Document generated on 04/18/2024 8:38 a.m.

Santé mentale au Québec

Virage ambulatoire en psychiatrie au Québec : plus de trente ans d'histoire

Claude Vanier

Volume 21, Number 1, Spring 1996

Virage ambulatoire

URI: https://id.erudit.org/iderudit/032376ar
DOI: https://doi.org/10.7202/032376ar

See table of contents

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)
1708-3923 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Vanier, C. (1996). Virage ambulatoire en psychiatrie au Québec : plus de trente ans d'histoire. *Santé mentale au Québec*, *21*(1), 53–59. https://doi.org/10.7202/032376ar

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 1996

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

Santé mentale au Québec, 1996, XXI, 1, 53-60

Virage ambulatoire en psychiatrie au Québec: plus de trente ans d'histoire

Claude Vanier*

Au printemps de 1995, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre publiait le document *L'organisation des services de santé et des services sociaux sur l'île de Montréal — L'atteinte d'un **nouvel** équilibre.* La version finale en fut approuvée par le Ministère quelques mois plus tard. On y retrouve un résumé de l'ensemble des mouvements, projets et modifications budgétaires pour l'organisation de ces services. L'expression «virage ambulatoire» n'y est nullement mise en évidence. Au chapitre du «projet à réaliser», on utilise généralement le terme «continuum des services...».

Le Ministère de la santé et des services sociaux, son réseau, le monde journalistique et la population utilisent les mots «virage ambulatoire» lorsqu'il est question des transformations actuelles dans l'organisation des services, de «virage ambulatoire». Cette expression, régulièrement employée, ne s'applique aucunement aux modifications envisagées en psychiatrie et en santé mentale. En effet, le «virage ambulatoire» y a été amorcé, au niveau mondial, depuis plus de 30 ans, lors des premiers mouvements de désinstitutionnalisation. De la même façon, au Québec, la psychiatrie communautaire s'est développée, et ce, grâce à des investissements humains et financiers importants. Puis ce fut la mise en relief du courant biologique, auquel s'est intégré peu à peu celui des aspects psychologiques et sociaux, favorisant une approche de plus en plus éclectique et mettant à profit aide, support et interventions de plusieurs niveaux. Enfin, la crise des finances publiques favorisera le mouvement actuel vers «un *nouvel* équilibre».

La désinstitutionnalisation

Le phénomène le plus fondamental et le plus significatif en santé publique en Amérique durant ce siècle est sans contredit le mouvement de la désinstitutionnalisation (Okin, 1995).

* L'auteur, MD, FRCPC, préside l'assemblée des chefs de département de psychiatrie de l'île de Montréal.

À partir de ce mouvement des années 50, et coïncidant avec l'avènement du Largactil (utilisé pour la première fois en Amérique à Montréal), le « virage ambulatoire » en psychiatrie était né. Comme pour l'ensemble des grands changements survenus dans l'organisation des services de santé et des services sociaux, les découvertes scientifiques et les nouvelles approches cliniques ont favorisé cette importante modification. Il en est ainsi de nos jours pour la réduction des durées de séjour pour certaines chirurgies effectuées grâce à de nouvelles techniques d'interventions. En psychiatrie, cette situation s'est réalisée en bonne partie suite à l'utilisation de médicament antipsychotique. Évidemment, d'autres forces sont venus accentuer et favoriser ce genre de mouvements. Il en fut ainsi pour la désinstitutionnalisation au moment où la société a dénoncé l'existence des grands asiles (Goffman, 1961). La désinstitutionnalisation s'est poursuivie ces dernières décennies avec le développement de ressources intermédiaires et l'orientation vers des centres d'hébergement de soins de longue durée d'un certain nombre de personnes âgées ne nécessitant plus de soins psychiatriques actifs.

Parallèlement à la psychiatrie communautaire, survenue plus tard comme une suite logique au démantèlement des grandes institutions psychiatriques, les années 70 voient de nombreux patients dirigés vers des soins de psychiatrie hospitaliers de longue durée. Ils constituaient « les moins beaux cas » pour lesquels la psychiatrie moderne de l'époque s'avouait impuissante. Alors que la majorité des psychiatres s'en désintéressent, un petit nombre s'en préoccupe au niveau des services de longue durée des hôpitaux psychiatriques. Puis, à partir des années 80, de nombreux autres malades présentant des troubles sévères et persistants s'entassent dans les départements de psychiatrie d'hôpitaux généraux, faute de place dans les institutions psychiatriques, vu la désinstitutionnalisation déjà engagée et le souci des intervenants d'améliorer l'environnement écologique de ces institutions. Lesage et Morissette (1993) ont déjà souligné l'importance des ressources devant être allouées à ces grands malades lorsqu'il s'agit de répondre à leurs besoins. L'impopularité des services psychiatriques hospitaliers de longue durée, favorisée par les critiques des années 60, fait en sorte qu'on assiste à un désinvestissement global de ce type de soins, au détriment d'une nouvelle population institutionnalisée issue de l'échec de la psychiatrie communautaire des années 70. Une exception à ce sous-investissement: pour les patients présentant des troubles sévères et persistants ayant commis des crimes majeurs et pouvant présenter un danger, on a pu créer un institut offrant les services nécessaires à leurs besoins.

L'élimination complète des lits pour hospitalisation de longue durée apparaît, dans l'état de nos connaissances et de l'évolution de

notre société, comme irréaliste. L'existence de soins et de services intra-hospitaliers de longue durée s'avère nécessaire. On devra y investir l'énergie suffisante pour ne pas répéter l'erreur des années 70 et 80. Le projet de la Régie concernant le continuum des services ne prévoit malheureusement aucun investissement pour cette catégorie de malades. (Vanier et al., 1995)

La psychiatrie communautaire

Les réformes sociales et législatives nées après le début de la *désinstitutionnalisation* ont permis, aux États-Unis, la mise sur pied des *Mental Health Clinics* et au Québec, suite à la Commission Bédard, le développement d'équipes de secteur favorisant l'émergence de la psychiatrie communautaire. Comme Lesage et Lamontagne (1984) le soulignent, c'est armée d'espoir et de peu de moyens thérapeutiques que la psychiatrie communautaire s'est alors implantée pour endiguer la déchéance des malades psychotiques.

Certains principes de base nécessaires à la pratique de la psychiatrie communautaire, soit l'accessibilité universelle et l'implication communautaire, sont à la source du déclin de cette approche. Les limitations qu'ils engendraient de facto, la trop grande étendue du champ de cette psychiatrie et le délaissement des grands malades psychotiques, pourtant l'une de ses raisons d'être, ont favorisé sa mise au rancart. Par ailleurs, des principes comme la continuité des soins et l'existence d'une équipe multidisciplinaire ont pu se maintenir contre vents et marées, à l'intérieur d'un système respectant la notion de secteur, favorisant ainsi une responsabilité générale envers une population spécifique devant, cette fois-ci, être obligatoirement référée par un généraliste placé en première ligne.

Nouvelle émergence du courant biologique et intégration des facteurs sociaux et psychologiques

À la suite de la psychiatrie communautaire, la psychiatrie biologique, en grande partie responsable de la désinstitutionnalisation des années 50, réémerge, permettant à de nombreux malades d'en tirer profit. Les acquis antérieurs concernant les facteurs psychologiques et sociaux, importants dans l'éclosion et la compréhension des maladies, refont aussi surface, souvent à un niveau différent. Leur contribution est telle qu'ils sont tôt reconnus comme éléments essentiels à considérer dans le traitement des malades présentant des troubles sévères et persistants. (Tessier et Clément, 1992) C'est ainsi que la nécessité de la réadaptation psychosociale s'avère de plus en plus évidente chez ce groupe

souffrant de maladie chronique et chez ceux qui sont délaissés par la psychiatrie communautaire.

En 1989, le Ministère publie une Politique de santé mentale où trop peu de place est consacré aux soins des malades présentant des troubles sévères et persistants. Le domaine de la santé mentale y trouve largement son compte alors que celui de la maladie mentale s'y voit extrêmement limité quant aux énergies et aux investissements à déployer. À certains égards, c'est comme si on venait accentuer et répéter l'échec de la psychiatrie communautaire face aux grands malades souffrant de troubles sévères et persistants. Par ailleurs, cette Politique a fait resurgir l'importance de nombreux facteurs psychosociaux pouvant contribuer à l'éclosion des maladies mentales. Elle a aussi souligné l'implication capitale des services de première ligne.

Le plan d'organisation des services de santé mentale de la région de Montréal métropolitain (PROS 1990-1995) évoquait, dans sa stratégie de mise en place des ressources additionnelles, un besoin de ressources supplémentaires de l'ordre de 47 millions $. Mis à part les sommes supplémentaires qui n'ont pas encore été investies, l'élaboration de ce plan a eu le mérite de servir de guide pour de nombreux intervenants, permettant ainsi une certaine cohérence des actions.

Le continuum des services

La psychiatrie ayant effectué son « virage ambulatoire » bien avant d'autres secteurs de la santé, utiliser cette expression pour illustrer l'accentuation actuelle de certains services en externe en matière de santé mentale constitue un anachronisme évident et fâcheux.

Le continuum des services en santé mentale suscitera une réallocation récurrente de 23,3 millions $ à partir d'une réduction récurrente de 36 millions, soit une coupe nette de 12,7 millions $. Malgré une réallocation de 65% de la réduction en santé mentale par opposition à une réallocation de 45% pour l'ensemble des coupes en santé et services sociaux à Montréal, le financement per capita en psychiatrie demeure nettement inférieur à celui des autres secteurs de la santé. Cette ponction de 12,7 millions $ se fera en bonne partie au détriment des grands malades occupant des lits de soins de longue durée dans les hôpitaux psychiatriques. De plus, la fermeture de 200 lits en psychiatrie de courte durée à Montréal apparaît inquiétante compte tenu des besoins. Devant cette situation, où les ressources intrahospitalières seront de moins en moins disponibles, le niveau de risque pour le psychiatre ayant à faire face à des personnes aux prises avec des pathologies multiples et parfois

graves et sévères deviendra nettement plus élevé, à moins qu'il ne dispose d'autres ressources appropriées.

En plus de cette forte diminution d'investissements, il existe une probabilité significative de coupes supplémentaires, advenant que les réallocations prévues pour les départements de psychiatrie soient tout simplement déplacées vers d'autres besoins en santé physique, ou simplement annulées par les réductions globales à effectuer dans chaque centre hospitalier de soins généraux. De plus, nul ne peut assurer que les réallocations vers les services communautaires et alternatifs viendront contribuer à l'amélioration des soins et des services en santé mentale, malgré le besoin énorme et souvent vital de ces ressources.

Quant aux conditions thérapeutiques et aux milieux de vie des personnes aux prises avec une déficience intellectuelle et un trouble psychiatrique, et trop malades pour avoir pu bénéficier de la vague de réinsertion sociale des déficients intellectuels au tournant des années 90, rien ne semble envisagé pour les améliorer.

On peut déplorer que peu d'investissements soient prévus dans les services externes des départements de psychiatrie où l'on retrouve une grande expertise. Pourtant, référées par les intervenants des CLSC et les médecins de clinique privée, des centaines de personnes sont en attente d'évaluation pour des périodes correspondant souvent à plusieurs mois. On comprend difficilement le transfert massif de fonds à partir d'organisations où l'expertise et l'expérience sont présentes vers d'autres systèmes qui en apparaissent relativement dépourvus.

Par contre, l'investissement financier pour le développement de ressources intermédiaires résidentielles et de réinsertion sociale apparaît clairement salutaire. Pour les personnes souffrant de troubles graves et persistants, la mise en place de programmes de réadaptation psychosociale pourra être bénéfique. Quand la Régie affirme que «ces services devront être disponibles avant le début du processus de désinstitutionnalisation», on doit applaudir. Toutefois, il semble que cette prémisse ne pourra être facilement réalisée car on prévoit effectuer les réallocations au même moment que les réductions. En pratique, on devrait retrouver un intervalle significatif entre les coupes et les réallocations.

La section concernant le continuum des services en santé mentale demeure malheureusement muette quant à la question des effectifs médicaux à Montréal. Même si le nombre absolu de psychiatres y est élevé, ceux qui pratiquent à temps complet en département de psychiatrie et spécifiquement auprès des personnes souffrant de troubles graves

et persistants restent relativement peu nombreux. Les règles restrictives en vigueur depuis quelques années concernant le recrutement de nouveaux psychiatres dans les hôpitaux mettent sérieusement en danger la réussite de l'opération du continuum, vu le non-renouvellement des effectifs. Dans ce projet de réforme, on doit aussi regretter le silence concernant l'enseignement et la recherche. Ces secteurs d'activité constituent pourtant des pointes d'excellence majeures tant pour la formation des futurs médecins que pour le développement de nouvelles approches.

Une revue des écrits journalistiques depuis la publication par la Régie de son document concernant «l'atteinte d'un *nouvel* équilibre», indique le peu d'intérêt suscité pour l'organisation des soins et des services en santé mentale, ce sujet étant rarement touché dans les divers articles concernés. Certains médias ont cependant abordé la question des lits en psychiatrie par le biais de la fermeture de certains hôpitaux généraux.

Il est généralement admis que les coûts engendrés pour les services auprès des personnes présentant des troubles sévères et persistants sont légèrement moindres lorsque ces patients sont traités à l'extérieur des grandes institutions. Par ailleurs, on peut questionner la validité de ce principe lorsqu'en milieu hospitalier les ressources allouées à ces personnes sont en deça de ce qu'elles devraient être habituellement. Il apparaît cependant évident que les conditions de vie et l'évolution globale des personnes ne nécessitant plus de soins intrahospitaliers et inscrites à des programmes de réadaptation psychosociale en milieu communautaire, sont nettement meilleures.

La réussite de la réforme repose en partie sur une implication encore plus marquée des omnipraticiens. Ces médecins se situent à un niveau privilégié pour l'évaluation et le dépistage précoce de certains troubles psychiatriques (Grunberg, 1994). La mise sur pied des équipes en santé mentale dans les différents CLSC et leur fonctionnement devront inclure l'ensemble des omnipraticiens pratiquant dans ces centres. L'omnipraticien de cabinet privé devra aussi être impliqué.

Le continuum préconisé par la Régie fait naître certaines appréhensions face aux coupes prévues et à la façon envisagée de réallouer certaines sommes. Toutefois, on peut y voir une occasion favorable de consacrer un plus grand investissement de ressources et d'énergies pour les malades souffrant de troubles sévères et persistants ne nécessitant plus de soins intrahospitaliers. L'atteinte d'un *nouvel* équilibre dans l'organisation des soins et des services doit permettre, malgré tout, de continuer à situer le patient au coeur de nos préoccupa-

tions. Le psychiatre, par son expertise unique dans l'établissement des diagnostics et dans l'élaboration de plans de traitement, est disposé à assumer son rôle de leader à l'intérieur de ce mouvement dans le respect des autres intervenants et dans la reconnaissance de leur expertise spécifique.

RÉFÉRENCES

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA RÉGION DE MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN, 1990, *Plan d'organisation des services de santé mentale de la région de Montréal métropolitain.*

GOFFMAN, E., 1961, *Asylums,* Anchor Books Ed.

GRUNBER, F. LESAGE, A., BOYER, R., VANIER, C., MORISSETTE, R., MÉNARD, C., LOYER, M., 1994, Le suicide chez les jeunes adultes de sexe masculin au Québec, Psychopathologie et utilisation des services médicaux, *Santé mentale au Québec, XIX, 2,* 25-39.

LESAGE, A., LAMONTAGNE, Y., 1984, Vers une redéfinition de la psychiatrie communautaire au Québec, *Revue canadienne de psychiatrie, 29, 6,* 485-489.

LESAGE, A., MORISSETTE, R., 1993, Les besoins résidentiels et les besoins de soins de personnes souffrant de maladie mentale grave et hospitalisées en longue durée, *Santé mentale au Canada.*

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1989, *Politique de santé mentale,* 62 pages.

OKIN, R. L., 1995, Testing the limits of deinstitutionalization, *Psychiatric Services, 46, 6.*

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE, 1995, *L'organisation des services de santé et des services sociaux sur l'île de Montréal – L'atteinte d'un nouvel équilibre,* RRSSSMC, 113 pages.

TESSIER, L., CLEMENT, M., 1992, *La réadaptation psychosociale en psychiatrie: défis des années 90,* Gaëtan Morin éditeur, Boucherville.

VANIER, C., 1995, *Mémoire de l'Assemblée des chefs de département de psychiatrie des hôpitaux de l'île de Montréal,* présenté à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal (audiences publiques de juin).

WOLFF, N., HELNIMICK, T. W., DIAMOND, R. J., 1995, Estimated Societal Costs of Assertive Community Mental Health Care, *Psychiatrics Services, 46, 9,* 898-896.