

## L'avenir des hôpitaux psychiatriques en Ontario The future of psychiatry hospitals in Ontario

Kathleen Barnard-Thompson

Volume 22, numéro 2, automne 1997

Le rôle des hôpitaux psychiatriques

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032415ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032415ar>

[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

Barnard-Thompson, K. (1997). L'avenir des hôpitaux psychiatriques en Ontario. *Santé mentale au Québec*, 22(2), 53–70. <https://doi.org/10.7202/032415ar>

Résumé de l'article

Cet article passe en revue les rôles précédents et actuels de l'hôpital psychiatrique et s'interroge sur l'avenir de ces hôpitaux en Ontario. Actuellement et pour le proche avenir, le ministère de la Santé y possède et administre 10 hôpitaux psychiatriques, chacun desservant une population de 250 000 à plus de 3 millions. Outre l'expertise clinique, les hôpitaux psychiatriques ontariens contribuent grandement à l'enseignement et à la recherche. Le mouvement provincial de réforme en santé mentale revendique un transfert des ressources vers la communauté et une réduction des hôpitaux psychiatriques d'ici l'an 2003. En réaction aux pressions fiscales, en 1996, une législation établissait la Commission de restructuration des services en santé (CRSS), une corporation autonome ayant les pouvoirs de restructurer et reconstruire les services de santé en Ontario. La CRSS a jusqu'à maintenant recommandé la fermeture de quatre hôpitaux psychiatriques d'ici 1999 et l'intégration de leurs services au sein d'autres établissements médicaux. Bien que le système de soins en santé mentale ait besoin d'être rééquilibré, la précipitation engendrée par l'urgence fiscale de fermer les hôpitaux a créé au sein de ces établissements une atmosphère de crise pour le personnel et les patients. Il est peu probable que les ressources communautaires nécessaires seront en place pour accueillir ces changements. Les plans de restructuration fixent un échéancier irréaliste et semblent aussi sous-estimer l'importance du rôle joué par ces hôpitaux dans l'enseignement, la recherche, l'avancement des traitements cliniques et la réadaptation des malades sévèrement atteints. Il se pourrait qu'à long terme, l'intégration des services et la fermeture de ces hôpitaux résultent en un meilleur accès à des services qui soient davantage proches des petites communautés et en une déstigmatisation du malade mental. Toutefois, sans un contrôle serré et un leadership approprié, cela pourrait mener à une diminution de la recherche, de la formation et de la qualité des soins.



## L'avenir des hôpitaux psychiatriques en Ontario

---

Kathleen Barnard-Thompson\*

Pierre Leichner\*\*

Cet article passe en revue les rôles précédents et actuels de l'hôpital psychiatrique et s'interroge sur l'avenir de ces hôpitaux en Ontario. Actuellement et pour le proche avenir, le ministère de la Santé y possède et administre 10 hôpitaux psychiatriques, chacun desservant une population de 250 000 à plus de 3 millions. Outre l'expertise clinique, les hôpitaux psychiatriques ontariens contribuent grandement à l'enseignement et à la recherche. Le mouvement provincial de réforme en santé mentale revendique un transfert des ressources vers la communauté et une réduction des hôpitaux psychiatriques d'ici l'an 2003. En réaction aux pressions fiscales, en 1996, une législation établissait la Commission de restructuration des services en santé (CRSS), une corporation autonome ayant les pouvoirs de restructurer et reconstruire les services de santé en Ontario. La CRSS a jusqu'à maintenant recommandé la fermeture de quatre hôpitaux psychiatriques d'ici 1999 et l'intégration de leurs services au sein d'autres établissements médicaux. Bien que le système de soins en santé mentale ait besoin d'être rééquilibré, la précipitation engendrée par l'urgence fiscale de fermer les hôpitaux a créé au sein de ces établissements une atmosphère de crise pour le personnel et les patients. Il est peu probable que les ressources communautaires nécessaires seront en place pour accueillir ces changements. Les plans de restructuration fixent un échéancier irréaliste et semblent aussi sous-estimer l'importance du rôle joué par ces hôpitaux dans l'enseignement, la recherche, l'avancement des traitements cliniques et la réadaptation des malades sévèrement atteints. Il se pourrait qu'à long terme, l'intégration des services et la fermeture de ces hôpitaux résultent en un meilleur accès à des services qui soient davantage proches des petites communautés et en une déstigmatisation du malade mental. Toutefois, sans un contrôle serré et un leadership approprié, cela pourrait mener à une diminution de la recherche, de la formation et de la qualité des soins.

**L**a parution de ce dossier sur le rôle de l'hôpital psychiatrique tombe à point. Bien que le secteur de la santé ait subi des changements profonds à travers tout le Canada, jamais l'Ontario n'y a connu autant de transformations étendues et rapides qu'aujourd'hui et jamais, non plus, l'avenir des hôpitaux psychiatriques n'y a été si incertain.

---

\* Mme Barnard-Thompson, MHA, est directrice du programme administratif à l'hôpital psychiatrique de Kingston.

\*\* M. Leichner, MD, est chef psychiatre à la même institution.

Au début de 1996, une loi provinciale établissait la Commission de restructuration des services en santé (CRSS) comme corporation autonome ayant les pouvoirs de refaire et reconstruire les services de santé en Ontario. Au moment de la fin de la rédaction de cet article, la CRSS a entrepris une tournée dans la province avec le mandat de prendre des décisions et de formuler des recommandations qui : a) assureront l'accès à des services ayant le plus de proximité avec la population, et b) assureront que des services de haute qualité seront dispensés et offerts à un coût abordable, à la fois au trésor public et pour ceux qui paient des services privés.

À ce jour, les contraintes financières ont été mal coordonnées et ont atteint à l'aveuglette tous les secteurs de soins, faisant ainsi perdre des opportunités d'intégration, de coordination, de productivité et d'efficacité améliorées. À cause de l'urgence fiscale en Ontario, la CRSS met l'accent sur la restructuration du secteur hospitalier. Elle formulera aussi des recommandations sur la réforme d'autres secteurs (par exemple, les soins de base) afin d'établir un véritable système de soins de santé en Ontario, une fois terminée la phase de restructuration des hôpitaux.

Cet article passe en revue les rôles précédents et actuels des hôpitaux psychiatriques en Ontario, recense la littérature relative au rôle futur de l'hôpital psychiatrique et s'interroge sur l'avenir des hôpitaux psychiatriques en Ontario.

### **Bref historique des hôpitaux psychiatriques en Ontario**

Ce n'est qu'en 1830 que l'assemblée législative du Haut Canada fait une distinction entre criminels et malades mentaux et autorise des « fonds d'assistance aux aliénés » (« provision for the relief of lunatics ») (Kingston Psychiatric Hospital, 1981). Le premier établissement pour le soin de ces malades ouvre ses portes en juin 1850 lorsque les sommes sont allouées pour la construction d'un asile à Toronto. Avant, ces malades étaient hébergés dans les prisons, au côté des criminels. En fait, le premier endroit utilisé comme asile pour malades mentaux fut la vieille prison York de Toronto. Jusqu'à la permission de construire le Rockwood Asylum à Kingston, obtenue en 1856, les malades mentaux étaient relégués au sous-sol du pénitencier de cette ville. En date de 1932, douze établissements psychiatriques avaient été construits à travers la province avec 11 395 lits (Department of Health, 1934). Le premier mandat de l'asile était de fournir de l'hébergement aux criminels déments adultes. Toutefois, il s'est vite élargi pour inclure les personnes malades émotionnellement et les enfants handicapés mentaux en besoin

« d'assistance publique » (Kingston Psychiatric Hospital, 1981). Avec la Confédération, en 1867, la responsabilité des asiles fut confiée aux gouvernements provinciaux. À la fin du 19<sup>e</sup> siècle, quelques améliorations seront apportées au traitement des malades mentaux, en particulier la réduction des méthodes répressives, l'inclusion de l'ergothérapie, et de l'enseignement, et la formation aux médecins et infirmières dans le champ psychiatrique. Ce n'est pas avant le début des années 1900 que l'asile sera reconnu officiellement et appelé hôpital.

Avec l'arrivée des traitements biologiques, la thérapie des électrochocs dans les années 30, les médicaments psychotropes des années 50, et la volonté politique de procéder, il y eut une vague de désinstitutionnalisation dans les années 60 en Ontario, comme ailleurs en Amérique du Nord. La réduction des dépenses et la sortie des patients des établissements psychiatriques ont mené à un certain degré d'intégration des services psychiatriques aux services médicaux et par conséquent, à une augmentation du nombre de lits psychiatriques dans les hôpitaux généraux. Entre 1961 et 1987, les hôpitaux psychiatriques provinciaux baissaient de 14 158 lits à 4831 et le nombre de lits psychiatriques des hôpitaux généraux augmentait de 431 à 2201 (Goering et al., 1992). Au cours de cette période, les hôpitaux psychiatriques provinciaux continuaient de dispenser des soins aux malades plus sévères et chroniques alors que les unités des hôpitaux généraux s'occupaient des personnes à court terme, moins malades et plus faciles à soigner. Il y a actuellement en Ontario 2148 lits en santé mentale court terme, soit 28 lits par 100 000 de population, et 2844 lits à long terme, ou approximativement 30 lits par 100 000 de population.

La gestion des hôpitaux psychiatriques demeure toujours sous l'égide de la province, comme dans les années 1800. Le département des services en santé mentale du ministère de la Santé était, à l'origine, seulement responsable des hôpitaux psychiatriques. En mai 1990, il assumait aussi la responsabilité de quatre hôpitaux psychiatriques spécialisés, de 67 unités psychiatriques des hôpitaux généraux et de l'*Addiction Research Foundation*, dans un effort pour améliorer la coordination des services hospitaliers en santé mentale. En 1993, ce département devenait le Groupe des programmes et services en santé mentale (GPSSM) (Mental Health Programs and Services Group) avec la fusion de la responsabilité des services hospitaliers et des services communautaires, sous l'égide d'un sous-ministre adjoint pour la santé mentale. Plus récemment, le ministère de la Santé a assumé une « structure de transition » qui a entraîné la fusion des services communautaires et institutionnels sous la responsabilité d'un sous-ministre adjoint. Au sein du

GPSSM, il y a trois directeurs régionaux (pour le nord et l'est ; le centre ; et le sud et l'ouest), qui relèvent du sous-ministre adjoint. Le ministère a indiqué que la période de transition mènera au développement de bureaux locaux, qui seront responsables de l'implantation d'un système intégré de dispensation de services. Toutefois, aucune date n'a encore été annoncée. Le ministère de la Santé a aussi indiqué qu'il travaillait à une intégration plus étroite des programmes, en collaboration avec le ministère des Services Sociaux et Communautaires.

Actuellement, et pour le très proche avenir seulement, le ministère de la Santé possède et gère 10 hôpitaux psychiatriques, un dans chacune des villes de Hamilton, London, St. Thomas, Toronto, Whitby, Kingston, Brockville, North Bay, Penetanguishene et Thunder Bay. Chacun de ces hôpitaux dessert une population spécifique au sein d'un secteur regroupant un certain nombre de comtés ayant une population allant de 250 000 à plus de 3 millions. Le Centre de santé mentale Queen Street est, avec 442 lits, le plus grand établissement, et l'hôpital psychiatrique Lakehead, de Thunder Bay, le plus petit avec 132 lits. En général, tous les hôpitaux psychiatriques dispensent des services hautement spécialisés pour les malades ayant des troubles sévères et persistants ; ces services vont des soins intensifs à la réadaptation et au suivi communautaire, tous organisés dans des programmes pour le traitement et la réadaptation des adultes, la psychiatrie gériatrique et la psychiatrie médico-légale.

En plus de l'expertise clinique, les hôpitaux psychiatriques provinciaux contribuent grandement aux efforts de recherche dans le domaine de la santé mentale. Chaque établissement possède un directeur de recherche ainsi que des ressources pour faire la recherche clinique dans les sciences fondamentales et l'évaluation de programmes.

L'enseignement est une autre fonction première de l'hôpital psychiatrique, puisque la plupart des établissements sont étroitement affiliés à un des cinq centres provinciaux des sciences de la santé. Les établissements psychiatriques à travers la province constituent d'excellents centres de formation pour les étudiants en psychiatrie, mais aussi pour les étudiants de nursing, de médecine, de psychologie, d'ergothérapie, des sciences du comportement et la pastorale.

Les hôpitaux psychiatriques en Ontario ont aussi une infrastructure de support et de défense des droits à travers les conseils de patients, les comités consultatifs communautaires et les bureaux de défense des droits des patients. Les conseils de patients ont pour la première fois été établis à l'hôpital psychiatrique de Kingston et au Centre de santé men-

tale Queen Street afin de faire entendre la voix des malades psychiatriques. Ces conseils facilitent aussi la gestion des commerces gérés par les usagers. Les comités consultatifs communautaires n'ont aucun pouvoir décisionnel; toutefois, ils agissent comme lien entre les communautés qu'ils représentent, l'hôpital psychiatrique et le ministère de la Santé. Chaque hôpital psychiatrique a aussi un bureau de défense des droits des patients qui dispense des conseils sur leurs droits, particulièrement sur les questions touchant à l'internement obligatoire et au consentement du patient.

En bref, les hôpitaux psychiatriques en Ontario se sont transformés en organisations multidisciplinaires spécialisées, offrant une gamme de services internes et externes pour les malades mentaux sévères et persistants, tout en facilitant la recherche et l'enseignement. Malheureusement, des fossés dans la planification des besoins de ces malades ont mené — comme ailleurs en Amérique du Nord — au syndrome de la « porte tournante » (taux élevé de réadmissions) et à des services insuffisants pour les patients qui tentent de réintégrer la communauté de leur choix. En conséquence, les patients et leurs familles ont tendance à demeurer dans la communauté située le plus près de l'hôpital psychiatrique. Bien que les établissements psychiatriques aient commencé à travailler plus étroitement avec les hôpitaux généraux et les agences communautaires, une amélioration s'avère nécessaire pour réellement coordonner et intégrer les services au sein d'un système de soins pour ces malades. Des coupures fiscales importantes et continues au cours de ces six dernières années, en plus d'un remaniement bureaucratique continu au sein du ministère de la Santé, ont freiné le processus de coordination et d'intégration.

### **L'avenir : une perspective américaine**

Une grande partie de la littérature qui porte sur l'avenir de ces établissements a trait aux hôpitaux psychiatriques publics aux États-Unis. Bien qu'ils ressemblent beaucoup aux établissements ontariens, il est important de ne pas oublier une différence fondamentale. Les hôpitaux psychiatriques publics américains peuvent être considérés comme un dernier recours pour les pauvres et les malades mentaux sévères, sans assurance médicale, qui n'ont pas accès aux soins privés. Notre système de santé Medicare et l'absence d'hôpitaux psychiatriques privés ont permis, jusqu'à tout récemment, un meilleur financement des hôpitaux psychiatriques ontariens que celui des hôpitaux psychiatriques publics américains, la dispensation des services de qualité égale à tous les Ontariens souffrant de troubles sévères et persistants.

Robbins et Van Rybroek (1995) affirment que les hôpitaux psychiatriques américains continuent de fournir des services aux patients chroniques les plus difficiles et les plus agressifs et décrivent ces établissements comme servant de ressources aux programmes communautaires. Fisher et al. (1996) ont publié une étude portant sur deux hôpitaux psychiatriques du Massachusetts, dont l'un a connu une baisse plus rapide du nombre de lits à cause de l'expansion des ressources communautaires dans le secteur desservi. L'étude conclut que bien que des traitements alternatifs permettaient de rediriger plusieurs types de patients des hôpitaux psychiatriques, les services communautaires élargis et les lits alternatifs pour résidents n'ont pas réussi à relocaliser certains sous-groupes de patients, notamment les récidivistes et les patients dont le comportement présente un risque dans un environnement autre qu'hospitalier. Fisher et al. soutiennent que bien que plusieurs patients peuvent être desservis par le milieu communautaire, il restera toujours une sous-population qui aura besoin de l'environnement plus sécurisant et efficace de l'hôpital psychiatrique d'État. Bachrach (1996) estime que les hôpitaux psychiatriques publics deviendront les partenaires d'un système plus global de soins et offriront les services qu'ils dispensent le mieux : le monitoring du cours de la maladie chez les plus malades ; le traitement ; les soins médicaux ; le refuge ; les soins résidentiels ; l'intervention de crise ; la structure sociale ; la sécurité pour les patients et la communauté ; le soutien aux familles, la formation, et le répit. Bachrach reconnaît aussi le potentiel des « opportunités inégalées » de recherche et de formation d'un système doté d'un établissement psychiatrique spécialisé.

Ces études prévoient un rôle continu pour l'hôpital d'État au sein d'un système plus large. Elles identifient, de plus, le besoin pour les hôpitaux publics de coordonner leurs efforts en collaboration avec les centres communautaires de santé mentale, les hôpitaux privés et les dispensateurs de soins en santé mentale, les universités, les usagers et les groupes de défense des droits, afin de développer un système cohérent partageant une même vision. Il existe certains exemples d'hôpitaux psychiatriques qui sont partie intégrante d'un tel système cohérent. Dans le comté de Dane, au Wisconsin, des projets de collaboration entre les hôpitaux et les organismes communautaires, incluant la consultation psychiatrique (par téléphone et vidéo), la formation aux médecins de première ligne et l'initiation de conférences dans les communautés rurales, sont en cours (Robbins et Van Rybroek, 1995).

Il n'est pas surprenant que les tendances observées par Witkin et al. (1996) indiquent qu'il y aura moins d'hôpitaux psychiatriques et

moins de lits, donc une population et un financement réduits pour les hôpitaux psychiatriques publics. Au cours de la période étudiée (1970-92), une réduction du nombre total des effectifs à temps plein a été notée, mais avec une augmentation de la proportion de professionnels, ce qui indique peut-être que l'amélioration de la compétence et du niveau d'expertise sont requis pour le traitement de malades plus sévères et d'une clientèle plus difficile à gérer. Witkin soutient que l'utilisation des hôpitaux psychiatriques pour les soins des patients continuera de décroître à cause des législations, de l'amélioration de la médication, et d'une tendance accrue aux soins communautaires et au suivis comme alternatives aux soins hospitaliers.

Douglas et al. (1994) ont interrogé des responsables de départements de psychiatrie aux États-Unis. Ces derniers estiment que les médecins résidents peuvent obtenir des expériences de formation de niveau élevé à l'hôpital psychiatrique public, notamment à cause de la supervision et de la formation de qualité offertes aux résidents, de la diversité de la population de patients et de l'exposition au secteur public. Plus de la moitié des responsables interrogés estimaient que la rotation des hôpitaux psychiatriques était d'une importance majeure pour leur programme de résidence. Presque la moitié des responsables interrogés estimait que leur département dépend des hôpitaux psychiatriques pour le salaire des résidents et leur formation. La plupart étaient en mesure d'identifier des avantages spécifiques de la rotation des hôpitaux psychiatriques pour les départements et les résidents.

Ainsi donc, la littérature américaine semble appuyer l'idée d'un rôle clinique et d'enseignement spécialisé pour les hôpitaux psychiatriques publics, et comme partenaires d'un système global de soins pour les malades sévères et persistants.

### **L'avenir : une perspective canadienne**

La littérature canadienne propose aussi un rôle similaire pour les hôpitaux psychiatriques provinciaux. Danson (1992), un ancien directeur de département de santé mentale (Mental Health Facilities Branch), affirmait qu'un rôle important attendait les hôpitaux psychiatriques dans l'avenir. Selon sa vision des choses à ce moment là, ces établissements dispenseraient des programmes spécialisés à la fois pour les patients internes et externes, en mettant l'accent sur la réadaptation psychosociale. Il avait aussi envisagé une reconnaissance de l'hôpital psychiatrique comme centre régional de ressources lié à la communauté plutôt qu'isolé. Sa vision incluait une consultation accrue et un soutien aux services communautaires et l'intégration des patients, du personnel, des



services de traitement et de réadaptation à la communauté en lien plus étroit avec les programmes communautaires. De plus, il suggéra que les hôpitaux psychiatriques soient engagés dans le développement d'indicateurs de qualité et de normes de qualité de soins, en plus de poursuivre leur contribution notable à la recherche, à la formation des professionnels en santé mentale et à la formation du personnel, des patients et de la communauté en général.

Pour soutenir le rôle éducatif et de recherche des hôpitaux psychiatriques, divers auteurs suggèrent que ceux qui ont une masse critique de patients et de professionnels en santé mentale deviennent de véritables centres d'enseignement pour les universités, les collèges, le personnel des hôpitaux et des organismes communautaires, les patients et le public en général (Dudley et al., 1992; Merskey et Kazarian, 1992).

### **La réforme en santé mentale — l'avenir pour l'Ontario**

Jusqu'à tout récemment, la politique de santé mentale en Ontario a mis l'accent sur une planification à court terme, fondée sur des crises, des élections et les années au pouvoir des partis politiques. Selon Simmons (1990), l'appui au transfert des ressources des hôpitaux psychiatriques aux services communautaires existe depuis longtemps. Toutefois, aucune action n'a été prise dans ce sens même si des propositions ont été portées à l'attention du ministère. Simmons soutient que l'Ontario a besoin d'un plan de changement qui soit cohérent et à long terme. La province a aussi besoin d'une volonté politique qui s'engage à corriger véritablement les déséquilibres du système, c'est-à-dire qui s'assure que les services communautaires soient disponibles aux personnes souffrant de troubles sévères et persistants et qui prévoit une réduction des options de soin basées sur le centre hospitalier.

Dans une certaine mesure, cette philosophie de long terme, de planification d'ensemble et d'évaluation est déjà mise en lumière avec la publication du rapport Graham en 1988. Le document *Renforcer le soutien communautaire à la population : planification de la santé mentale en Ontario*, (Building Community Support for People: A Plan for Mental Health in Ontario), (Graham Report, 1988) a aussi formulé plusieurs recommandations en faveur du développement d'un système intégré de soins mettant l'accent sur l'individu.

Reconnaissant qu'il n'y avait pas en Ontario de véritable « système » de soins en santé mentale, mais plutôt plusieurs solitudes qui sont les hôpitaux psychiatriques, les hôpitaux généraux et les programmes communautaires, le ministère s'était alors engagé à planifier

un changement et à travailler à des liens accrus et à l'intégration des services afin d'en améliorer la continuité et la qualité. En 1993, le rapport *Mettre la personne au premier plan : La réforme de santé mentale en Ontario*, (Putting People First: The Reform of Mental Health Services in Ontario), publié par le ministère établissait plusieurs objectifs et échéanciers afin d'assurer ce changement échelonné sur dix ans (1993-2003). Le document recommandait un transfert des ressources de l'institutionnel au communautaire et une réduction du nombre de lits psychiatriques de sorte que d'ici l'an 2003, 60 % des ressources financières en santé mentale soit consacré à dispenser des services communautaires, et 40 %, des services institutionnels. De plus, on réduirait les 58 lits psychiatriques actuels par 100 000 de population à 30 par 100 000, comprenant 18 lits de soins aigus et 12 lits à long terme. Plus récemment, la CRSS a proposé des objectifs intermédiaires afin d'allonger l'échéancier pour permettre un transfert approprié des services institutionnels à la communauté. Les objectifs sont les suivants : d'ici l'an 2000, 37 lits par 100 000 de population, incluant 21 lits de soins aigus et 16 lits à long terme ; et d'ici l'an 2003, 35 lits par 100 000, incluant 21 lits soins aigus et 14 lits à long terme. La CRSS n'a toujours pas établi d'échéancier spécifique pour l'établissement de 30 lits psychiatriques par 100 000 de population (voir Tableau 1).

**Tableau 1**  
Transfert de ressources suggéré par  
*Mettre la personne au premier plan* et la CRSS

<i>Mettre la personne au premier plan</i>	1993	2000	2003
Financement des soins institutionnels	80 %		40 %
Financement des soins communautaires	20 %		60 %
Lits psychiatriques/100,000 de population	58		30
– aigu	28		18
– longue durée	30		12
<b>CRSS</b>			
Lits psychiatriques/100,000 de population	58	37	35
– aigu	28	21	21
– longue durée	30	16	14

*Mettre la personne au premier plan* reconnaissait aussi clairement le rôle de l'hôpital psychiatrique comme dispensateur de « traitement spécialisé, de réadaptation et de services de réintégration pour les personnes souffrant de problèmes psychiatriques graves et difficiles à

gérer ». De plus, le document confiait aux conseils de santé des districts la responsabilité de planifier l'implantation en utilisant les plans de gestion et d'opérationnalisation stratégiques des hôpitaux psychiatriques de concert avec les leurs. Cette recommandation laissait entendre que la crédibilité et les besoins de services et d'expertise des hôpitaux psychiatriques étaient garantis pour l'avenir.

Un autre document récemment publié par la CRSS (1997) décrit les objectifs d'intégration du système de soins de santé pour réduire les barrières entre les divers secteurs de santé et ainsi permettre une meilleure circulation des patients et des services entre l'hôpital, les soins à domicile, les agences communautaires et les soins de base. L'implantation de la vision de la CRSS aura manifestement l'impact le plus grand sur l'avenir des hôpitaux psychiatriques et, en fait, sur l'avenir de tous les hôpitaux en Ontario.

La CRSS serait probablement d'accord avec Verlaan (1995) qui notait que la marge de manœuvre pour faire de nouvelles compressions budgétaires sans mettre en péril la qualité et l'accès, se rétrécissait. Il faudra donc, selon Verlaan, restructurer les services de façon intégrée et coordonnée avec les autres composantes du système de santé et de services sociaux. Là où les organismes se livraient bataille pour protéger leur propre intérêt, ils doivent aujourd'hui travailler de concert pour développer un système intégré complet à un niveau local/régional qui réponde aux besoins de la population de leur secteur.

Dans les communautés évaluées par la Commission, il n'y a pas un établissement psychiatrique qui soit demeuré intact. Dans la région de Toronto, le Centre de santé mentale de Queen Street est fusionné avec un autre établissement spécialisé, l'Institut de psychiatrie Clarke, qui est administré par un conseil communautaire. À Thunder Bay, la fermeture de l'hôpital Lakehead a été prévue pour 1999, ses lits et services psychiatriques étant transférés sous la responsabilité du système hospitalier général. Les hôpitaux de London et St. Thomas doivent aussi fermer leurs portes ces prochaines années, les responsabilités des soins psychiatriques passant au Centre des sciences de la santé de London. Pour la région d'Ottawa, les changements annoncés prévoient la fermeture de l'hôpital de Brockville dont les responsabilités seront transférées à l'hôpital Royal d'Ottawa.

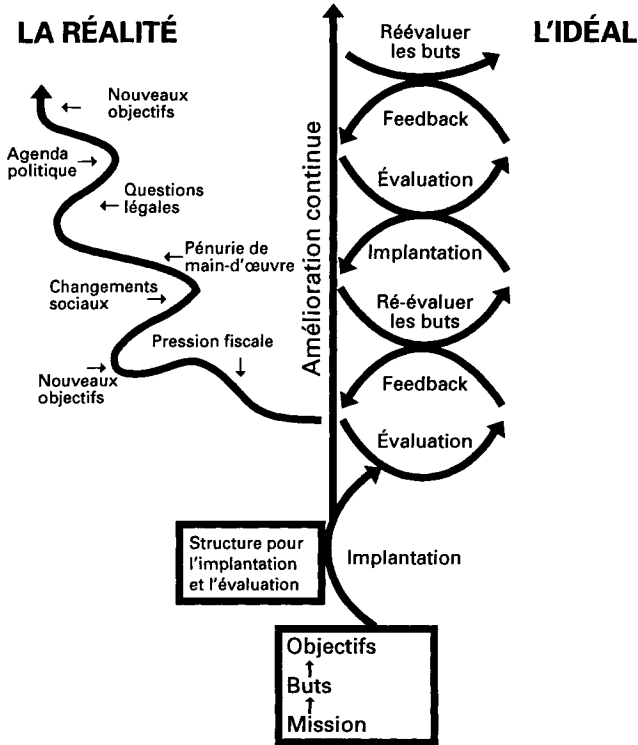
Au moment de mettre sous presse, la CRSS n'avait pas encore visité les villes de Whitby, Kingston, Penetanguishene, North Bay ou Hamilton (où il existe des hôpitaux psychiatriques). Toutefois, la tendance semble évidente.

## Discussion

Avant la mise sur pied de la CRSS, il semblait y avoir dans les rapports d'experts — y compris le rapport Graham et *Putting People First* — un consensus : les hôpitaux psychiatriques préserveraient leur rôle important de dispensateur de services pour les personnes souffrant de troubles sévères et persistants. On envisageait, semble-t-il, des centres plus petits mais hautement spécialisés pour le traitement et la réadaptation des personnes sévèrement malades, en lien étroit avec les soins aigus et les agences communautaires. Cette vision a maintenant été modifiée en faveur d'une fermeture des hôpitaux psychiatriques et d'une intégration de leur services traditionnels au sein d'autres établissements hospitaliers et d'agences communautaires. Selon Bachrach (1996), étant donné que les hôpitaux psychiatriques publics sont largement perçus comme indésirables, les planificateurs privilégieront n'importe quel autre genre d'établissement pour dispenser les services de santé mentale. Il est donc impératif que les hôpitaux psychiatriques fournissent des informations appropriées qui reflètent les coûts et les bénéfices véritables de l'hôpital.

Ce qui a manqué en Ontario, c'est la capacité de suivre un modèle organisé dans la planification, l'implantation et l'évaluation des activités en vue de se mouvoir sur un continuum d'amélioration de la qualité. Nous avons eu tendance, au contraire, à nous laisser mettre de côté par les pressions fiscales, les réductions de personnel, les questions légales, les changements idéologiques et sociaux qui ont freiné l'atteinte de nos objectifs à long terme et l'amélioration d'un meilleur système de soins (voir Figure 1).

**Figure 1**  
Modèle pour une amélioration continue de la qualité des soins



Idéalement, une fois développées une vision et une définition de la mission du système et de ses objectifs, une structure administrative responsable de l'implantation et de l'évaluation des changements du système devrait être mise en place. De plus, des protocoles d'évaluation devraient être établis *avant* que les changements ne soient faits. Ceci permettrait de recueillir et de prendre en compte les commentaires de tous et ainsi de mieux surveiller l'atteinte des objectifs, et de s'ajuster s'il y a lieu.

Malheureusement, des changements sont recommandés sans que les structures et les processus soient en place pour effectuer une transition efficace et efficiente qui dérange le moins possible les patients. Au niveau des structures administratives, par exemple, les autorités régionales ne sont pas encore en place pour diriger l'implantation et l'évaluation des changements proposés au système. Bien que la CRSS les ait

recommandées, seulement une des autorités régionales a été mise en place, comme projet pilote dans la région de Thunder Bay. Malheureusement, les dispensateurs de soins de santé n'ont pas le droit de siéger comme membres votants aux conseils d'administration des autorités régionales et sont considérés à titre de consultants seulement. Il est à noter, toutefois, que certains groupes, par exemple, l'Association psychiatrique de l'Ontario, s'opposent à la création d'autorités régionales. En fait, le ministère lui-même semble prudent quant à leur création. On craint de créer une bureaucratie supplémentaire qu'on associe à une baisse d'efficacité dans le financement ponctuel et approprié des services en santé mentale à travers la province. Cependant, une chose est claire, on a besoin de leadership pour que l'implantation de la réforme soit un succès. Ce serait peut-être plus approprié et efficace si les administrations régionales du *Groupe des programmes et services en santé mentale* agissaient comme autorités régionales, déménageaient de leur siège social de Toronto, et travaillaient dans leurs régions respectives. Cette option offrirait plusieurs avantages. Les gens en poste auraient un portrait plus global des soins en santé mentale au sein du système complet de soins de santé et auraient accès aux ressources de soutien et aux informations du ministère. Aussi, il n'y aurait aucune duplication ou peu, ni d'augmentation des niveaux bureaucratiques, chose difficilement tolérable en ces temps économiques difficiles. En travaillant de concert avec des comités consultatifs de patients, de familles et de dispensateurs de soins, les autorités régionales du Groupe seraient peut-être en mesure de fournir le leadership et la stabilité nécessaires pour implanter avec succès une réforme au sein d'un système intégré.

La planification courante pour réduire le nombre de conseils de santé de districts de 33 à 16, le redécoupage des secteurs et la réorganisation des services (démarrés par les institutions afin de respecter un budget réduit) compliquent et fragmentent une planification et une implantation en douceur des changements.

À ce jour, les résultats de cet exercice de restructuration loin d'être idéalement orchestrée ont provoqué de l'angoisse chez les usagers, les communautés et les dispensateurs de soins, en plus d'engendrer une résistance passive et ouverte à l'implantation des recommandations de la CRSS. Les pressions combinées des contraintes financières et des recommandations de la CRSS ont encouragé davantage le territorialisme plutôt que le partenariat et l'intégration des services. Les hôpitaux psychiatriques dont la CRSS a prévu la fermeture ont connu des démissions du personnel clinique spécialisé et devront faire face à une pénurie de personnel psychiatrique.

En nous basant sur le dossier de la planification et des orientations depuis le rapport Graham de 1988, *Putting People First* de 1993, et d'autres documents plus récents de la CRSS, nous anticipons le transfert de tous les hôpitaux psychiatriques provinciaux vers la gestion communautaire (*Community boards of governance*), fort probablement à des conseils déjà existants en général ou à d'autres établissements psychiatriques spécialisés. Il y a plusieurs scénarios possibles : lesquels seront adoptés dans chacune des régions dépendra des besoins et des ressources propres à chacune. Bachrach (1996) soulignait que les hôpitaux psychiatriques publics ne sont pas homogènes mais dispensent une variété de services selon la population du secteur desservi, les ressources et l'expertise du personnel. La même chose peut être dite des hôpitaux psychiatriques provinciaux qui soutiennent le concept de confier à des autorités de santé mentale régionales, la responsabilité de la planification et de l'implantation des changements à un niveau régional et local guidé par la vision, les principes et les lignes directrices de la province.

Les mêmes prédictions sur le rôle important et continu des hôpitaux psychiatriques ont été faites pour de bonnes raisons ; certaines questions liées à cette période de changements profonds et rapides sont donc inquiétantes. L'exercice de restructurer rapidement le système de soins est basé principalement sur des motivations fiscales. Bien qu'un rééquilibrage du système de l'institutionnel au communautaire doit donc avoir lieu, l'objectif premier de l'an 2003 du ministère semble beaucoup plus raisonnable que les échéanciers établis par la CRSS (par exemple, on a suggéré que plusieurs des hôpitaux psychiatriques ferment en 1999). Les nouveaux plans de restructuration fixent non seulement des échéanciers irréalistes, ils semblent sous-estimer l'importance qu'ont eue les hôpitaux psychiatriques dans l'enseignement, la recherche, l'avancement du traitement clinique et la réadaptation des malades mentaux sévères. Il est possible que la recherche et l'enseignement des spécialités et sous-spécialités psychiatriques connaissent une baisse au niveau de la quantité et de la qualité. Avec une baisse de la spécialisation et une fragmentation accrue des services dispensés par des centres psychiatriques d'excellence, on risque davantage de subir une baisse de la compétence du personnel. Il y a aussi des possibilités de fragmentation accrue des soins lorsque l'on confie à plusieurs établissements et agences indépendantes la gestion d'un continuum de soins pour les individus. Il n'est pas non plus évident que l'intégration des soins psychiatriques à d'autres services médicaux et de santé réglera la question de la stigmatisation des malades mentaux.

La criminalisation des malades mentaux, fort possible si le support et les services ne sont pas disponibles ou accessibles, pourrait en fait ajouter au stigmate de la maladie mentale. Il est intéressant de noter qu'il y a plus de 150 ans, les hôpitaux psychiatriques ont commencé comme des unités médico-légales. Bien qu'aujourd'hui les plans n'aillent pas dans ce sens, la création d'établissements médico-légaux autonomes pourrait, selon nous, stigmatiser davantage les malades mentaux. Il serait donc préférable d'éviter un tel chemin. Récemment, on a constaté une augmentation du nombre d'évaluations ordonnées par les tribunaux pour des citoyens ayant commis des infractions mineures (par exemple, vandalisme, vol) dans la communauté et qui ont une maladie mentale. En général, ces gens ont besoin de soins psychiatriques mais l'accès aux services se fait à travers les tribunaux. Sommes-nous en train de revenir au temps où les malades mentaux sévères étaient soit considérés comme des criminels et incarcérés soit marginalisés par la société? Nous ne le pensons pas. La sensibilisation accrue aux besoins des personnes souffrant de troubles sévères et persistants et les efforts concertés pour réformer le système tout en maintenant le financement et les ressources, peuvent atténuer cette tendance.

## **Conclusion**

Que pouvons-nous conclure au sujet de l'avenir des hôpitaux psychiatriques en Ontario? En 1992, on se demandait qui aurait la responsabilité de ces établissements et quel serait leur rôle futur. Aujourd'hui, on semble plutôt se demander quel hôpital sera fermé et qui dispensera les services cliniques offerts par cet établissement. Une chose est certaine, le statu quo de la gestion et de la responsabilité provinciales ne prévaudra pas.

Depuis la première vague de désinstitutionalisation, nous sommes conscients du besoin flagrant d'avoir un soutien communautaire suffisant en qualité et en quantité pour répondre aux besoins de la population de malades sévères et persistants, et tenu de répondre des services rendus. Jusqu'à maintenant, nous avons l'impression que les millions de dollars siphonnés des budgets d'opération des hôpitaux psychiatriques ces dernières années n'ont pas, en fait, été transférés aux services communautaires en santé mentale. Afin d'assurer une transition en douceur des soins, nous espérons que ces services communautaires seront mis en place avant les nouvelles fermetures de lits et les réductions des services pour résidents. Nous espérons aussi que le soutien communautaire sera renforcé grâce au redéploiement des effectifs (et donc de l'expertise) des hôpitaux psychiatriques et des unités psychiatriques des hôpitaux



généraux dans des programmes et services communautaires. Cela devrait faire partie d'un plan global de ressources humaines.

La question du site ou de l'immeuble particulier où les soins sont prodigués n'a pas, selon nous, une très grande importance. L'important est de voir à ce que les services nécessaires, continus et appropriés soient dispensés aux personnes souffrant de troubles sévères et persistants dans la communauté de leur choix, et que le personnel les prodiguant soit compétent, expérimenté et voué aux soins de ces malades. Le succès de l'intégration et de la transition vers les soins communautaires dépendra de la coopération et du support du personnel, des patients, des familles, des agences communautaires, et de facteurs comme la disponibilité d'un hébergement approprié, les occasions de travail et les choix de loisir et de récréation.

Selon Verlaan (1995), il y a des leçons à tirer de l'intégration et des efforts précédents de transformation du système. Ainsi, direction et gestion doivent avoir une vision commune et une même compréhension de la réalité qu'elles partagent; les autorités locales doivent avoir le pouvoir, l'expertise et les ressources voulus pour entreprendre la redéfinition des systèmes; les processus décisionnels doivent être structurés en vue de favoriser la mise en place d'un système complètement intégré et unifié. Les leaders du changement doivent prendre un engagement ferme envers la population et posséder une vision et un courage pour passer à travers la période de déni et de résistance associée à la gestion du changement. Étant donné l'urgence de la réalité économique, la transformation du système doit s'effectuer comme un exercice d'implantation avec un penchant pour l'action. La planification des besoins en ressources humaines, le redéploiement des effectifs, le développement d'expertise et la communication seront nécessaires pour soutenir ceux qui travaillent au sein du système.

Nous espérons que la CRSS sera attentive aux leçons du passé et ne mettra pas en péril le succès de l'implantation de la réforme en santé mentale pour des considérations tenant simplement à des échéanciers serrés et à des facteurs financiers.

Il se peut qu'à long terme, l'intégration des services et la fermeture des hôpitaux psychiatriques résultent en un meilleur accès à des services psychiatriques plus à proximité des petites communautés et permettent une déstigmatisation des malades mentaux. Toutefois, sans une surveillance évaluative et un leadership approprié, cela pourrait aussi mener à une diminution de la recherche, de la formation et de la qualité de soins. Le temps nous le dira bientôt.

## RÉFÉRENCES

- BACHRACH, L., 1996, The State of the State Mental Hospital in 1996, *Psychiatric Services*, 47, 10, 1071-1078
- DANSON, H., 1992, *The Current and Future Roles of Provincial Psychiatric Hospitals in Ontario in The Mental Hospital in the 21st Century*, Wall and Emerson, Toronto, Ontario.
- DEPARTMENT OF HEALTH, 1934, *The Hospitals of Ontario : A Short History*, King's Printer, Toronto, Ontario.
- DOUGLAS, E., 1994, A Ten Year Update of Administrative Relationships Between State Hospitals and Academic Psychiatry Departments, *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 11, 1113-1116.
- FISHER, W., 1996, Case Mix in the Downsizing State Hospital, *Psychiatric Services*, 47, 3, 255-262.
- GOERING, P., WASYLENKI, D., GRISONICH, S., 1992, *Deinstitutionalization : Its Process, History, Impact and Implications in Canada, in The Mental Hospital in the 21st Century*, Wall and Emerson, Toronto.
- HEALTH SERVICES RESTRUCTURING COMMISSION, 1997, *A Vision of Ontario's Health Services System*, Health Services Restructuring Commission.
- HEALTH SERVICES RESTRUCTURING COMMISSION, 1997, *Rebuilding Ontario's Health System : Interim Planning Guidelines and Implementation Strategies : A Discussion Paper*, Health Services Restructuring Commission.
- KINGSTON PSYCHIATRIC HOSPITAL, 1981, *125 Year Keeping People Healthy*, Kingston Psychiatric Hospital.
- MERSKEY, H., KAZARIAN, S., 1992, *Research in the Psychiatric Hospital, in The Mental Hospital in the 21st Century*, Wall and Emerson, Toronto.
- ONTARIO MINISTRY OF HEALTH, 1988, *Building Community Support for People : A Plan for Mental Health in Ontario*, Ontario Ministry of Health.
- PERSAD, E., KARZARIAN, S., JOSEPH, L., eds, 1992, *The Mental Hospital in the 21st Century*, Wall and Emerson, Toronto.
- ROBBINS, K., VAN RYBROEK, G., 1995, The State Psychiatric Hospital in a Mature System, *New Directions for Mental Health Services*, 66, 87- 101.
- SIMMONS, H., 1990, *Unbalanced : Mental Health Policy in Ontario, 1930-1989*, Wall and Emerson, Toronto, Ontario.
- VERLAAN, L., 1995, *Integrated Health Systems : A Common Sense Approach to Reinventing Human Services in Ontario*, Managing Change.

WITKING, M., ATAY, J., MANDERSHEID, R., 1996, Trends in State and County Mental Hospitals in the US from 1970 to 1992, *Psychiatric Services*, 47, 10, 1079 - 1081.

## **ABSTRACT**

### **The future of psychiatric hospitals in Ontario**

The purpose of this paper is to review past and present roles and to speculate on the future of the Ontario provincial psychiatric hospitals (PPHs). Currently, and for the very immediate future only, there are 10 PPHs that are owned and operated by the Ministry of Health of Ontario, each serving a specified population ranging from 250,000 to over 3,000,000. In addition to clinical expertise, provincial psychiatric hospitals contribute greatly to teaching and research. Ontario's mental health reform movement has called for a shift of resources to the community and a downsizing of PPHs by 2003. In response to fiscal pressures, in 1996 provincial legislation was passed to establish the Health Services Restructuring Commission (HSRC) as a stand-alone corporation with powers to restructure and reengineer health services in Ontario. The HSRC has to date recommended the closure of 4 PPHs by 1999 and the integration of these services into other medical facilities. While a rebalancing of the mental health system does need to take place, the fiscally driven haste to close hospitals has created a crisis atmosphere in PPHs for staff and patients. It is also unlikely that the necessary community resources will be in place to buffer these changes. The new restructuring plans not only set unrealistic timelines, they seem to underestimate the importance PPHs have played in teaching, research and the advancement of clinical treatment and rehabilitation of the severely mentally ill. It may be that, in the long run, service integration and divestment/closure of the PPHs will result in better access to services closer to smaller communities and in the destigmatization of the mentally ill, however, without close evaluative monitoring and appropriate leadership, it could also lead to decreased research, training and quality of care.