

Leçons britanniques d'un transfert de ressources : le système de dotation par patient

Transferring lessons on transferring resources

Jennifer Beecham et Alain Lesage

Volume 22, numéro 2, automne 1997

Le rôle des hôpitaux psychiatriques

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032421ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032421ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Beecham, J. & Lesage, A. (1997). Leçons britanniques d'un transfert de ressources : le système de dotation par patient. *Santé mentale au Québec*, 22(2), 170-194. <https://doi.org/10.7202/032421ar>

Résumé de l'article

Les « dots » ou système de dotation par patient peuvent être définies comme des sommes globales ou des subventions récurrentes, que les autorités de la santé se donnent entre elles ou versent aux autorités locales ou aux organismes sans but lucratif, pour les soins prodigués dans la communauté, plutôt que dans un hôpital, aux personnes souffrant de troubles mentaux graves et persistants. Cet article décrit comment les dots et d'autres processus ont été élaborés en Angleterre afin d'encourager la fermeture d'hôpitaux psychiatriques. Le contexte de ce financement des soins (avant les réformes engendrées par le National Health Service et le Community Care Act de 1990) montre certaines similitudes avec les dispositions en cours au Québec. Les auteurs résument une évaluation au long cours du programme de redéploiement dans deux hôpitaux psychiatriques de Londres qui ont fermé, afin d'examiner le type de services utilisés dans la communauté par d'anciens patients de ces hôpitaux et comparer les coûts de l'hôpital à ceux des soins communautaires. Après avoir quitté l'hôpital, les patients doivent recourir à d'autres services sociaux et de santé ; tout développement des soins communautaires pour ces patients doit à tout le moins refléter ceux fournis en milieu hospitalier. On examine dans quelle mesure la dotation par patient peut être appliquée au Québec pour réduire davantage les séjours de longue durée dans les hôpitaux. À certains égards, les systèmes britanniques et québécois se ressemblent, mais il existe aussi des différences organisationnelles et politiques. Il ne serait pas raisonnable de transférer en bloc le système anglais au Québec, mais d'importants aspects de son implantation et de ses procédures peuvent servir à guider le développement de mécanismes de financement au Québec en vue du transfert de ressources de l'hôpital vers des services dans la communauté.



Leçons britanniques d'un transfert de ressources : le système de dotation par patient

Jennifer Beecham*

Alain Lesage**

Les « dots » ou système de dotation par patient peuvent être définies comme des sommes globales ou des subventions récurrentes, que les autorités de la santé se donnent entre elles ou versent aux autorités locales ou aux organismes sans but lucratif, pour les soins prodigués dans la communauté, plutôt que dans un hôpital, aux personnes souffrant de troubles mentaux graves et persistants. Cet article décrit comment les dots et d'autres processus ont été élaborés en Angleterre afin d'encourager la fermeture d'hôpitaux psychiatriques. Le contexte de ce financement des soins (avant les réformes engendrées par le National Health Service et le Community Care Act de 1990) montre certaines similitudes avec les dispositions en cours au Québec. Les auteurs résument une évaluation au long cours du programme de redéploiement dans deux hôpitaux psychiatriques de Londres qui ont fermé, afin d'examiner le type de services utilisés dans la communauté par d'anciens patients de ces hôpitaux et comparer les coûts de l'hôpital à ceux des soins communautaires. Après avoir quitté l'hôpital, les patients doivent recourir à d'autres services sociaux et de santé; tout développement des soins communautaires pour ces patients doit à tout le moins refléter ceux fournis en milieu hospitalier. On examine dans quelle mesure la dotation par patient peut être appliquée au Québec pour réduire davantage les séjours de longue durée dans les hôpitaux. À certains égards, les systèmes britanniques et québécois se ressemblent, mais il existe aussi des différences organisationnelles et politiques. Il ne serait pas raisonnable de transférer en bloc le système anglais au Québec, mais d'importants aspects de son implantation et de ses procédures peuvent servir à guider le développement de mécanismes de financement au Québec en vue du transfert de ressources de l'hôpital vers des services dans la communauté.

* Mme Beecham, Ph.D., est maîtresse de conférence en économie de la santé mentale au Centre for the Economics of Mental Health de l'Institute of Psychiatry de Londres, en Grande-Bretagne, et chercheure au Personal Social Services Unit de l'Université Kent.

** M. Lesage, PhD M.D., Mphil, est chercheur-boursier, clinicien senior, FRSQ, au Centre de recherche Fernand-Seguin, de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

Remerciements

Cet article s'inspire de deux projets de recherche entrepris en collaboration avec des collègues du Personal Social Services Research Unit de l'université Kent et du London School of Economics. Le travail sur les dots a été fait en collaboration avec le professeur Martin Knapp en 1989. M. Knapp, Mme Angela Hallam et M. Barry Baines ont aussi travaillé sur l'évaluation du programme de redéploiement ici décrit à Londres.

Deux publications ont joué un rôle clé dans le développement des soins psychiatriques communautaires au Québec : *Les fous crient au secours*, écrit par un patient de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, et le rapport de la commission Bédard, Lazure et Roberts. Au début des années 60, la réduction des services dans les hôpitaux psychiatriques avait commencé parallèlement à l'augmentation du nombre de lits au sein des départements psychiatriques des hôpitaux généraux et au développement de cliniques et d'équipes multidisciplinaires communautaires. Saint-Jean-de-Dieu, maintenant Louis-H. Lafontaine, était le plus grand hôpital psychiatrique au Canada. Dès 1987, il avait connu une baisse de 6000 à 2200 patients. L'hôpital compte aujourd'hui moins de 900 lits et on prévoit en éliminer encore 500 d'ici 2003 (Hôpital Louis-H. Lafontaine, 1997). Une situation semblable se produit ailleurs au Québec avec le déclin constant du nombre de patients en hôpital psychiatrique. Toutefois, au Québec, un plus grand nombre de personnes est maintenant desservie par les services communautaires ; seulement 15 % des usagers des services psychiatriques sont considérés comme des patients de longue durée et de 15 % à 20 % ont aussi été admis pendant un court séjour durant la dernière année. La plupart des usagers des services psychiatriques (environ 1,5 % de la population chaque année) ne reçoit que des soins ambulatoires (Lesage, 1996).

Avec l'annonce que plus de 50 % des lits de court et de long séjour (6000 ou 1 par 1000 résidents, excluant les 1500 lits affectés aux services de psychiatrie légale et aux services pour les personnes souffrant de déficience intellectuelle) doivent être coupés dans les cinq prochaines années et que les ressources ainsi dégagées seront transférées aux services communautaires, le processus de désinstitutionnalisation continuera au Québec (ministère de la Santé et des Services sociaux, MSSS, 1997). Toutefois, le rapport de 1996 du Vérificateur général du Québec souligne que plusieurs des difficultés rencontrées dans l'atteinte des objectifs établis par la politique de santé mentale de 1989 à l'égard du développement des services communautaires, pourraient être liées à l'échec du transfert des ressources financières à ces services.

Un processus semblable de relocalisation de services de ces hôpitaux spécialisés vers des soins communautaires s'est effectué en Angleterre. En 1961, le ministre de la Santé y prononçait son célèbre discours de la « tour d'eau »¹ qui allait donner le signal de la fermeture de la moitié des institutions psychiatriques de longue durée dans les quinze prochaines années. Malgré le nombre de scandales au sujet des conditions des grandes institutions victoriennes et les nouvelles tendances de

philosophie pour les soins et le traitement des personnes souffrant de maladie mentale, cet objectif n'a pas été atteint. Toutefois, il y a eu un déclin constant du nombre de lits. En 1954, il y avait 148 100 patients psychiatriques. En 1980, le nombre moyen de lits occupés quotidiennement était passé à 75 200. En 1993-94, il n'en restait plus que 43 000 (ou 0,74 par 1000 habitants; Department of Health, 1982, 1995; dont environ 0,34 par 1000 dans les hôpitaux psychiatriques mêmes, voir l'article de Henderson et Thornicroft dans ce même numéro). En 1990, seulement 41 hôpitaux psychiatriques en Angleterre avaient plus de 500 lits. Par ailleurs, jusqu'en 1980, les fermetures complètes de grands hôpitaux psychiatriques étaient rares (Department of Health, 1992). Malgré l'appui massif à la politique de désinstitutionnalisation, son implantation était ralentie, car trop peu de ressources allait aux agences communautaires pouvant développer des formes alternatives de soin et de support.

Ce n'est qu'au début des années 80 qu'un mécanisme de financement adéquat sera introduit en Angleterre pour encourager la relocalisation des services. Étayé par la législation, un mécanisme de « dot » (ou système de dotation par patient) permettait à l'argent de circuler des budgets des hôpitaux de longue durée aux budgets des services communautaires de façon à fournir une réserve financière pour les patients souffrant de troubles graves et persistants. Les « dots » peuvent être définies comme des somme globales ou des subventions récurrentes que les autorités de la santé se donnent entre elles et versent aux autorités locales ou aux organismes bénévoles pour des soins rendus non plus en milieu hospitalier, mais dans la communauté.

Cet article vise trois objectifs. Il décrit d'abord comment les « dots » et d'autres processus ont été mis sur pied pour encourager la fermeture de deux hôpitaux psychiatriques dans le Nord de Londres. Le contexte global de financement des soins en santé mentale (avant les réformes opérées par le NHS et l'adoption du Community Care Act de 1990) est également décrit et montre des similitudes avec les dispositions actuelles au Québec.

Puis, nous résumons une évaluation de longue durée du programme de redéploiement concernant deux hôpitaux psychiatriques faite pour examiner le type de services utilisés dans la communauté par les patients qui ont longtemps résidé dans ces établissements et comparer les coûts des services hospitaliers avec ceux des services communautaires. Dans le Nord de Londres aussi bien qu'au Québec, on a constaté un lent mais constant déclin du nombre de lits. Les patients y résidant toujours sont fort probablement lourdement handi-

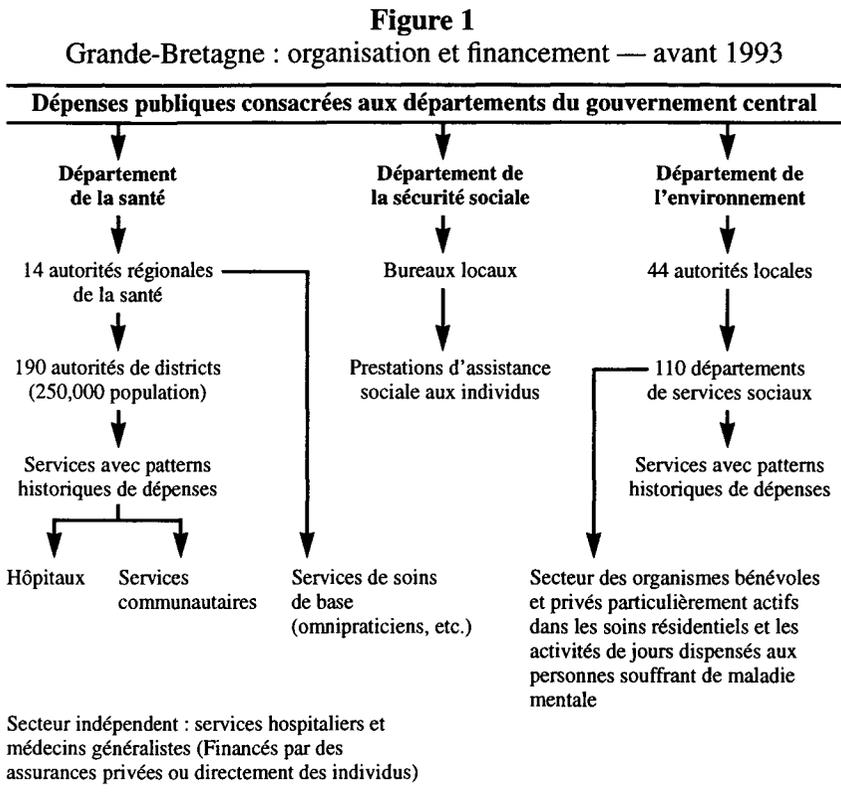
capés, en raison non seulement de la gravité de leur problème de santé mentale mais aussi de leur séjour prolongé à l'hôpital. Une enquête menée au sein de cinq hôpitaux psychiatriques démontre que 67 % des 1308 patients nécessiteraient des services de haut niveau 24 heures sur 24 (semblables à ceux des hôpitaux). Un autre quart de l'échantillon aurait besoin d'un niveau moins élevé de support (Clifford et al., 1991).

Enfin, malgré les rares études économiques sur le processus de désinstitutionnalisation au Canada et au Québec (voir les rapports économiques de Lefebvre et Merrigan, 1995, dans le cadre de l'étude de suivi de Lavoie et al.), peu d'attention a été portée aux questions de financement. L'objectif principal de cet article est donc d'examiner dans quelle mesure la dotation par patient peut être appliquée au Québec afin d'y réduire davantage les séjours de longue durée dans les hôpitaux. Les deux systèmes britanniques et québécois se ressemblent à certains égards, mais il existe aussi des différences politiques et organisationnelles. Il ne serait donc pas raisonnable de procéder à un transfert en bloc du système anglais au Québec. Mais d'importants aspects de sa mise en œuvre et de son processus peuvent nous guider dans l'élaboration de mécanismes de financement au Québec en vue du transfert de ressources de l'hôpital vers des services dans la communauté selon le principe que l'argent suive la personne atteinte de trouble mental grave et persistant.

Le contexte global de financement des soins

Avant les réformes de 1993 en Angleterre, les systèmes de soins de santé et de services sociaux des deux pays étaient caractérisés, quant à leur organisation et à leur financement, par une approche de « haut-en-bas ». Ils étaient basés sur le principe d'universalité, et les services étaient à toute fin pratique gratuits. Toutefois, contrairement au Québec, les services sociaux et de santé britanniques sont sous la juridiction de différents ministères du gouvernement central.

La figure 1 fournit un schéma de l'organisation des soins en santé mentale et des divers chemins qu'allait prendre leur financement avant 1993. La discussion annuelle des dépenses publiques incluait une allocation de ressources aux ministères, dont trois étaient responsables des soins pour les personnes souffrant de maladie mentale.



Le ministère de la Santé élaborait des politiques à mettre en place au niveau des régions et des districts. Sa part des ressources nationales a été allouée à 14 autorités régionales de la santé qui, à leur tour, versaient les sommes à quelque 10 districts de leur région. Chaque district avait environ 250 000 habitants. Les ressources étaient ensuite versées aux hôpitaux ou aux services communautaires, habituellement selon les pratiques historiques de distribution, perpétuant ainsi les profils de services existants. Le médecin généraliste et les autres services de soins de base étaient sous la responsabilité d'une organisation séparée (le comité régional de médecine familiale) et financés directement par les autorités régionales ; les sommes étaient distribuées à chaque pratique locale.

Les départements de services sociaux font partie de la structure gouvernementale locale, et contrairement aux agences de santé, ces autorités locales sont soumises au processus démocratique. Il y avait 39 conseils de comtés, six régions métropolitaines ainsi que 32 circonscriptions urbaines incluant Londres. Chaque autorité locale recevait la plus

grande part de son financement du ministère de l'Environnement (selon les différences géographiques des besoins des patients) et une autre partie provenait de taxes locales. Les ressources étaient redistribuées en retour aux divers départements, y inclus 110 départements de services sociaux, mais aussi aux responsables de l'habitation, de l'éducation, des loisirs et des services de santé environnementale.

Outre les agences du secteur public, des organismes à but non lucratif et des organismes privés dispensaient aussi des soins aux personnes atteintes de maladie mentale. Le secteur privé de dispensation de tels services n'était pas très important en Angleterre, malgré sa sphère d'activités plus grande dans les soins résidentiels (avec des allocations pour soins résidentiels du DSS, le ministère de la Sécurité sociale) et des fonds spéciaux pour certains patients à traiter en hôpital (entre autres, pour les troubles alimentaires), ou pour un environnement plus sécuritaire, et plus récemment, pour l'achat de lits d'urgence (Warner et Ford, 1996). Le secteur bénévole et à but non lucratif dispensait aussi des soins résidentiels grâce au programme de financement pour résidents du DSS. Il pouvait recevoir des subventions en bloc du gouvernement central ou local pour fournir des services d'activités de jour et d'autres types de support. Le DSS est responsable de la distribution des chèques de retraite et de sécurité sociale, finançant ainsi les dépenses quotidiennes de plusieurs personnes souffrant de maladie mentale grave.

Au Canada, les services sociaux et de santé sont de juridiction provinciale. Au Québec, un seul ministère en a la charge. Les fonds publics proviennent d'un transfert fédéral et de taxes provinciales. L'allocation des ressources est déterminée par le ministre de la Santé et des Services sociaux qui les distribue aux 18 régies régionales qui, à leur tour, sont responsables de la planification et de l'allocation des ressources aux hôpitaux locaux ou aux services communautaires. L'allocation à chaque région prend en compte des facteurs socioéconomiques incluant l'index des besoins de services en matière de santé mentale. Il n'existe point, par ailleurs, d'enveloppe budgétaire consacrée spécifiquement aux services en santé mentale. La médecine générale et certains services médicaux sont financés par un système séparé. Le régime d'assurance maladie du Québec qui assure la rémunération des médecins, n'accorde pas de fonds sur une base régionale. La plupart des médecins sont payés à l'acte. Toutefois, les régies régionales exercent un certain contrôle sur les besoins des régions en matière de spécialistes comme les psychiatres. Depuis 1997, les médicaments sont aussi financés par un programme conjoint public-privé d'assurance.

Les agences sans but lucratif en santé mentale sont financées principalement par le secteur public mais elles comptent aussi sur le bénévolat et sur les dons privés. Le secteur privé joue un rôle minime dans le domaine des services pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves et persistants, se concentrant davantage dans les services résidentiels avec des allocations du ministère ou, comme en Angleterre, de la sécurité du revenu. Une enquête a démontré que 3 % de la population a consulté un psychologue au cours de la dernière année, la plupart en pratique privée (Lesage, 1996). Le secteur sans but lucratif et le secteur privé ont une plus grande part du marché des services pour le traitement d'abus d'alcool et de substances qui se sont développés séparément des services publics courants en santé mentale.

Dans un tel système, le gouvernement provincial et les régies régionales jouissent d'un contrôle de l'allocation des ressources. Bien qu'il soit reconnu que l'argent prévu pour les hôpitaux psychiatriques pourrait être consacré au développement des services communautaires dans les différentes régions, les allocations courantes continuent de favoriser les hôpitaux psychiatriques. Les régies sont bien placées pour assurer que les fonds soient bien transférés aux soins pour les patients en communauté. Par contre, se détacher des modes de financement traditionnels demeure difficile. La description de la réallocation budgétaire dans le Nord de Londres illustre plusieurs de ces enjeux et pourrait aider le Québec dans l'élaboration de politiques et de solutions.

Réallocation de budget à North London

Des variations importantes ont pu être constatées en Angleterre dans la façon dont les lignes directrices sur la réallocation budgétaire ont été appliquées. En général, les ententes de dotation par patient étaient élaborées dans le but d'encourager la fermeture d'hôpitaux psychiatriques spécialisés; normalement, on y déboursait seulement à la fermeture permanente d'un lit. Les lignes directrices avaient tendance à être liées aux patients ou aux services de longue durée, même si la définition de durée variait souvent. Il s'agissait la plupart du temps de transfert de revenus souvent effectué en parallèle aux fonds de capital. L'implantation variait à travers l'Angleterre pour :

- le niveau de contrôle exercé par la région ;
- l'utilisation des coûts de l'hôpital pour calculer le montant des paiements de dotation ;
- l'ajustement des calculs de base pour la dotation ;
- les ententes pour du capital supplémentaire et des sources de revenus ;

- le niveau de protection accordé aux ressources ainsi réallouées (Knapp et Beecham, 1990a).

Nous nous attarderons à décrire le mécanisme bien planifié en opération dans la région au nord de Londres alors nommée North East Thames. Il y avait six hôpitaux psychiatriques pour un total d'environ 6000 lits et une population de 3,25 millions vivant dans une région allant de Londres au milieu rural de North Essex (1,8 lit de longue durée par 1000 habitants) au début des années 80. Deux hôpitaux, Friern et Claybury (desservant une population d'environ 1 million), ont été mis à l'avant-plan du programme de fermeture de tous les hôpitaux de longue durée de la région.

Bien que certaines autorités locales aient lié les ressources du système de dotation à des philosophies particulières (comme précisant qu'un maximum de quatre personnes pouvaient vivre dans une maison), rien de tel n'était évident dans la région de North East Thames. En fait, après avoir élaboré la stratégie de fermeture et les règlements du système de dotation, le rôle de la région était surtout de surveiller les services et, si nécessaire, d'agir comme arbitre entre les autorités de santé des districts. Certains fonds de réserve, toutefois, étaient contrôlés au niveau régional, d'où pouvait être pris du financement pour les dépassements au-delà des coûts de l'hôpital, quand les services communautaires étaient particulièrement dispendieux (Wallace, 1994). Ces réserves étaient disponibles seulement quand un organisme de santé était la principale agence de soins. Les sommes étaient distribuées selon les plans soumis par les autorités du district. Certaines demandes furent refusées, leur modèles de soin étant jugé inacceptable. Un plus grand niveau de contrôle régional a été constaté là où les autorités combinaient les ressources d'un certain nombre d'hôpitaux ou de districts pour faire des redistributions selon des ententes avec les nouveaux dispensateurs des districts.

La moyenne par patient des coûts des hôpitaux était utilisée couramment comme limite pour le système de dotation. Dans la région de North East Thames, au début du programme de redéploiement, les sommes transférables étaient calculées comme étant la moyenne de revenu pour chaque hôpital divisée par le nombre de lits disponibles (Wallace, 1994). Cette somme était ajustée annuellement à l'index des prix et salaires pour les services de santé. D'autres régions calculaient la moyenne des coûts de plusieurs hôpitaux pour estimer le niveau de dotation. Cette approche provoqua des problèmes dans une région où la moyenne était calculée à partir de tous ses hôpitaux à l'exception du moins coûteux. Cet hôpital-ci était forcé de transférer ce montant

moyen et se trouvait ainsi en danger de sous-financement, car l'argent dont il ne disposait pas devait néanmoins être transféré.

Bien que le coût moyen d'un lit d'hôpital représente normalement la limite de calcul pour le système de dotation, il peut être ajusté à la baisse en prenant en compte d'autres facteurs interreliés : le temps laissé par un départ hâtif (on pouvait le comptabiliser comme une capacité de surplus en services, et ainsi épargner l'argent du système de dotation) ; les caractéristiques des patients (entre autres leur niveau de dépendance) ; les agences récipiendaires des autorités locales ou des agences bénévoles recevant moins d'argent que les autorités en santé ; les plans de services, comme pour les gens vivant de façon autonome et recevant moins que dans les foyers de groupe avec personnel ; les ressources propres aux clients, particulièrement ceux pouvant bénéficier de la sécurité sociale (des taux de paiement plus élevés étaient vus comme une source cruciale de revenu supplémentaire) ; et la situation géographique (la pratique courante était d'interrompre le transfert des ressources après le déménagement d'un patient ou son décès).

Toutefois, d'autres ressources seront nécessaires pour faciliter une fermeture. L'une des raisons est attribuable au fait que les services en particulier résidentiels, et les activités de jour doivent être mis en place avant que les patients quittent l'hôpital. À North East Thames, un budget de £50 millions (prix de 1992-93 ; soit environ 100 millions \$ CAN) a été mis de côté pour aider au financement de projets de construction à court terme. Pour permettre ce financement, on comptait sur l'argent libéré par la fermeture des six hôpitaux. Encore une fois, ces fonds n'ont pas été rendus directement disponibles au secteur des organismes non liés à la santé. Dans d'autres régions, il était possible d'emprunter une somme des autorités régionales en attendant la vente éventuelle des terrains de l'hôpital. Ce prêt était normalement plus petit que le montant éventuel libéré après la fermeture de l'hôpital. Par contre, cette transaction permettait aux ressources financières d'être disponibles plus rapidement. La région prêtait l'argent avec la garantie qu'elle le récupérerait avec la vente du site de l'hôpital.

Les contributions des autorités locales étaient manifestement désirées, mais cela exigeait une négociation prudente, car les anciens patients étaient perçus comme relevant des départements de service social. Les départements de la santé voulaient éviter de surcharger un budget déjà serré. Des fonds supplémentaires pouvaient être demandés à la corporation paragouvernementale d'habitation pour des projets gérés par des organismes bénévoles, mais des hypothèques étaient rarement utili-

sées, car on craignait de financer des emprunts au secteur privé sur de longues périodes.

La deuxième raison pour laquelle des ressources supplémentaires sont nécessaires pour faciliter la fermeture tient au fait que les hôpitaux ne peuvent libérer le coût moyen total des soins dès qu'un patient quitte (Knapp et Beecham, 1990b). Le modèle 60-30-10 a été utilisé pour évaluer la réduction des coûts de Friern et Claybury : 60 % des coûts totaux pouvaient être épargnés en fermant un pavillon ; un autre 30 % en soustrayant des services (entretien, utilités, etc.) et le dernier 10 %, seulement avec la fermeture complète de l'hôpital (Wallace, 1994). Ces fonds non récurrents pouvaient couvrir les coûts additionnels des institutions, qui accusaient des pertes de revenus pour leurs dépenses courantes.

Évidemment, plus longue était la fermeture d'un hôpital, plus le budget s'en ressentait. En outre, l'accent d'abord mis sur des larges complexes d'habitations destinées à diverses clientèles en perte d'autonomie dans North East Thames a entraîné des délais d'implantation. Ainsi en 1990, les fonds régionaux de réserve et le budget de transition étaient utilisés au maximum. On décida de ralentir le programme de fermeture de Claybury pour concentrer les ressources sur la relocalisation des patients de Friern. Le programme d'immobilisation fut révisé afin d'encourager le développement de plus petits sites dans des immeubles recyclés.

Dernier des cinq éléments d'implantation, l'argent de la dotation était protégé. Le système avait été élaboré dans le but de résoudre deux pressions conflictuelles. Dans un premier temps, il financerait de nouveaux services communautaires. Puis, il ferait en sorte que les dépenses pour ces services seraient en gros les mêmes que celles des services des hôpitaux. À North East Thames, la protection des ressources financières était considérée comme essentielle pour s'assurer qu'elles demeurent dans le budget affecté aux soins en santé mentale et non prises pour offrir d'autres services (comme les soins de santé physique). La mise en place d'un système qui permettait un contrôle local des ressources rendait la tâche plus facile ; le personnel des bureaux de district ou de région, qui avait un plus grand éventail de responsabilité, aurait pu garder l'argent avec moins d'enthousiasme. Cette protection voulait aussi dire que l'argent du système de dotation était vu comme une ressource supplémentaire par ceux qui développaient des services communautaires. Étant donné que l'argent était transféré en permanence, il était protégé. À North East Thames, si un patient mourait, l'argent qui lui était affecté demeurait au sein du district. Dans d'autres régions, ces sommes étaient investies dans une réserve pour le développement de services en santé mentale.

La protection des ressources libérées de l'hôpital peut accélérer le programme de fermeture en réduisant plus vite la formule du double-financement. Bien sûr, dans l'éventualité improbable d'un surfinancement d'un certain service (c'est-à-dire, si le montant des dotations et d'autres revenus était plus élevé que le coût des services communautaires), la protection pouvait empêcher d'utiliser les ressources excédentaires pour développer des services aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale mais qui n'avaient pas été des résidents de longue durée de l'hôpital.

Autres éléments de la stratégie de fermeture à North East Thames

Bien que les dots fournissaient un incitatif financier majeur pour développer des services communautaires et réduire la population des hôpitaux, elles devaient être liées à d'autres processus pour créer une stratégie globale de fermeture d'hôpitaux. Trois processus peuvent être identifiés comme faisant partie intégrante du programme de redéploiement de North East Thames : les décisions de procédures, la réduction des dépenses et les ententes au niveau des districts.

Un certain nombre de décisions de procédures ont été prises au cours de la planification du programme de clôture. Afin de répondre aux préoccupations des cliniciens, un refuge dans le vrai sens du terme devait être fourni pour les patients ayant besoin d'un environnement sécuritaire (Wing et Furlong, 1986 ; Okin et al., 1995). Tous les patients devaient avoir des soins de sorte que leur sortie de l'hôpital ne représente pas une baisse dans la qualité des soins. Les hôpitaux devaient aussi demeurer des institutions dynamiques. Bien que la population de longue durée serait le premier groupe à quitter les lieux, les admissions pour des problèmes graves continueraient d'être acceptées. Les immeubles vacants devaient être fermés et démolis pour épargner des dépenses d'immobilisation fixes et améliorer l'allure du site (Korman, 1984). À l'instar de la Colombie-Britannique au Canada, une politique de redéploiement des effectifs a été cruciale pour la réussite du programme de fermeture (MacFarlane et al., 1997).

Deuxièmement, afin de faciliter la relocalisation des services, des plans de réduction de dépenses ont été développés pour chaque établissement. La stratégie de réduction de dépenses pour l'hôpital Friern, par exemple, prévoyait cinq phases échelonnées sur 10 ans (Hutchinson et al., 1983). Les objectifs reliés aux patients (un certain nombre devant quitter pendant une année donnée), étaient documentés et liés aux plans afin de consolider certains des services hôteliers de l'hôpital (buanderie, cuisines, restauration), démolir des pavillons et des immeubles non uti-

lisés et vendre certains terrains pour financer le programme de dépenses d'immobilisation. Le plan de réduction des dépenses détaillait aussi les réparations nécessaires à court terme pour maintenir à un niveau acceptable les conditions physiques des immeubles.

Les ententes au niveau régional constituaient le troisième élément-clé dans la stratégie de fermeture, car sans l'appui des gestionnaires et des cliniciens locaux, la responsabilité des anciens patients ne pouvait être transférée vers un autre district ou une autre région. Le transfert de nouvelles ressources était un incitatif important. Chaque district devait soumettre aux autorités régionales un plan de services en santé mentale énonçant les grandes lignes des soins psychiatriques hospitaliers, des services de réadaptation, des services de jour, des appartements supervisés, des centres communautaires et des équipes communautaires en santé mentale. L'approche régionale à l'égard du développement autonome de services locaux a mené à des variations considérables entre districts. Les nouveaux profils de services dépendaient aussi des services existants, des idées et de l'enthousiasme des gestionnaires et des professionnels locaux et de la relation entre les organismes publics et les secteurs bénévoles (sans but lucratif). Toutefois, il est important de souligner que les plans étaient développés à la lumière d'ententes précédentes au sujet du nombre et des catégories de patients à être transférés depuis les hôpitaux psychiatriques.

En plus de planifier les services communautaires au sein du district, les gestionnaires en santé devaient distribuer l'argent des dotations plus adéquatement. Au début de chaque année, une somme était transférée du budget de l'hôpital au budget de chaque district récepteur, égale à la dotation multipliée par le nombre de personnes envisagées comme pouvant déménager. À la fin de l'année financière, cette somme était transférée à nouveau au budget de l'hôpital avec en moins le montant payable pour les personnes déménagées de l'établissement vers le district récepteur en cours d'année. Les paiements de la dotation pouvaient ensuite être transférés à d'autres dispensateurs comme les autorités locales ou les organismes bénévoles (DHSS, 1983). À mesure que le système identifiait un certain montant, il existait davantage de certitude dans la planification et le développement des services locaux. Ainsi, la tâche du gestionnaire local était de planifier la distribution des ressources sur une certaine période dans le respect des services à développer.

En bref, nous pouvons identifier sept éléments interreliés au programme de fermeture de l'hôpital, chacun étant nécessaire pour garantir une prise en compte des intérêts de toutes les parties et une meilleure participation :

- Une stratégie de fermeture inscrite dans une certaine période avec des objectifs intermédiaires définis ;
- Un mécanisme de transfert financier fournissant des incitatifs aux hôpitaux afin de réduire leurs services et des incitatifs aux organismes communautaires afin d'augmenter leur niveau de dispensation ;
- Des ressources (à court terme) supplémentaires pour couvrir les coûts en double des hôpitaux et des services communautaires pendant la période de fermeture ;
- Le développement de plans de réduction de dépenses pour les hôpitaux ;
- Une politique de redéploiement du personnel ;
- Des ententes sur le niveau et le type de services communautaires à dispenser.
- En identifiant ces éléments, on reconnaissait que les cliniciens étaient les mieux placés pour assurer que les anciens patients recevraient les soins appropriés dans la communauté. À mesure que les plans individuels étaient complétés, ils devaient être ratifiés par le psychiatre de l'hôpital qui transférerait la responsabilité clinique à la personne appropriée au sein du district récepteur.

Ce système a-t-il bien fonctionné ? Les patients ont-ils reçu des soins de qualité ? Quels services communautaires ont été utilisés ? Les coûts des soins communautaires ont-ils été plus élevés ou plus bas que ceux des hôpitaux ? Ces questions sont abordées dans la prochaine section avec le résumé des résultats de l'évaluation des programmes de fermeture dans deux hôpitaux psychiatriques du nord de Londres.

Les soins communautaires à North East Thames

L'évaluation du programme de redéploiement comprenait une enquête auprès de tous les patients des hôpitaux Friern et Claybury qui y avaient séjourné au moins un an et qui, dans le cas où ils avaient dépassé 65 ans, n'avaient pas un diagnostic de démence. On utilisait une échelle propre à mesurer les dimensions démographique, clinique, comportementale, environnementale et d'attitudes. Les personnes étaient interviewées à nouveau un an après avoir quitté l'hôpital. L'analyse incluait 671 patients de longue durée, dont 200 provenaient de Claybury. Un an après leur sortie, le taux de mortalité n'était pas plus élevé qu'on l'avait

anticipé et seulement deux patients s'étaient suicidés. Deux patients avaient été incarcérés, dont l'un juste avant sa réadmission à l'hôpital. Entre les évaluations à l'hôpital et la période d'après-sortie, aucune détérioration n'a été constatée sur aucune des échelles de mesure clinique et comportementale, et il y avait une légère amélioration dans les scores de symptômes négatifs. Un plus grand nombre de gens souffraient d'incontinence ou éprouvaient des problèmes de motricité, étant donné l'âge des personnes de l'échantillon (l'âge moyen était de 55 ans). Les gens interviewés ont dit apprécier l'atmosphère moins restrictive des résidences communautaires ; environ 80 % ont dit vouloir continuer d'y demeurer et ont décrit leur médication comme étant plus aidante qu'en milieu hospitalier. En moyenne, chaque personne s'était fait un nouvel ami dans son réseau de 11 personnes (des résultats plus détaillés sont rapportés dans l'étude de Leff et al., 1996a et 1996b).

Ces résultats démontrent que les soins communautaires dispensés aux anciens patients de Friern et Claybury étaient à tout le moins aussi bons que ceux dispensés à l'hôpital. De plus, ils montrent des indications encourageantes en ce qui a trait à l'amélioration du bien-être général. Pour atteindre ces objectifs, il fallait fournir un service de logement et remplacer toutes les composantes des services de l'hôpital de longue durée. (Pour des informations détaillées sur l'évaluation économique, voir Beecham et al., 1997 et Knapp et al., 1997 ; pour une analyse des questions organisationnelles et des processus décisionnels, consulter Thomlinson, 1990 et 1991.)

Le support et les soins fournis au sein des complexes d'habitation où les anciens patients se sont installés constituent un élément majeur de la gamme de soins. Presque tous les anciens patients ont emménagé dans des logements situés séparément du site de l'hôpital. Si ces établissements ont maintenu des liens administratifs avec un hôpital, nous les avons classés « unités communautaires pour patients ». L'éventail des services a été classé dans huit groupes, selon le personnel affecté et le nombre de places. Le tableau 1 décrit chaque catégorie, le nombre et la proportion de patients déménageant dans chaque type de services. Environ 65 % des anciens patients avaient un niveau d'handicaps exigeant des services et des effectifs spécialisés. Que ce soit dans les résidences ou centres d'accueil, dans les « hostel wards » (unités de soins de réadaptation intensive dans la communauté ; aussi décrites dans l'expérience de Seven Oaks en Colombie-Britannique, dans le document de Santé et bien-être Canada, 1997), dans des auberges et des unités de soins communautaires classés dans le tableau 1. Entre six et 24 personnes vivaient dans chaque habitation, toutes provenant habituellement

du même hôpital; un ou deux employés y travaillaient à un moment ou l'autre de la journée. Presque tous les logements ont été planifiés avec l'intention de fournir un foyer aux personnes pour le reste de leur vie, et très peu de ces personnes auraient la capacité de déménager dans un autre endroit comme cela a été le cas pour ceux résidant dans certaines unités de soins de réadaptation intensive dans la communauté (Hyde et al., 1986; Wykes, 1982).

Tableau 1
Services d'hébergement un an après le congé
de tous les patients d'un l'hôpital psychiatrique

Types de services	Nombre de Résidents	
<i>Hôpital</i> : Friern, Claybury, ou l'hôpital général.	60	8,0 %
<i>Unité de soins dans la communauté</i> : redéploiement des services pour six patients ou plus dans un environnement hospitalier (excluant Friern ou Claybury), ou un service communautaire résidentiel pour patients qui sont toujours considérés inscrits à l'hôpital.	113	15,0 %
<i>Résidence ou centre d'accueil</i> : hébergement pour au moins six personnes dispensant des soins 24 heures par jour.	222	29,6 %
<i>Résidence d'accueil</i> : hébergement pour au moins six personnes dispensant des soins continus ou intermédiaires mais réguliers le jour, et du personnel sur place ou sur appel ou non la nuit.	145	19,3 %
<i>Appartements supervisés</i> : dispensant des soins continus, intermédiaires ou ad hoc le jour, ou avec personnel ou sans personnel la nuit. Le nombre de places dans l'ensemble de l'immeuble est plus élevé que le nombre de places dans chaque unité individuelle (habituellement des appartements pour une ou deux personnes).	17	2,3 %
<i>Foyer de groupe avec personnel</i> : dispensant des services continus ou intermédiaires le jour ou du personnel sur place ou sur appel la nuit. L'endroit dispose de plus de un mais moins de six places d'hébergement.	45	6,0 %
<i>Foyer de groupe sans personnel</i> : hébergement pour un à six résidents mais avec personnel ad hoc ou sans personnel le jour ou avec personnel sur appel ou sans personnel la nuit.	29	3,9 %
<i>Foyer d'accueil</i> : lorsqu'un patient vit au sein d'une famille d'accueil et bénéficie du soutien familial incluant soutien sur appel la nuit.	16	2,1 %
<i>Patient autonome</i> : le patient vit de façon autonome avec personnel ad hoc ou sans personnel le jour ou avec personnel sur appel ou sans personnel la nuit.	104	13,8 %
Total	751	100 %

En plus des gens vivant en appartement supervisé, 60 personnes ont été transférées dans d'autres hôpitaux, souvent dans des pavillons rénovés et réaménagés avec des fonds du programme de redéploiement. Dans les premiers trois ans du programme, lorsque des gens avec des besoins moins pressants déménageaient de l'hôpital, certains anciens patients ont déménagé dans des foyers d'accueil financés par la sécurité du revenu et l'argent du système de dotation transféré au département des services sociaux locaux. Fait intéressant, au cours des dix années de la stratégie de fermeture, une minorité importante d'anciens patients qui avaient résidé pendant au moins un an dans les hôpitaux Friern et Claybury pouvait vivre de façon autonome. Très peu de ces gens vivaient avec leur famille ou des amis et ils faisaient grand usage des services communautaires spécialisés en santé mentale et du support des services sociaux.

Cette information illustre les problèmes éprouvés par les districts récepteurs lorsqu'ils dépensaient l'argent du système de dotation. Bien que le coût moyen des soins hospitaliers était transféré avec chaque ancien patient, des dépenses supplémentaires étaient nécessaires pour répondre aux besoins spécifiques de chaque patient. Le coût moyen pour financer les foyers résidentiels ou les auberges étaient autour de 80 % à 90 % des coûts moyens hospitaliers. Toutefois, le coût des soins pour une personne vivant de façon autonome était d'environ 40 %. Le transfert des coûts moyens de l'hôpital exigeait que les décisions locales soient faites à un niveau individuel.

Bien que la stratégie de North East Thames tentait d'encourager des plans spécifiques où les districts s'employaient à dispenser des places (lit-pour-lit) et d'autres services spécialisés en santé mentale, plus de quarante types différents de services dispensés hors des ressources résidentielles spécialisées étaient utilisés (voir encadré 1). De plus, la dispersion des anciens résidents impliquait l'embauche de plus de personnel. Au cours des douze mois entre la sortie de l'hôpital et l'interview, environ 15 % de l'échantillon a dû être brièvement réadmis à l'hôpital en raison de la fluctuation de sa condition. La durée du séjour moyen était de 29 jours et la plupart du temps, les patients retournaient dans leur foyer communautaire. Environ un quart de l'échantillon avait des rendez-vous réguliers et 59 % consultaient un psychiatre communautaire. Des services d'activités de jour étaient dispensés par les autorités en santé du district, les départements des services sociaux et les organismes bénévoles. Ces services étaient utilisés par plus de la moitié de l'échantillon. Toutefois, le personnel et les patients se plaignaient du manque de place et de la faible variété des services offerts.

Encadré 1

Autres services utilisés par des anciens résidents dispensés hors des cadres communautaires

Les services des hôpitaux psychiatriques et généraux : hospitalisation, hôpital de jour, service de clinique externe ; thérapie occupationnelle ; et transport adapté.

Les services communautaires en santé mentale ; psychiatre, psychologue, infirmière psychiatrique communautaire, intervenant communautaire sur l'alcoolisme.

Services de soins de base ; médecin généraliste, intervenant en santé, infirmière du district, conseiller en continence, conseiller en diabète, aide et assistance pour handicaps physiques.

Podiatre, orthophoniste, physiothérapeute, diététicien, thérapie de la réminiscence, aromathérapeute, thérapie par les arts et la musique.

Dentiste, opticien, audiologiste.

Travailleur social, agent de placement pour adulte, agent de la sécurité sociale, popotte roulante, soutien à domicile, travailleur domestique, parrainage civique.

Centre de jour, centre communautaire, club social, éducation aux adultes

Centre d'emploi, stratégies d'embauche, de formation ou de travail à domicile.

Agent de police, agent de probation, services juridiques et prison.

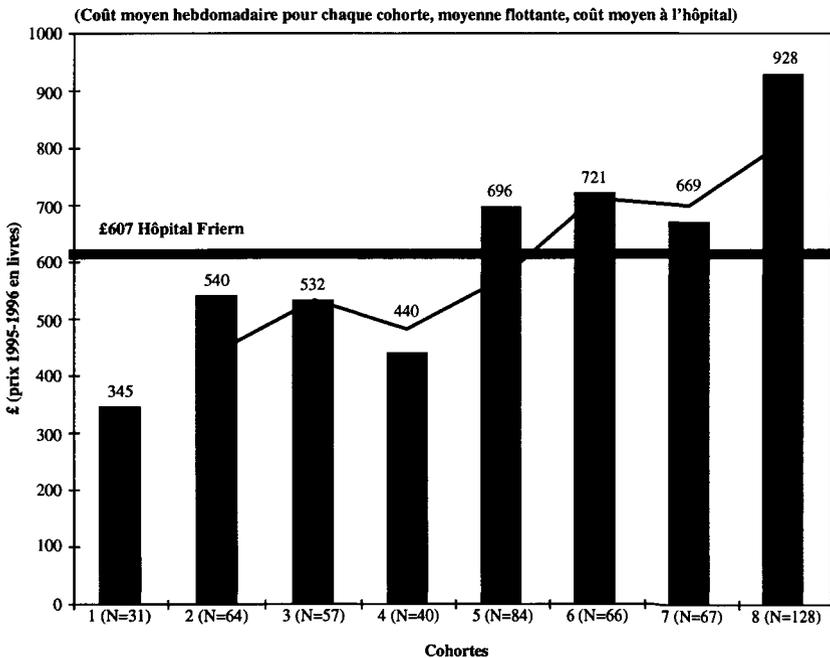
D'autres professionnels fournissaient aussi des composantes importantes de la gamme de soins offerts aux anciens patients. Des travailleurs sociaux et des infirmières en psychiatrie communautaire suivaient plus du quart des personnes de l'échantillon au moins une fois dans l'année précédente et des psychologues en suivaient environ 15 %. Les patients utilisaient aussi d'autres services de santé non spécialisés fournis à tous : soins de chiropraticiens, dentistes, opticiens, physiothérapeutes et médecins généralistes. Les trois quarts des anciens patients avaient consulté le généraliste au moins une fois au cours de la dernière année et plusieurs consultaient leur médecin une ou deux fois par mois.

Ainsi, un éventail de services était utilisé par les anciens patients, incluant un service qui était d'aussi bonne qualité que celui de l'hôpital psychiatrique. Toutefois, les soins communautaires étaient-ils plus coûteux que ceux offerts par les hôpitaux ?

Pour répondre à cette question, seulement les données sur les anciens résidents de Friern sont prises comme telles puisque les comparaisons peuvent seulement être faites lorsque tous les patients ont quitté l'hôpital. La figure 2 démontre que jusqu'à ce que le dernier groupe de patients ait quitté l'hôpital dans les sept mois avant la fermeture de Friern (de septembre 1993 à la fin de mars 1994), les coûts globaux des soins communautaires étaient largement semblables aux coûts globaux (à la hausse) des hôpitaux au début du programme de fermeture. La ten-

dance générale était que les groupes successifs de patients, quittant l'hôpital en 1985-86 et par après, étaient plus dispendieux à soutenir dans la communauté, après ajustement à l'inflation. Le coût moyen des soins communautaires n'a égalé celui des soins hospitaliers qu'après que le cinquième groupe ait quitté l'hôpital. Inévitablement, les personnes plus dépendantes qui ont quitté l'hôpital plus tard dans le programme de clôture exigeaient un plus haut niveau de soins. Par exemple, le groupe final à quitter incluait 63 patients que les infirmières considéraient difficiles à placer au sein de l'éventail normal des services communautaires. Dans les foyers communautaires requis par ce dernier groupe, le ratio personnel-patient a eu l'effet anticipé : les coûts d'ensemble étaient plus de une fois et demie plus élevés qu'à l'hôpital (Hallam, 1996). Toutefois, pour l'ensemble de tous les patients de l'hôpital, les coûts des soins communautaires étaient seulement 6 % plus élevés que les coûts des soins de longue durée dans un hôpital.

Figure 2
Coûts des soins dans la communauté pour les anciens patients de longue durée de l'hôpital Friern



En bref, nous pouvons conclure que la stratégie bien planifiée de fermeture des hôpitaux de longue durée et les ententes de financement sensiblement généreuses ont engendré un éventail de services communautaires qui coûte à peine un peu plus que les services hospitaliers et qui, dans la première année après leur sortie, a produit des résultats raisonnables pour les anciens patients.

Les implications pour le Québec

Pour le Québec, les implications pour les soins en santé mentale peuvent être considérées à divers niveaux. En général, l'évaluation des résultats fournit un appui supplémentaire à ceux qui prônent les soins communautaires; il est possible de dispenser des services au bénéfice des personnes souffrant de troubles graves et persistants sans les soins hospitaliers spécialisés prolongés en hôpital psychiatrique (Lesage et Tansella, 1993). Toutefois, le programme de fermeture de l'hôpital et le développement des soins communautaires doivent être bien planifiés et mis en place au cours d'une courte période de temps. Les hauts niveaux de support exigés par les anciens patients impliquent que fournir de nouveaux services va absorber l'essentiel des ressources qui sont affectées aux hôpitaux psychiatriques. De plus, des fonds supplémentaires transitoires seront nécessaires à brève échéance afin d'assurer la mise en place des services avant la sortie des patients. Il faut aussi assurer que la qualité des soins pour les patients qui restent n'est pas compromise.

Dans la région de North East Thames, le système de dotation par patient fournissait un équilibre entre la politique d'implantation et les considérations économiques et agissait comme stimulant à l'action. Les incitatifs financiers encourageaient la participation du district, et la disponibilité des ressources permettait une planification à plus long terme dans les coupures de services des hôpitaux et l'expansion des services communautaires, en plus de stimuler de nouveaux moyens de travailler avec un éventail de dispensateurs de services. Garder le contrôle des ressources au niveau local était crucial pour assurer que ces sommes ne soient pas dépensées à d'autres fins.

Nous devons souligner, toutefois, que plusieurs des éléments positifs du système de North East Thames comportaient aussi des répercussions négatives. L'approche lit-par-lit et les critères premiers pour les fonds de capital supplémentaires tendaient à encourager le développement de constructions domiciliaires fort coûteuses au lieu de services d'ensemble incluant les services de jour et ambulatoires. Cette fixation pour des projets de grande envergure a aussi ralenti la vitesse d'implantation. La façon dont le système de dotation était élaboré limitait la par-

ticipation de gestionnaires expérimentés ne provenant pas du secteur de la santé. Ceci peut avoir mené à moins d'innovation dans l'élaboration des modèles de soin. Il y a aussi les allégations à l'effet que la « surprotection » de l'argent de la dotation a mené à un système « à deux vitesses » étant donné qu'il n'y avait plus de nouvel argent pour les services en santé mentale ; les services pour ceux qui n'étaient pas des anciens patients n'étaient pas développés et les liens formels entre les services pour les deux groupes étaient sous-développés (Thomlinson, 1990). Trouver le juste équilibre entre les attributs positifs et négatifs de chacun des éléments de la stratégie n'était pas toujours facile.

Au Québec, la fermeture complète des hôpitaux psychiatriques n'est pas envisagée. Toutefois, on prévoit réduire l'utilisation de l'hôpital psychiatrique d'environ 50 % de plus et transférer les ressources ainsi libérées aux services communautaires et aux régions sous-desservies (MSSS, 1997). Certains éléments clés de l'expérience britannique pourraient faciliter le développement de mécanismes de réallocation budgétaire.

Premièrement, les ressources liées aux hôpitaux psychiatriques devraient être protégées et utilisées seulement pour les personnes souffrant de problèmes graves et persistants. Il devrait être convenu que les sommes libérées ne seront pas allouées à d'autres groupes de personnes souffrant de maladie mentale. Même si un ancien patient meurt, les ressources devraient être retenues pour dispenser des soins à d'autres personnes souffrant de troubles graves et persistants qui auraient auparavant utilisé les services hospitaliers prolongés de l'hôpital psychiatrique. Ceci est particulièrement important dans le cas des anciens patients déménageant dans des régions où il n'y a pas d'hôpital psychiatrique.

Autre question importante : ne pas céder à la tentation de détourner les fonds vers d'autres services médicaux de plus haut profil et considérés plus pressants. La conséquence inévitable serait le sous-financement du développement des services communautaires d'une part et des soins limités à l'hébergement en hôpital psychiatrique d'autre part, étant donné que les fonds deviennent insuffisants pour dispenser des services de bonne qualité. Plusieurs observateurs britanniques ont demandé des budgets protégés et une suggestion semblable a été faite au Canada (Santé et bien-être Canada, 1997).

Troisièmement, l'argent devrait être affecté au patient, non aux services ; à mesure que le patient quitte l'hôpital, il devrait en être de même pour l'argent. Cela faciliterait aussi le transfert financier vers

d'autres régions ou sous-régions au fur et à mesure que les patients sont rapatriés. Garder l'accent sur l'individu permettrait une meilleure décision clinique sur le transfert de responsabilité et des soins à recevoir.

Quatrièmement, le soin adéquat des personnes souffrant de problèmes graves et persistants dans les hôpitaux psychiatriques et les soins de ceux déjà en communauté exigent une stratégie globale.

Pour le Québec, les incitatifs financiers devraient être liés à certaines lignes de conduite :

- Une reconnaissance formelle et une priorité des besoins des personnes souffrant de troubles graves et persistants ;
- Des plans de retranchement, de réduction de dépenses avec des objectifs intermédiaires à l'égard des coupures de services dans les hôpitaux afin de les encourager à demeurer des endroits de traitement et de réadaptation actifs et d'assurer que les patients y demeurant ne soient pas limités à des soins d'hébergement mais aient des programmes intensifs de réadaptation ;
- Le développement de politiques de redéploiement des effectifs, avec des objectifs précis et des programmes de formation en réadaptation et en pratiques communautaires.
- Des ententes dans chaque région ou sous-région à l'égard des patients qui y déménageront et des services qui y seront offerts ;
- Puisque l'argent ne peut être libéré des hôpitaux psychiatriques trop rapidement, des ponts financiers à court terme doivent être développés pour maintenir un financement adéquat des hôpitaux et des services communautaires ;
- Prévoir des ententes pour des ressources résidentielles supervisées à divers degrés qui remplaceront les soins hospitaliers spécialisés prolongés. L'unité de soins de réadaptation intensive dans la communauté est l'un des divers types de foyers qui pourraient être offerts. Certains patients auront aussi besoin d'une admission à court terme au département de psychiatrie de l'hôpital général quand leur condition se détériore et ils utiliseront d'autres services médicaux et de santé mentale ;
- Prévoir des fonds au niveau régional pour les personnes ayant des besoins particuliers ou des comportements à risque (et susceptibles d'être plus onéreux que les coûts moyens de l'hôpital

psychiatrique); s'assurer que ces personnes sont appuyées adéquatement hors de l'environnement habituel de l'hôpital psychiatrique ;

- Des fonds pour des activités de loisirs ou de travail devraient, comme pour les services résidentiels, être dégagés à mesure que les patients emménagent dans leurs foyers communautaires ;
- Reconnaître que de nouvelles personnes souffrant de troubles graves et persistants seront à traiter indépendamment des nouvelles pratiques communautaires. Des ressources au moins comparables à celles consenties pour les patients maintenant désinstitutionnalisés devront être prévues (voir aussi Henderson et Thornicroft dans ce numéro).

Les gens impliqués dans les services en santé mentale sont probablement fort préoccupés par le niveau global des ressources, constatant les insuffisances financières dans plusieurs domaines de dispensation de services. Dans ce cas, la question n'est pas seulement le transfert adéquat des ressources financières au sein du système de santé mentale, mais aussi le transfert des ressources d'autres secteurs de service. Toutefois, en période de restriction budgétaire, l'objectif des responsables de l'élaboration des politiques et des dispensateurs de services est de faire le meilleur usage possible des ressources disponibles. Pour les services en santé mentale, atteindre l'équilibre juste entre l'hôpital et les services communautaires a longtemps été reconnu comme étant la meilleure façon d'avancer. Les expériences britanniques indiquent comment les déséquilibres entre ces divers domaines peuvent être abordés tout en assurant la meilleure qualité de soin pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves et persistants.

Note

1. « There they stand, majestic, imperious, brooded over by the gigantic water tower and chimney combined, rising unmistakable and daunting out of the countryside, the asylums which our forefathers built with such solidity ». (« Ils sont là debout, majestueux, impérieux, nichés près de la gigantesque tour d'eau et de la cheminée, indubitablement hauts et intimidants en bordure de la campagne, ces asiles que nos ancêtres ont bâtis si solides. »)

RÉFÉRENCES

- BEECHAM, J., HALLAM, A., KNAPP, M., BAINES, B., 1997, Costing care in the hospital and in the community, in Leff, J., ed., *Community Care : Illusion of Reality?*, John Wiley and Sons, Chichester.
- DAVIDGE, M., ELIAS, S., JAYES, B., WOOD, K., YATES, J., 1993, *Survey of English Mental Hospitals for March 1993*, report prepared for the Mental Health Task Force by the Health Services Management Centre, Birmingham.
- DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY, 1983, *Care in the Community and Joint Finance*, HC (83) 6, LAC (83) 5, HMSO, London.
- DEPARTMENT OF HEALTH, 1982, *Health and Personal Social Services Statistics for England*, HMSO, London.
- DEPARTMENT OF HEALTH, 1992, *Health and Personal Social Services Statistics for England*, HMSO, London.
- DEPARTMENT OF HEALTH, 1995, *Health and Personal Social Services Statistics for England*, HMSO, London.
- CLIFFORD, P., CHARMAN, A., WEBB, Y., BEST, S., 1991, Planning for community care : long-stay populations of hospitals scheduled for rundown or closure, *British Journal of Psychiatry*, 158, 190-196.
- HALLAM, A., 1996, *Costs and outcomes for people with special psychiatric needs*, Mental Health Research Review, Personal Social Services Research Unit, University of Kent at Canterbury.
- HEALTH AND WELFARE CANADA, 1997, *Best Practices in Mental Health Reform*, sous presse.
- HÔPITAL LOUIS-H. LAFONTAINE, 1997, *Plan de transformation, Les orientations et le modèle d'organisation des services en psychiatrie*, Adopté au Conseil d'administration le 11 février 1997.
- HUTCHINSON LOCKE, MONKE, 1983, *Friern Hospital Retrenchment Strategy*, Hutchinson Locke and Monke, Richmond, Surrey.
- HYDE, C., BRIDGES, K., GOLDBERG, D., LOWSON, K., STERLING, C., FARAGHER, B., 1987, The evaluation of a hostel ward : a controlled study using modified cost-benefit analysis, *British Journal of Psychiatry*, 151, 805-812.
- KNAPP, M., BEECHAM, J., 1990a, *Dowries, Report to the Cross Financing Review Group*, Discussion Paper 711, Personal Social Services Research Unit, University of Kent at Canterbury.

- KNAPP, M., BEECHAM, J., 1990b, The cost-effectiveness for former long-stay psychiatric hospital patients, in Scheffler, R., Rossiter, L., eds., *Health Economics and Health Policy : Surprises from the Past, Forecasts for the Future*, JAI Press Inc.
- KNAPP, M., BEECHAM, J., HALLAM, A., 1997, *The mixed economy of psychiatric reprovizion*, in Leff, J., ed., *Community Care : Illusion or Reality?*, John Wiley and Sons, Chichester.
- KORMAN, N., 1984, The progressive upheaval, *Health and Social Services Journal*, 9, August, 950-652.
- LEFEBVRE, P., MERRIGAN, P., 1995, *Étude des usagers et coûts de traitement : une analyse économique sur données longitudinales de l'efficiéce de la désinstitutionnalisation à l'hôpital psychiatrique Louis-H. Lafontaine*. Monographie dans le cadre de l'étude longitudinale menée par F. Lavoie et al., Étude longitudinale de l'impact sur les usagers et de l'efficiéce du processus de désinstitutionnalisation de l'hôpital Louis-H. Lafontaine.
- LEFF, J., DAYSON, D., GOOCH, C., THORNICROFT, G., WIILS, W., 1996a, Quality of life of long-stay patients discharged from two institutions, *Psychiatric Services*, 17, 1, 62-67.
- LEFF, J., TRIEMAN, N., GOOCH, C., 1996b, Prospective follow-up study of long-stay patients discharged from two psychiatric hospitals, *American Journal of Psychiatry*, 153, 10, 1318-1324.
- LESAGE, A. D., TANELLA, M., 1993, Comprehensive community care without long-stay beds in mental hospitals : trends emerging from an Italian good practice area, *Canadian Journal of Psychiatry*, 38, 187-194.
- LESAGE, A.D., 1996, Perspective épidémiologique sur le virage ambulatoire des services psychiatriques, *Santé Mentale au Québec*, XXI, 1, 79-96.
- MACFARLANE, D., FORTIN, P., FOX, J., GUNDRY, S., OSHRY, J., WARREN, E., 1997, Clinical and human resource planning for the downsizing of psychiatric hospitals : the British Columbia experience, *Psychiatric Quarterly*, 68, 25-42.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, 1997, *Orientations pour la transformation des services de santé mentale*, Document de consultation, Québec, Gouvernement du Québec.
- OKIN, R., BORUS, J., BAER, L., LEVOND JONES, A., 1995, Long-term outcome of state hospital patients discharged into structured community residential settings, *Psychiatric Services*, 46, 1, 73-78.
- THOMLINSON, D., 1990, Stick to the agenda, *Health Service Journal*, March 15, 393.
- THOMLINSON, D., 1991, Utopia, *Community Care and the Retreat from the Asylums*, Open University Press, Buckingham.

- WALLACE, K., 1994, *Finance in Institution to Community : Friern Lessons Pack*, North East Thames Regional Health Authority, London.
- WARNER, L., FORD, R., 1996, Private investigation, *Health Service Journal*, 4 April, 28-30.
- WING, J., FURLONG, R., 1986, A haven for the severely disabled within the context of a comprehensive psychiatric community services, *British Journal of Psychiatry*, 149, 449-457.
- WYKES, T., 1982, A hostel-ward for « new » long-stay patients : an evaluation study of a ward in a house, in Wing, J., ed., *Long-Term Community Care Experience in a London Borough*, *Psychological Medicine*, supplement 2, 55-97.

ABSTRACT

Transferring lessons on transferring resources

Dowries can be defined as lump sum payments or continuing grants which health authorities make between themselves and to local authorities or voluntary organisations in respect of people with severe mental disorders to be cared for in the community instead of in hospital. This paper has three aims. First to describe how dowries and other processes were set up to encourage the closure of two psychiatric hospitals in England. The broader financing context for mental health care (prior to the reforms in England engendered by the NHS and Community Care Act, 1990) is also described and shows some similarities to the current arrangements in Québec. Second, we abstract some information from a long-running evaluation of the reprovision programme to look at the type of services used in the community by former long-stay patients of these two hospitals and the comparative costs of hospital and community-based care. After leaving hospital, former patients require considerable inputs from other health and social care services; any development of community care for these patients should at the least mirror the facilities provided on the hospital campus. The final aim of this paper is to examine the extent to which this English system of budget reallocation (« dowries ») can be employed in Québec to further reduce long-stay hospital provision. There are many similarities between the health and social care systems of the two countries but there are also organisational and political differences. It is not sensible, therefore, to transfer the English budget reallocation to Québec wholesale, but we suggest that there are important process and implementation issues which can guide the development of financing mechanisms in Québec.