

À L'ORDRE DU JOUR:

Ghetto, tour d'ivoire ou société?

Tout comme d'autres secteurs de la vie sociale, le milieu de la santé a ses ghettos et ses tours d'ivoire. Ce sont là deux formes d'isolement : le premier est un isolement forcé, le second est choisi. Ces deux images nous sont venues à l'esprit à l'occasion de l'éclatement en public de deux crises, celle de quelques établissements dits « hôpitaux chroniques » et celle de l'organisation psychiatrique au Québec et notamment à Montréal.

Les malades chroniques semblent l'objet de préoccupations, surtout depuis qu'on reconnaît leur non-rentabilité à l'hôpital général. Le malade chronique représente la limite de la science médicale et face aux pressions des listes d'attente, du « per diem » et du brouhaha de l'hôpital général, on tâche de le confiner dans des établissements spéciaux où parfois on l'oublie. De même, historiquement et encore aujourd'hui, le malade psychiatrique était transféré (i.e. sorti) de l'hôpital général. Se rendit-on compte qu'agir ainsi, c'était justement transférer l'hôpital général en hôpital non pas « général » mais « à roulement rapide ». On a plus ou moins consciemment donné la priorité à la technologie au détriment des malades qui ne cadraient pas avec le développement médico-technique. Il ne s'agit pas de bouder ces progrès. Certes non, mais encore faut-il intégrer lucidement ces nouveautés et ne pas négliger ceux que ces nouveautés ne soulagent pas.

L'isolement de certains types de malades s'est réalisé, non pas toujours en toute conscience mais souvent par la peur et le rejet (asiles) ou encore par la mise au rancart (chroniques et « incurables »). L'isolationnisme, théorie politique américaine précisée dans « la doctrine Monroe », a aussi atteint des établissements. Cette tentation d'auto-suffisance s'est surtout retrouvée dans des grands centres d'enseignement ou des centres de recherches spécialisées. L'isolationnisme a atteint quelques spécialités médicales dont la psychiatrie et la pneumologie. Tous ces phénomènes sont des faits et ont même été des nécessités historiques.

Aujourd'hui, la tendance profonde est à la convergence, au rapprochement, à la coordination des services existants. À l'expérience, à la lumière des sciences humaines (psychologie, sociologie, économique) et à la suite de pressions sociales, on reconnaît que l'homme n'est pas un agglomérat de pièces détachées. On le reconnaît comme un ensemble et la société exige que les services de santé se restructurent pour satisfaire à l'ensemble de ses besoins de santé.

On sait déjà à quel point la solution de problèmes de soins souffre du manque de coordination entre les unités sanitaires et les hôpitaux, entre les hôpitaux généraux et les hôpitaux spécialisés, entre les cabinets privés et les hôpitaux, etc. Et que dire de l'isolement des services de santé municipaux, de l'hygiène scolaire et, de façon plus générale, du cloisonnement santé-bien-être ?

Intégrer les efforts ne signifie pas niveler au rouleau-compresseur. Intégrer les efforts ne signifie pas absorber ou fondre. Intégrer les efforts ne signifie pas



non plus rechercher l'anonymat et l'uniformisation. Mais intégrer les efforts implique nécessairement spécifier les rôles et définir les relations opérationnelles des services existants.

La spécialisation, la division fonctionnelle du travail existent et doivent exister, mais s'il faut préciser leurs particularités il n'en faut pas moins établir les relations entre toutes les parties de l'ensemble. Ce principe général d'organisation vaut non seulement pour les services à l'intérieur d'un établissement, mais aussi pour les établissements de soins entre eux et pour les spécialités médicales entre elles.

Aussi convient-il de définir, par exemple, la psychiatrie et la phtisiologie (par exemple) non pas en vase clos mais en rapport avec les autres disciplines médicales. Il en va de même pour les établissements, que ceux-ci soient « universitaires », « généraux », « chroniques », « psychiatriques » ou autres.

Les luttes de quelques disciplines ou de certains établissements pour se faire reconnaître ou « avoir pignon sur rue » sont un bien à la condition qu'on ne recherche pas ainsi l'isolationnisme et l'auto-suffisance. Autrement, on risque de maintenir ou d'entraîner la naissance de ghettos et de tours d'ivoire. Et la société est en droit d'attendre mieux de nous. Nous n'avons pas le droit de laisser pour compte les hôpitaux « chroniques ». Leur rôle doit être précis et des relations fonctionnelles avec les autres types d'établissements doivent être définies. Il en va de même de l'organisation psychiatrique par rapport à l'ensemble des services de santé. D'ailleurs, l'ensemble des services de santé a beaucoup à apprendre au contact des hôpitaux « chroniques » et de la psychiatrie. La technologie de l'hôpital général y gagnera beaucoup notamment au chapitre de l'humanisation des soins et à celui de l'approche communautaire.

De plus en plus, la division du travail risquera d'être poussée au point d'entraîner la division de l'homme malade. Pour minimiser ce risque et pour respecter son intégralité, mieux vaut diviser le territoire et doter chaque secteur de services coordonnés répondant aux besoins de la population à desservir. Bref, les critères *territoire* et *coordination* prévaudront de plus en plus dans l'organisation des soins. Ils succèdent déjà à celui de la *spécialité*. Face à cette évolution difficile mais désirable, le temps ne peut plus être celui des coteries, des chapelles ou des juntes. Le temps est à la cohésion, au rapprochement, à la complémentarité, à l'association et parfois même à la greffe.

Jean-Claude Deschênes, M.A.
Directeur.