaste domaine qu'est la santé mentale? Chacun se dispute une part de la souffrance et de la misère humaine : chaque profession veut intervenir pour capitaliser sur le malheur des autres. Rien de nouveau sous le soleil, nous direz-vous? Certes, mais les connaissances de tous ces spécialistes jettent de plus en plus d'ombre sur l'être en souffrance et on finit par le perdre de vue. Il est objet morcelé et la proie des spécialistes.

Est-ce possible, à travers nos luttes de travailleur autonome, d'offrir en psychiatrie des services non aliénants, qui s'adressent à l'individu comme sujet? Est-ce possible dans les conditions actuelles d'écouter l'être qui souffre sans avoir à se buter constamment contre le moule orthodoxe de la maladie mentale dans lequel la psychiatrie veut l'enfermer? Est-ce possible de ne pas aliéner l'individu et de travailler à l'élaboration de ressources plus adéquates et ce, en collaboration avec les premiers concernés, soient les usagers des services? Enfin est-ce possible d'avoir une véritable relation d'aide en psychiatrie? Les questions en appellent d'autres et les réponses se font attendre.

NOTE

1. Les médecins et non-médecins remplissaient les mêmes tâches sauf prescrire des médicaments qui est légalement dévolu au médecin, et donner des injections légalement dévolu au médecin et à l'infirmière. Dans les faits, ce mode de fonctionnement eut la conséquence suivante : les non-médecins s'identifièrent à la position de pouvoir du psychiatre. Cette illusion les empêcha de trouver leur propre identité professionnelle, identité à partir de laquelle il y aurait eu échange entre eux dans les services.

SUMMARY

The authors describe their experience at the Jean Talon Hospital. In 1975 a department of psychiatry was created according to a new model. After describing the vicissitudes of the project, the achievements and failures, the authors analyse the reasons for the failure. There are several reasons : the medical and administrative powers who refuse change, and the members of the team who do not feel prepared to assume the power.