

Virage ambulatoire à Québec : l'équilibre en tête

Margot Tremblay

Volume 21, Number 1, Spring 1996

Virage ambulatoire

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/032380ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/032380ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Tremblay, M. (1996). Virage ambulatoire à Québec : l'équilibre en tête. *Santé mentale au Québec*, 21(1), 97–109. <https://doi.org/10.7202/032380ar>



Virage ambulatoire à Québec: l'équilibre en tête

Margot Tremblay*

Le Québec a décidé de transformer son système de santé et d'effectuer un virage vers une distribution de services ambulatoires. Dans ce contexte, que se passe-t-il pour les personnes vivant des troubles mentaux sévères et persistants, pour leurs familles, pour les acteurs du réseau dans les différentes régions? Même si cette orientation appuie la Politique de santé mentale, pouvons-nous y détecter des pièges, des occasions favorables? Existe-t-il des données, des réflexions permettant d'en mesurer les impacts?

Selon D. Charron (1995), l'expression «virage ambulatoire» signifie:

- que le système devra passer d'une situation où il y a utilisation intensive des institutions à une autre où prédomine le recours à des services pratiqués sans hospitalisation;
- qu'au chapitre des moyens directs utilisés pour négocier le virage, la prestation des services à domicile est sans doute la plus importante; et
- que le virage doit s'appuyer sur la promotion et la prévention.

Selon cet auteur, la transformation du système est rendue nécessaire, pour des raisons d'ordre économique; possible, grâce aux développements technologiques; et souhaitable sur le plan humain. Le but ultime est d'offrir une meilleure qualité des soins par le recours à des traitements plus simples, et une meilleure accessibilité avec le moins d'impact possible sur la vie quotidienne.

* L'auteure détient une maîtrise en sciences infirmières. Étudiante au doctorat en psychologie à l'Université de Paris VIII, elle est conseillère à la planification et programmation des services de santé mentale à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.

Charron conclut en nommant quelques conditions à réunir pour que le virage soit un succès:

- participation du personnel;
- diffusion d'information auprès du public;
- déplacement de ressources humaines et financières de la deuxième ligne vers la première.

Pour J. Roy (1995), du Centre de recherche sur les services communautaires de l'Université Laval, le virage ambulatoire s'inscrit dans le prolongement des politiques québécoise de santé qui, depuis le début de la décennie 80, visent le recours aux services de première ligne dans le milieu naturel des personnes, plutôt que l'utilisation de ressources institutionnelles. Pour l'État, communauté et familles deviennent les partenaires de premier plan.

Ce chercheur signale que la part du maintien à domicile ne totalise encore que 2% environ de l'ensemble des dépenses de santé au Québec. La consolidation des services de maintien à domicile proposée par le ministère passe par les transferts d'infirmières des centres hospitaliers vers les centres locaux de services communautaires (CLSC). Selon lui, la dimension des services de soutien aux familles semble être ignorée dans la réorganisation actuelle des services, ce qui pourrait influencer sur le succès ou l'échec du virage, d'autant plus que l'expression «famille» se résume, dans la majorité des cas, à un seul membre, généralement une femme, qui complète toutes les tâches.

C'est ici, dit-il, que peut résider un piège, celui de répéter l'histoire de la désinstitutionnalisation des patients psychiatriques. Ainsi, les quartiers de la Basse-Ville de Québec fournissent une illustration quotidienne de l'échec des mesures de réinsertion sociale d'ex-patients «errant dans la cité», sans soutien, sans services pour voir à préparer leur sortie. Le virage, comme la désinstitutionnalisation, risque de sous-estimer, à des fins budgétaires, les services d'aide et de soutien aux familles qui travailleront auprès de ses clientèles.

Cette mise en garde est reprise par N. Leclerc (1995), qui cite Daniel Guay, du Regroupement des organismes communautaires de la région de Québec: «La reconfiguration des services est un délestage par le haut des responsabilités de la Régie [...] Les organismes communautaires sont issus du milieu. Ils ne réagissent pas à ce virage avec des réflexes corporatifs comme le font les institutions [...] Le virage ambulatoire se fera-t-il au détriment des groupes de bénévoles ou d'accompagnement? Jetterons-nous dans la cour des groupes les ser-

vices que les constituants du réseau public ne peuvent plus assumer?...Il est écrit dans le document de consultation de la Régie: réduire le taux d'hospitalisation et le temps d'hospitalisation en offrant aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale et à leurs proches davantage de solutions qui les maintiennent dans leur milieu de vie. Les organismes communautaires se verront-ils attribuer les budgets nécessaires et supplémentaires à l'augmentation des demandes d'aide? »

La réflexion qui suit s'appuie principalement sur notre expérience acquise à titre de conseillère en planification et programmation en santé mentale, mise en lien avec des stages, aux États-Unis et en Europe, sur l'organisation des services de santé mentale dans la communauté. Le texte comprend d'abord un rappel des années soixante à nos jours en matière de services de santé mentale à Québec. Suit un état de situation en regard des objectifs en santé mentale et du plan de transformation du système de santé proposant notamment le virage ambulatoire en psychiatrie. Enfin quelques pièges et occasions favorables sont signalés avec, en conclusion, les défis qui attendent les principaux acteurs.

Le virage ambulatoire en psychiatrie à Québec

Au Québec, dans le domaine de la santé mentale, le virage ambulatoire a commencé dans les années soixante avec la transformation des hôpitaux psychiatriques, phénomène communément appelé la désinstitutionnalisation.

La désinstitutionnalisation, précurseur du virage ambulatoire

À Québec, le virage ambulatoire des services psychiatriques est aussi engagé durant les années soixante: l'Hôpital Saint-Michel Archange d'alors passe de plus de 5000 bénéficiaires à un peu moins de 2000 en ouvrant des «foyers» de quelques dizaines de personnes chacun dans les environs ou dans des villages plus éloignés et en transférant des patients dans des hôpitaux psychiatriques régionaux, plus près de leur lieu de naissance. Le rapport Bédard, en 1963, recommandait, entre autres, la fermeture de la Clinique Roy-Rousseau et l'ouverture de départements de psychiatrie dans les hôpitaux généraux, avec des lits de courte durée et des services externes assurés par des équipes multidisciplinaires. La formation des intervenants aux approches nouvelles — telle la psychiatrie communautaire de secteur — est alors facilitée par des bourses et des stages en Europe et aux États-Unis. «C'était l'âge d'or de la psychiatrie!», comme le dit si bien Lambert (1996), directeur médical de Saint-Michel Archange dans les années soixante.

À cette époque, c'était déjà compter sur le retour des nouveaux patients dans les familles à la sortie de l'hospitalisation en centre de soins généraux, et aussi sur le développement de ressources thérapeutiques de jour dans la communauté. Malheureusement, dans la région de Québec, ce développement s'est fait au compte-goutte pour la clientèle désormais hospitalisée dans les hôpitaux généraux.

En effet, aucun hôpital de jour, de soir ou de nuit n'a été créé à cette époque, alors qu'en France et en Angleterre c'était chose courante (Tremblay, 1983). Deux hôpitaux de soins généraux et l'hôpital psychiatrique régional ont ouvert un centre de jour de réadaptation à l'intérieur même de leurs locaux. Les services de cliniques externes comprenant des équipes multidisciplinaires seront alors les principaux moyens mis en place, en plus des services en cabinet privé, pour assurer le suivi des personnes et des familles après la sortie de l'hôpital.

Un seul centre hospitalier opte pour une approche communautaire, soutenu par l'hôpital psychiatrique régional, en identifiant un territoire et une population à desservir, à l'instar de la psychiatrie de secteur développée en France dans les années soixante. Des visites à domicile sont effectuées, surtout en milieu rural. Enfin, une Fondation privée décide d'ouvrir un centre de réadaptation avec services résidentiels.

La création des CLSC dans les années 70 ne donne lieu à aucun nouvel apport en santé mentale, occupés que sont ces centres à se tailler une place parmi les établissements et à préparer la population à utiliser leurs services comme porte d'entrée dans le système de santé et de services sociaux.

Durant cette période, des professionnels majoritairement formés en service social développent des organismes communautaires axés sur la réinsertion sociale, tel le Centre social de la Croix-Blanche de Québec, qui célèbre cette année son 25^e anniversaire de fondation. Au même moment, l'Association canadienne pour la santé mentale (chapitre de Québec) préconise la création d'autres organismes communautaires dédiés au maintien et au support des personnes dans leur milieu de vie.

Les années 80: la personne d'abord

Les années 80 voient apparaître les mouvements pour les droits de la personne, et un rapport de force s'établit avec les organismes communautaires, qui sont porteurs d'une pensée sociale communautaire et d'ardents défenseurs de l'*ailleurs et autrement*. Des organismes comme Auto-Psy Québec invitent les personnes atteintes à faire partie du mou-

vement. Quant aux familles, certaines se regroupent et fondent La Boussole, organisme offrant des services d'entraide et de soutien.

À l'aide de fonds de tiroir (en comparaison du budget des établissements), ces organismes tentent des percées dans le support aux personnes présentant des troubles sévères et persistants et vivant dans la communauté. À l'instar du mouvement mondial de désinstitutionnalisation, ils décrient les lacunes du système hospitalo-centrique où le malade choisit très peu les réponses à ses besoins ou les orientations de son projet de vie. Les organismes réussissent à développer des alternatives psychosociales communautaires basées sur des modèles américains et européens de réadaptation sociale (AQRP, 1995; Centre social de la Croix-Blanche, 1995).

Du côté des établissements, la situation des urgences dans les centres hospitaliers alerte la ministre d'alors, l'incitant à faciliter l'injection de fonds pour améliorer plus particulièrement les services aux personnes âgées et aux personnes présentant des problèmes de santé mentale. Dans notre région, cela s'est traduit par la création du Centre de crise de Québec, le développement de services de liaison en santé mentale dans trois urgences de centres hospitaliers généraux, ainsi que le début de services de base dans un CLSC.

À peu près au même moment, le centre hospitalier Robert-Giffard réalloue 500000\$ à des CLSC pour développer des services de réinsertion sociale dans la communauté pour les personnes ayant des troubles sévères et persistants. Le CLSC de Portneuf avait déjà un projet pilote en cours qui donnait des résultats fort intéressants pour cette clientèle.

La Politique de santé mentale

Soucieux à la fois du rétablissement, du maintien et de l'amélioration de la santé mentale des Québécois, le gouvernement adopte en 1989 une Politique de santé mentale. Celle-ci vise à permettre à toute personne dont la santé mentale est perturbée, ou qui risque de voir son équilibre psychique compromis, d'obtenir une réponse adaptée à ses besoins et une attention appropriée à sa situation; et aussi à favoriser le maintien et le développement optimal de la santé mentale de la population.

Dès l'annonce de la Politique, le mouvement communautaire y adhère. Ainsi, les organismes de Québec acceptent de participer à la préparation du plan régional d'organisation des services (PROS). Ils croient à l'établissement d'un partenariat avec les acteurs du réseau institutionnel et au renversement de la pyramide, c'est-à-dire au déve-

loppement de solutions plus légères, dans la communauté, à moindre coût, et donc à la réduction des services institutionnels lourds. C'était déjà parler de virage avant l'actuelle transformation du système.

L'accueil fait à la Politique par les psychiatres et les autres intervenants et gestionnaires des établissements a semblé plus modéré, quoique leur participation à l'élaboration du PROS a été soutenue et a permis d'établir des consensus sur les orientations et les actions privilégiées. Cependant, la démarche n'a pas permis que l'ensemble des psychiatres et des gestionnaires se sentent partie prenante des changements annoncés et surtout des moyens prévus pour atteindre les objectifs du plan. Quelle est la situation aujourd'hui ?

À l'heure du virage de 1995

Au 31 mars 1995, la région de Québec compte environ 650 800 habitants, répartis dans deux territoires ruraux et semi-urbains (Charlevoix et Portneuf) et une agglomération urbaine (la Communauté urbaine de Québec).

Les ressources régionales actuelles comptent principalement des centres hospitaliers psychiatriques et de soins généraux ou spécialisés avec département de psychiatrie totalisant 1453 lits (dont 386 de courte durée pour adultes de 18 ans et plus et 45 en pédopsychiatrie), des services externes et de réadaptation spécialisés, de même qu'un réseau de ressources intermédiaires et de type familial assurant l'hébergement et le soutien d'environ 2000 personnes confiées par les établissements.

S'ajoutent dix CLSC qui offrent, à des degrés divers, des services de santé et des services sociaux courants de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion; cinq unités de médecine familiale; des omnipraticiens en cabinet privé; et près de 30 organismes communautaires surtout préoccupés de protection des droits, de promotion et de prévention, d'hébergement et de réadaptation, et de réintégration sociale.

L'ensemble de ces ressources offrent toute la gamme de services: information, promotion et prévention, services de base, soins spécialisés, support aux proches, réadaptation et réintégration sociale (hébergement compris), et services spécifiques répondant à des problématiques particulières comme le suicide.

En excluant la rémunération des médecins et le coût des médicaments, la Régie régionale estime que les dépenses totales en santé mentale au 31 mars 1996 s'élèvent à près de 130 millions \$ en coûts directs et indirects.

La Politique de santé mentale (Gouvernement du Québec, 1989) et le PROS-SM (CRSSS de Québec, 1990) identifient les services requis pour la clientèle présentant des troubles mentaux, de même que les changements à effectuer pour atteindre l'équilibre entre les différents volets de la gamme de services, entre les ressources affectées pour chacun des services et entre les différents territoires. Enjeu de taille pour la région de Québec: en 1987-88, en effet, 87% des 117,9 millions \$ affectés à la santé mentale sont consacrés aux traitements spécialisés alors réalisés, en majeure partie, dans les centres hospitaliers psychiatriques. La réalisation du plan devrait permettre de réduire la proportion à 74.5%.

En liaison avec le virage, il est intéressant de rappeler qu'un autre défi du PROS en santé mentale de la région de Québec est d'offrir des solutions dans le milieu de vie des personnes, en partenariat avec d'autres secteurs (municipalités, milieu scolaire, système judiciaire).

En 1993, un bilan de la première phase d'implantation du PROS (1989-93) permet d'observer que moins de 500 000\$ ont pu être répartis entre les CLSC et les organismes communautaires pour actualiser des actions visant à amorcer l'équilibre entre les volets prioritaires de la gamme: services de base, support aux familles, réadaptation/réinsertion sociale et promotion/protection des droits (Direction de l'adaptation et de la santé mentale, 1993).

Au 31 mars 1995, en combinant différentes sources de financement, le budget en santé mentale des CLSC est d'environ 1,4 million \$ et celui des organismes communautaires, d'environ 4,5 millions \$, ce qui représente 2% des sommes dévolues en santé mentale dans la région.

La réalisation du PROS-SM devait être étroitement liée à la décroissance du budget du principal centre hospitalier psychiatrique, suite à l'attrition des bénéficiaires provenant de la vocation suprarégionale antérieure aux années 80, et à la mise en place de services et de ressources de réintégration sociale pour les personnes en processus de désinstitutionnalisation et, éventuellement, pour la nouvelle clientèle présentant des troubles sévères et persistants.

À l'analyse des données financières, il appert que cinq ans après l'adoption du PROS et dix ans après le plan de désinstitutionnalisation du centre hospitalier psychiatrique régional, la part relative aux traitements spécialisés et aux centres hospitaliers qui les dispensent a légèrement augmenté pour atteindre 89.9% de l'ensemble des dépenses en santé mentale.

Les objectifs de santé et de bien-être

En plus de la Politique de santé mentale, le Québec se dote d'une Politique de santé et de bien-être. En février 1994, la région de Québec identifie la *diminution des problèmes de santé mentale* comme une priorité parmi les objectifs de santé et de bien-être. En vue de réduire le nombre de personnes susceptibles d'être en état de détresse psychologique de même que la durée et l'intensité de cette détresse, le plan régional 1995-98 prévoit les actions suivantes (Commission sur la santé mentale, 1994):

- développer un programme-cadre régional de promotion de la santé mentale et de prévention de la détresse psychologique;
- développer un programme d'information visant à sensibiliser la population et à améliorer ses connaissances de la notion et des problèmes de santé mentale;
- poursuivre le soutien aux regroupements de parents et d'amis et la consolidation du programme répit-dépannage aux familles de personnes atteintes de troubles mentaux sévères et persistants;
- poursuivre l'actualisation du plan d'organisation de services (PROS-SM).

Plan de transformation du système de santé

En regard du plan de transformation du système, et du virage ambulatoire annoncé par le ministre en avril 1995, la Régie adopte des objectifs et des mesures stratégiques qui énoncent les changements à apporter aux modes de distribution des services et à la configuration du réseau régional. Ces choix constituaient la première étape en vue de l'élaboration d'un plan triennal de transformation du système régional des services.

En vue de valider ces orientations, la Régie procède à une consultation publique. Presque tous les mémoires endossent le virage ambulatoire et proposent de développer des ressources multidisciplinaires dans la communauté pour les différents types de clientèles. Toutefois, ceux qui sont touchés par la fermeture des lits soulignent l'importance de bien planifier le rythme de conversion des lits en ressources dans la communauté et d'établir un mécanisme pour évaluer les besoins de la clientèle et l'efficacité des nouvelles ressources.

La reconfiguration se fonde sur le plan régional d'organisation des services (PROS) adopté par la Régie en novembre 1990 (RRSSS de Québec, 1995). Afin d'en poursuivre l'actualisation, on vise à transformer une partie des ressources institutionnelles, notamment:

- pour consolider les services de première ligne au plan local (CLSC, organismes communautaires, etc.);
- réorganiser les services de deuxième ligne, notamment en regroupant les services de psychiatrie dans des départements ayant des responsabilités territoriales, en support aux services de première ligne;
- réorganiser les services de troisième ligne, au plan régional, pour les traitements surspécialisés, notamment les soins de courte et de longue durées psychiatriques, de même que les services d'hébergement et de soins de longue durée pour les personnes âgées présentant des troubles mentaux.

Quelques pièges et des occasions favorables

Le plan de transformation du réseau de services en santé mentale comporte plusieurs enjeux majeurs dans la région de Québec, certains étant davantage porteurs de frustrations et d'insécurité que d'occasions favorables.

Cinq ans après l'adoption du PROS-SM, il faut bien admettre un retard dans l'atteinte des *équilibres visés*. Malgré les engagements de la Régie régionale de Québec, la majorité des groupes communautaires et les CLSC ne sont pas pourvus de toutes les ressources requises pour répondre aux besoins de la clientèle vivant dans la communauté et à ceux de leurs proches. Les services pour les enfants et les jeunes sont aussi très peu disponibles dans le milieu de vie.

Peu de liens existent entre les divers acteurs du réseau, ce qui traduit un manque de compréhension du rôle et des responsabilités des différents dispensateurs de services. Par exemple, il y a peu de références des centres hospitaliers aux CLSC.

À l'instar du PROS en santé mentale, la reconfiguration proposée met aussi un accent prioritaire sur le rééquilibrage de la gamme de services et sur la réponse à donner aux besoins non satisfaits dans chacun des territoires.

Le rythme de réalisation des changements souhaités par les promoteurs d'une approche communautaire, tel que préconisé dans la Politique et le PROS en santé mentale, est tellement lent qu'ils se disent tentés de se retirer des instances de concertation (comités tripartites, commission de santé mentale, ou comités ad hoc sur l'organisation des services), auxquelles ils n'ont plus confiance pour actualiser les orientations décidées il y a plus de cinq ans.

Le manque de liquidités pour consolider les organismes et l'obligation de payer les engagements pris — avec les économies réalisées par la transformation du réseau institutionnel — avant même d'injecter des sommes nouvelles pour l'implantation du PROS, constituent des embûches pour le virage. Ces éléments amènent les principaux acteurs, y compris les usagers et les familles, à douter de la réalisation à court terme des actions adoptées par la Régie.

La fermeture annoncée de 123 lits d'ici trois ans, à raison de 40 par année, crée des inquiétudes chez les personnes atteintes, leurs familles et les intervenants des services dans la communauté (organismes communautaires, CLSC, médecins généralistes) car les ressources à mettre en place dans la communauté tardent à venir. Selon les organismes, fermer des lits sans avoir au préalable mis en place des ressources pouvant répondre aux besoins de leurs utilisateurs, conduira à une détérioration de leurs conditions de vie et à un accroissement de leur détresse psychologique.

Dans la région, le virage supplémentaire demandé aux dispensateurs de services peut aussi être vu comme une occasion, une confirmation d'aller de l'avant avec les orientations de la Politique de santé mentale. Les objectifs sont de rendre les services le plus près possible du milieu de vie des personnes et des familles, au moindre coût pour les contribuables, mais surtout en respectant les droits des personnes atteintes et de leurs familles et en offrant un soutien adapté et coordonné dans la communauté.

Dans le contexte du virage, les CLSC sont confirmés comme porte d'entrée en santé mentale et comme support au maintien dans leur milieu de vie des personnes présentant des troubles sévères et persistants. Les liens qu'ils entretiennent déjà avec les organismes communautaires et les médecins généralistes leur permettent d'agir au besoin comme médiateurs et de développer des alliances avec les intervenants spécialisés des centres hospitaliers pour assurer la continuité et la complémentarité des services et favoriser le développement d'un réseau intégré (Fédération des CLSC du Québec, 1996).

Les acteurs du réseau hospitalier se disent prêts à réexaminer la dispensation actuelle des services de deuxième et troisième lignes en santé mentale, à se départir au profit des CLSC et des organismes communautaires de certaines de leurs ressources qui ressemblent davantage à des services de première ligne ou de réinsertion sociale, à développer des alternatives à l'hospitalisation, et à reconnaître un leadership aux organismes impliqués en réinsertion sociale auprès des personnes ayant des troubles sévères et persistants et leurs familles.

L'enjeu réside davantage dans la capacité de dégager des ressources financières, après avoir respecté les modalités de transfert des ressources humaines vers les services dans la communauté.

Interpellés au premier chef pour effectuer le virage, les départements de psychiatrie des centres hospitaliers généraux et spécialisés et les centres hospitaliers psychiatriques contribueront à transformer la pratique institutionnelle en déconcentrant leurs services et en rendant disponible l'expertise.

Conclusion: l'équilibre en tête

En conclusion, plusieurs défis attendent les autorités régionales et l'ensemble des intervenants du réseau de services en santé mentale:

- Accélérer le rythme de l'évolution de la transformation du réseau hospitalier de la santé mentale vers des services dans la communauté.
- Passer d'une utilisation intensive des institutions à une prédominance de services sans hospitalisation.
- Allouer les ressources en vue de favoriser prioritairement le maintien dans le milieu naturel et la réalisation des projets de vie des personnes vivant des troubles mentaux sévères et persistants.
- Appuyer le virage ambulatoire sur la promotion-prévention en santé mentale et en conséquence se fixer des résultats à atteindre.
- Mettre à contribution les intervenants, tant du réseau institutionnel que communautaire, en les impliquant dans la réalisation du virage.
- Informer régulièrement la population, les personnes atteintes et les familles de l'évolution du virage et les consulter sur les moyens à privilégier.
- Procéder au déplacement de ressources humaines de la deuxième ligne vers la première après entente avec les CLSC, en commençant par les territoires de CLSC où les besoins sont prioritaires.

Quelle sera la situation en l'an 2000 dans la région de Québec? Aurons-nous évité que se perpétue la polarisation entre le communautaire et l'institutionnel? Verrons-nous les CLSC, les organismes communautaires, les médecins généralistes, les psychiatres, les autres professionnels de la santé et les autres réseaux multisectoriels (municipalités, institutions

scolaires, justice, etc.) bâtir ensemble un réseau intégré de services capable de répondre aux besoins des personnes et leurs familles dans le respect des forces et des limites de chacun — tout en visant un équilibre 1) dans les ressources dévolues à la gamme des services, 2) dans l'accès aux services par territoire, et 3) dans la répartition des ressources entre la communauté et les institutions?

La région de Québec, malgré les nombreux défis qui l'attendent, possède les éléments nécessaires pour donner un second souffle à la réalisation des objectifs et orientations de la Politique et du PROS en santé mentale, dans le respect des rôles et des responsabilités dévolus à chacun et selon l'expertise développée.

Un projet comme la mise sur pied d'une équipe régionale multidisciplinaire provenant des différents milieux d'intervention, et créée pour appuyer l'implantation du plan de services individualisés, permet de croire que, sur le terrain, les intervenants sont prêts à relever le défi. Quant aux structures, il faudra créer des incitatifs à poursuivre les échanges et à développer les mécanismes qui favorisent la complémentarité et la continuité.

L'enjeu majeur demeure la réallocation des ressources dans le respect des orientations de la Politique et du PROS en santé mentale.

RÉFÉRENCES

- ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION SOCIALE (AQRP), 1995, Répertoire québécois des ressources en réadaptation psychosociale, *Le Partenaire*, 4, 2, 3, p.8.
- CENTRE SOCIAL DE LA CROIX-BLANCHE DE QUÉBEC, 1995, *Rapport annuel*.
- CHARRON, D., 1995, Les CLSC à l'heure du virage ambulatoire, *CLSC-Express*, 8, 5, 4-8.
- COMMISSION SUR LA SANTÉ MENTALE, 1994, *Politique de la santé et du bien-être — D'ici l'an 2002, diminuer les problèmes de santé mentale — Plan d'action, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec*, 24 pages.
- CONSEIL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (CRSSS) DE QUÉBEC, 1990, *Plan régional d'organisation de services de santé mentale des régions de Québec et de Chaudière-Appalaches*, 250 pages.
- DIRECTION DE L'ADAPTATION ET DE LA SANTÉ MENTALE, 1993, *Bilan préliminaire des activités réalisées dans le cadre de l'implantation du PROS en santé mentale — 1^{ère} phase 1989-1993*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 41 pages.

- FÉDÉRATION DES CLSC DU QUÉBEC, 1996, *Virage ambulatoire — volet santé mentale*, document de travail, 47 pages.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, 1989, *Politique de santé mentale*, Ministère de la santé et des services sociaux, 62 pages.
- LAMBERT, J., 1996, extrait d'une entrevue à la radio, le 21 janvier.
- LECLERC, N., 1995, Le mirage ambulatoire ou le virage aléatoire, *La Ruelle des nouvelles*, *La Quête*, le 4 octobre 1995, 25-26.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (RRSSS) DE QUÉBEC, 1995, *Plan triennal de transformation du système régional des services de santé et des services sociaux, Le programme santé mentale*, p. 27.
- ROY J., 1995, Virage ambulatoire un peu sur le tard, *Le Soleil*, 12 septembre 1995.
- TREMBLAY, M., 1983, *Interventions des infirmières favorisant le retour et le maintien des malades psychiatriques dans la communauté — la profession infirmière*, Rapport final d'un voyage d'étude en Europe et en Israël, 232 pages.