

De la dynamique des politiques de désinstitutionnalisation au Québec

Yves Lecomte

Volume 22, Number 2, Fall 1997

Le rôle des hôpitaux psychiatriques

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/032412ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/032412ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Lecomte, Y. (1997). De la dynamique des politiques de désinstitutionnalisation au Québec. *Santé mentale au Québec*, 22(2), 7–24.
<https://doi.org/10.7202/032412ar>



Présentation

De la dynamique des politiques de désinstitutionnalisation au Québec

Yves Lecomte*

« Comme la plupart des études le démontrent, la majorité des personnes atteintes de troubles mentaux sévères vivent maintenant dans la communauté et désirent y demeurer. »

(Jean Rochon, 1997, *Orientations pour la transformation des services de santé mentale*)

Les personnes atteintes de troubles mentaux sévères et persistants vivront dans la communauté et y seront traitées : telle est l'orientation exprimée par le gouvernement québécois dans son document *Orientations pour la transformation des services de santé mentale* (1997). Ce document de consultation réaffirme la volonté gouvernementale de poursuivre la politique de désinstitutionnalisation initialement élaborée dans *la Politique de santé mentale*, énoncé de politique adopté en 1989. Le gouvernement y fixe un nombre de lits à fermer dans les hôpitaux et, ce faisant, questionne l'avenir de ces derniers et leur rôle dans la conceptualisation et la dispensation des services fournis aux personnes atteintes de maladies mentales sévères de longue durée. Il remet en cause tout le système hospitalier, car les hôpitaux, tant généraux que psychiatriques, desservent maintenant cette population devenue si importante qu'elle y détermine la demande de soins et y mobilise la plus grande partie des services (Lecomte, 1984). Le système psychiatrique entier est donc interpellé par cet énoncé de politique.

Il nous a semblé intéressant, dans le cadre de ce numéro, de retracer l'histoire de la politique québécoise de désinstitutionnalisation,

* L'auteur est psychologue à la clinique externe de psychiatrie du pavillon Saint-Luc, CHUM. Il remercie Madeleine Breton, Jacques Gagnon, Alain Lesage, Paul Morin, Marc-André Saint-Pierre et Pierre Vigeant pour leurs précieux commentaires et renseignements.

de questionner ses origines : d'où vient-elle ? quelles étapes ont marqué son développement ? comment s'expliquent-elles ? Au long de cette réflexion, nous porterons une attention spéciale aux pratiques psychiatriques car elles s'avèrent fort importantes en tant que facteur ayant contribué à la dynamique de cette politique de désinstitutionnalisation.

Toute analyse de politique à un niveau macrosociologique se bûte à des embûches dont l'une des non moindres sont les données statistiques. Après tant de discussions sur la désinstitutionnalisation, et d'efforts de la part des divers partenaires pour obtenir des statistiques fiables, il n'y a pas encore de consensus sur ces dernières. Aussi, allons-nous nous baser sur une source de données générale qui est le nombre total de lits dressés dans les hôpitaux, généraux et psychiatriques, définis comme « des lits dotés en personnel et prêts à recevoir un bénéficiaire » (Sérhum, novembre 1990).

Le présent numéro vient à point nommé aborder la question du devenir des hôpitaux psychiatriques. En effet, depuis une décennie, *Santé mentale au Québec* se proposait de publier un dossier sur les hôpitaux psychiatriques, mais la réalisation a été retardée, les conditions pour ce faire n'étant pas alors propices à un tel projet. Le lecteur le constatera au long du numéro, il est heureux qu'il en ait été ainsi, car ce délai a permis l'arrivée à la revue d'Alain Lesage, en tant que rédacteur-en-chef, et sa prise en charge du dossier. Acteur important dans le milieu de la clinique et de la recherche psychiatriques, sensibilisé aux tendances internationales et surtout à celles du milieu communautaire québécois, Alain Lesage a su réunir dans ce numéro des acteurs-clé, les questionnements d'actualité sur les hôpitaux psychiatriques et poser de nouveaux jalons de pratique, comme en fait foi son éditorial.

Les années 1962-1972

L'origine de la politique québécoise de désinstitutionnalisation (définie comme une politique d'humanisation des soins : Lecomte, 1988) remonte aux années 1965. Dans sa recherche doctorale, Boudreau (1984) situe très bien les enjeux du milieu psychiatrique au début des années 60. Elle montre comment des psychiatres réformateurs, formés aux nouvelles approches psychiatriques grâce à des programmes gouvernementaux fédéraux, se sont confrontés aux psychiatres d'arrière-garde de l'époque, complices d'un milieu asilaire séculaire. Elle décrit la stratégie par laquelle ces psychiatres, en s'alliant aux revendications des patients traités dans ces institutions (*Les fous crient au secours* de J.C. Pagé, 1961) et à celles d'organismes syndicaux (Rapport Bédard, 1962), ont su rallier les acteurs sociaux progressistes à leur cause et faire

de leurs revendications un enjeu politique médiatisé. De cette lutte est issu le projet psychiatrique formulé dans le rapport Bédard (1962).

Ce projet était basé sur trois prémisses (Cardinal et al., 1997) : 1) la possibilité d'offrir certaines ressources dans la communauté, à la lumière des expériences étrangères; 2) la nécessité et la possibilité de contrôler les coûts galopants du système asilaire en vigueur, par le déplacement des patients dans des structures plus légères; 3) les progrès nouveaux réalisés dans le traitement de certaines maladies mentales.

Le projet de la Commission Bédard était, selon nous, un projet psychiatrique moderniste, organisé autour de deux pôles : les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux généraux. Il visait à moderniser les 16 hôpitaux psychiatriques existants au Québec en limitant leur taille, et en les sous-divisant en services quasi autonomes de 500 lits, constitués en fonction du diagnostic ou du lieu de résidence des patients. Ces hôpitaux devaient fonctionner selon une philosophie de porte ouverte et se convertir en milieu thérapeutique dont la finalité était la guérison du malade. L'asile devait devenir un hôpital où s'y retrouveraient les ressources scientifiques, matérielles et humaines nécessaires à la réalisation de ce but. Quant aux hôpitaux généraux de 200 lits et plus, ils devaient tous s'équiper d'un département de psychiatrie regroupant 10 % de leurs lits, incluant un service de clinique externe, afin de rapprocher le traitement du milieu de vie des patients.

La commission Bédard proposait également la création de quatre hôpitaux psychiatriques dont la capacité d'accueil ne devait pas dépasser 500 lits chacun : deux hôpitaux spéciaux de 300 et 200 lits pour patients antisociaux et deux petits hôpitaux pour alcooliques et toxicomanes. De plus, elle proposait « (...) que soient immédiatement construits quatre hôpitaux psychiatriques régionaux. D'ici 15 ans, la Province devrait mettre sur pied un réseau de dix hôpitaux psychiatriques régionaux » (article 34); « que soient érigés immédiatement deux hôpitaux psychiatriques pour adolescents et enfants pouvant recevoir 200 patients » (article 35); et « que le Ministère de la Santé assume ses responsabilités à l'égard des enfants débiles et arriérés mentaux en construisant deux hôpitaux écoles (Montréal et Québec) d'environ 300 lits chacun » (article 36).

Avec l'intégration de nouveaux professionnels (travailleurs sociaux, psychologues, ergothérapeutes), des services communautaires étaient aussi prévus. Les hôpitaux, généraux et psychiatriques, devaient créer des centres de traitement de jour et de nuit, utiliser au maximum les services parapsychiatriques dans la communauté et créer

des ressources de placement (telles que les familles d'accueil, les pavillons pour les personnes âgées), des ateliers protégés, des foyers de réhabilitation. Ils devaient aussi conclure des ententes avec les centres de main d'oeuvre pour la réinsertion des patients sur le marché du travail ; fournir de « l'habitation convenable » et une « éducation avancée, et une action préventive ».

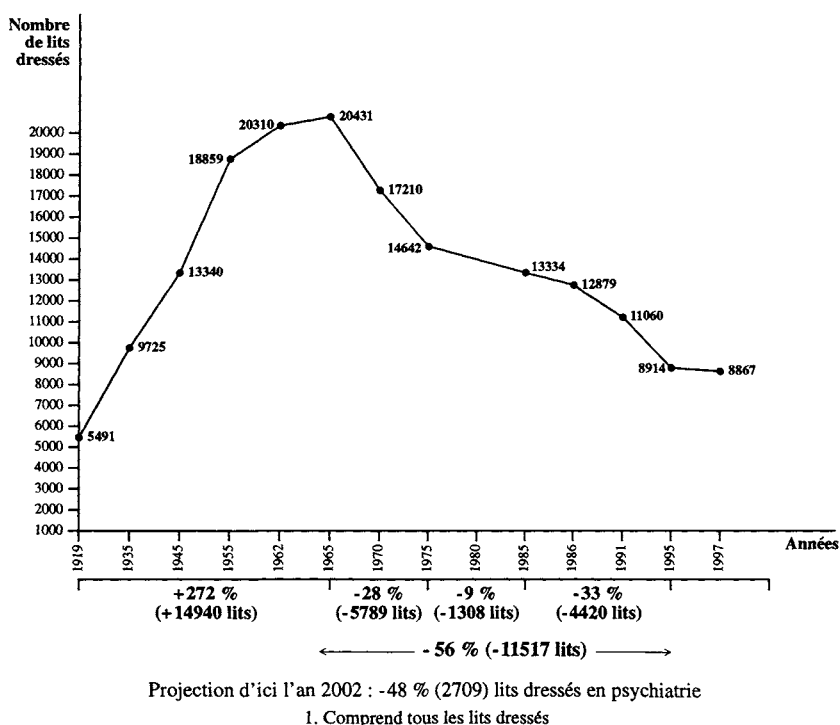
En plus des 50 recommandations, le rapport comportait quatre appendices dont un en anglais au nom de la communauté anglophone. Cet appendice proposait la création de 1300 lits, et énonçait les principes suivants : « No patient should be admitted to hospital until all reasonable possibilities of treatment at home, in the doctor's office, or in the outpatient department of a general hospital have been explored » et « All psychiatric patients are capable, in greater or lesser degree, of being rehabilitated, provided the necessary community facilities are available ». Ces principes allaient trouver leur écho dans le milieu francophone quelques années plus tard.

Retenons de ce qui précède que la Commission Bédard proposa le développement d'un projet de traitement psychiatrique des maladies mentales selon cinq axes : 1) la modernisation des milieux asilaires par leur transformation en hôpitaux psychiatriques ; 2) l'affirmation de leur rôle comme lieu de traitement spécialisé, et leur accessibilité dans toutes les régions du Québec ; 3) une décentralisation du système psychiatrique par la création de départements de psychiatrie dans les hôpitaux généraux ; 4) l'attribution du rôle de structure-pivot à ces départements et aux hôpitaux psychiatriques de leur secteur ou région (Lecomte, 1986) ; 5) l'utilisation par le système psychiatrique de ressources communautaires pour l'hébergement (telles que les pavillons, les résidences d'accueil), de même que la réinsertion des patients au travail par des ententes intersectorielles avec les Centres de main d'oeuvre. Bref, un projet administratif, clinique et social géré par les structures hospitalières.

Durant la décennie suivante, cette réforme se mettra en place grâce à une réelle volonté politique de ce faire. Ses promoteurs investiront les structures administratives ministérielles spécifiquement psychiatriques (Direction de services psychiatriques) et mettront en place les conditions de sa réalisation. Les ressources financières seront disponibles et les hôpitaux généraux développeront des départements de psychiatrie avec des unités de soins. En 23 ans, les hôpitaux généraux connaîtront une augmentation de 1420 lits (246 %), c'est-à-dire passeront de 580 lits en 1962 à 2008 lits en 1985.

Mais, les propositions du rapport Bédard de maintenir et de développer le nombre de lits des hôpitaux psychiatriques ne se réalisèrent pas. Au contraire, les hôpitaux psychiatriques fermèrent ou transformèrent¹ 11517 lits (56 %) en 30 ans. Cette fermeture se distribue sur trois périodes. De 1965 à 1975, la baisse atteint 28 % (5789 lits); de 1975 à 1985, elle est de 9 % (1308 lits); et 4420 lits (33 %) sont fermés entre 1985 et 1995. Si on comptabilise seulement les lits dressés courte et longue durée, la baisse est de 3060 lits (35 %) entre 1985 et 1997, années pour lesquelles les chiffres sont disponibles (voir la figure 1).

Figure 1
Évolution du nombre de lits dressés en psychiatrie 1919-2002¹



Or, on peut affirmer que la politique de désinstitutionnalisation énoncée en 1989, et réaffirmée en 1997, a débuté après 1962 (voir le tableau 1). On peut aussi avancer qu'elle n'avait pas été un des objectifs du rapport Bédard, si ce n'est en filigrane dans la section anglophone. Comment donc expliquer son implantation ?

Tableau 1
L'évolution du nombre de lits dressés en psychiatrie¹

Années	courte durée	longue durée	total (2) de lits dressés	PPA (3)	PAV (4)	total (5) de lits dressés	taux (6) par 1000 hab.
1919						5491	
1935						9725	
1945						13340	
1955						18859	
1962						20310	3,75
1965						20431	
1970						17210	2,69
1975						14642	
1983	3609	5366	8975				
1984	3776	5014	8790				
1985	3798	4931	8729	3378	1227	13334	
1986	3725	4688	8413			12879	1,86
1987	3657	4556	8213				
1988	3570	3593	7163				
1989	3447	3455	6902				
1990	3400	3430	6830				1,32
1991	3392	3442	6834	2469	1757	11060	
1992			6978				
1993			6719				
1994			5804				
1995			5605	1554	1755	8914	1,00
1996			5570				
1997			5669	1435	1763	8867	
2002	1850	1110	2960				0,40

1. Pour les années 1919-1955, les données proviennent de l'étude de Dorval (1987); pour les années 1962-1986, du service des données opérationnelles et financières du MSSS; 1987-1991, service des études opérationnelles, MSSS; 1992-1996, Service de l'analyse statistique; 1997, Info-Sérhum, mai 1997; SOFI (1990-91, 1994-95, 1996-97)
2. Comprend uniquement les lits dressés de courte et longue durée.
3. Personnes en perte d'autonomie avec un diagnostic psychiatrique.
4. Personnes en pavillon et foyer de groupe avec un diagnostic psychiatrique.
5. Comprend tous les lits dressés c'est-à-dire les lits de courte et longue durée, les lits pour les personnes en perte d'autonomie avec un diagnostic psychiatrique et les personnes en pavillon et foyer de groupe avec un diagnostic psychiatrique.
6. Les taux sont tirés de Mercier (1997) et du document *Orientations pour la transformation des services en santé mentale* (1997). Le taux de 0,40 est une projection du nombre de lits dressés de courte et longue durée, uniquement destinés à une clientèle psychiatrique, selon le taux par habitant fixé par le Ministère, avec une population de 7,400,000 habitants.

Nous formulons l'hypothèse que la réponse réside dans une transformation des pratiques psychiatriques qui ont débuté à cette époque sous le vocable psychiatrie communautaire. Elles valorisaient les solutions situées dans le milieu de vie des patients et le recours à l'hospitalisation qu'en dernier ressort. Cette nouvelle pratique soutenait théoriquement les projets de sortie des patients asilaires et proposait aux nouveaux patients une solution différente de celle de l'hospitalisation.

Au moment où le rapport Bédard voulait doter le Québec d'institutions qui moderniseraient son système de soins hospitalier et en stimuleraient le développement, certains pays prônaient d'autres choix. Par exemple, la psychiatrie communautaire américaine, par la création des centres de santé mentale communautaire, proposait la diminution du nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques, sinon la fermeture complète de ces derniers. Cette pratique communautaire influença progressivement les intervenants québécois par le biais d'échanges et de stages de formation. Peu de temps après la publication du rapport Bédard, le monolithisme théorique du milieu de la pratique psychiatrique québécoise se serait effrité et celui-ci aurait été alors traversé par deux modèles de pratique : la psychiatrie communautaire et la psychiatrie biologique (voir l'article de Bouchard sur l'hôpital Robert-Giffard, 1979). Ces deux modèles se sont juxtaposés dans les hôpitaux québécois, et les tenants des deux approches ont rivalisé entre eux pour la prééminence de leur option théorique, l'approche communautaire supplantant l'autre pour un certain nombre d'années.

Ainsi, durant la décennie 65-75, le milieu psychiatrique québécois valorisait une approche sociale de la maladie et expérimentait diverses approches communautaires dans le cadre d'une politique de secteur à Montréal, approches qui ont soutenu et justifié la désinstitutionnalisation. Mentionnons, pour exemple, le développement des cliniques externes d'Hochelaga-Maisonneuve ou de Ville d'Anjou à l'hôpital Louis-H. Lafontaine; le Centre de santé mentale communautaire de Montréal (1968-1974) devenu la clinique externe l'hôpital Saint-Luc en 1974 dans les secteurs Centre-Ville et Centre-sud de Montréal (Robitaille, 1975; St-Jean, 1976; Thibaudeau, 1977; Lecomte, 1986), la clinique des citoyens de Saint-Jacques (Comité de citoyens de Saint-Jacques, 1980) et la clinique communautaire de Pointe Saint-Charles.

Parallèlement à ces expériences, la psychiatrie biologique s'imposait graduellement dans les hôpitaux tout en étant toutefois assujettie à la pratique communautaire. À partir du milieu des années 70, cependant, la tendance s'inversa et la pratique médicamenteuse reposant sur un modèle de relation principalement dyadique, et dans un cadre

hospitalier pour les psychotiques, prédomina. Débordés, possiblement désabusés, ébranlés dans leurs convictions théoriques, les promoteurs de la psychiatrie communautaire perdirent ainsi leur ascendant sur le modèle hospitalier de pratique psychiatrique et n'ont plus été en mesure de soutenir le mouvement de désinstitutionnalisation. Le déclin de celui-ci, observé durant le milieu des années 70, pourrait s'expliquer par cette perte d'influence.

À notre avis, il est important de souligner que cette perte semble originer de la réforme de la Santé et des Services Sociaux en cours à la fin des années 60, réforme qui allait bouleverser le milieu psychiatrique.

Les années 1971-1980

Au moment du dépôt du rapport Castonguay-Nepveu, le milieu psychiatrique fait face à trois défis : une clientèle psychiatrique labile qui doit constamment recourir à l'hôpital pour se stabiliser (phénomène dit de la porte tournante ; en 1970, 51 % des admissions sont, en fait, des réadmissions : Doré, 1987) ; un milieu psychiatrique qui désinstitutionnalise les patients et les dirige vers des structures pavillonnaires et des familles d'accueil (en 1970, 3230 patients y habitent) ; un manque de ressources communautaires.

Dans ce contexte se met en place, en 1971, la réforme de la Santé et des Services Sociaux qui bouleversera tout le système de soins. Elle fut une catastrophe pour la psychiatrie, aux dires des leaders des années 60 (Boudreau, 1984). Rationalisation, coordination, rentabilité et productivité deviennent les leitmotiv visant à diminuer les coûts de soins de santé, déjà en croissance exponentielle, et à justifier l'intégration de la psychiatrie dans un système public de santé cohérent. La maladie mentale devient maintenant une maladie comme les autres, et cette indifférenciation devient sa spécificité nouvelle. Dès lors, les structures psychiatriques, devenues caduques, disparaissent, de même que la possibilité d'influencer les politiques de la santé en faveur de la psychiatrie. Une autre conséquence de cette réforme est l'affaiblissement, par l'intégration de ses constituantes dans les autres ressources publiques, du réseau communautaire et de la pratique psychiatrique communautaire de l'époque.

Ce changement radical a des effets sur la désinstitutionnalisation en cours. Les discours et les orientations deviennent ambigus (Boudreau, 1984) car les technocrates sont indécis sur le devenir des hôpitaux psychiatriques, indécision généralisée car le Comité de la santé mentale n'a pu produire son document sur le rôle et l'organisation des

hôpitaux psychiatriques malgré une annonce faite en ce sens en 1972. Ce vide politique a pour effet de laisser chaque institution décider de son avenir. Des orientations différentes se dessinent alors. Par exemple, certains hôpitaux tentent de devenir des centres de traitement spécialisés et revendiquent les ressources nécessaires à la réalisation de leur projet. D'autres deviennent attentistes. Ces orientations divergentes ont possiblement favorisé un mouvement centripète des institutions qui se centrent alors sur leurs enjeux internes, au détriment d'une ouverture sur la communauté et des débats qui y avaient cours. La désinstitutionnalisation qui se réalisera se fera principalement par le déplacement des patients dans les familles d'accueil et les pavillons. En 1986, plus de 11,000 patients y résident (Gendreau, 1988) et le recours à la médication y devient le mode de traitement privilégié.

Mais, alors que la psychiatrie communautaire est en perte de vitesse dans les institutions publiques vers la fin des années 70, voilà qu'émergent de nouveaux acteurs intéressés par la psychiatrie. Certains ont connu la psychiatrie à titre personnel et désirent y oeuvrer pour la défense de leurs droits et pour une modification des traitements reçus. D'autres sont influencés par les idées de l'antipsychiatrie, les nouveaux courants de réinsertion sociale européens et américains et veulent modifier la pratique de la psychiatrie. Enfin, d'autres encore désirent simplement faire reconnaître leur capacité d'aider les personnes en difficulté, ou bien leur expertise dans de nouveaux modes d'intervention méconnus ou dévalorisés dans le milieu psychiatrique.

Ces acteurs créent des ressources communautaires d'un nouveau type, avec un discours progressiste implanté dans le nouveau contexte socio-politique (Comité de la santé mentale, 1985). Mentionnons, comme exemple de ressources Autopsy (1981), Solidarité-psychiatrie (Letendre et Saab, 1980), La Chrysalide (Lecomte et Tourigny, 1983), La Maison Saint-Jacques, etc. Ce nouveau mouvement communautaire s'organise en un regroupement (Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec créé en 1982 : Guertin et Lecomte, 1983), raffine son discours critique sur la psychiatrie biologique, et obtient des subsides pour améliorer ou développer de nouvelles ressources, grâce l'écoute attentive de la nouvelle direction des services de santé mentale, mise en place en 1982.

Parallèlement à cette nouvelle mouvance communautaire, des intervenants du réseau public prônent aussi, à partir du milieu des années 70, la nécessité du renouvellement des pratiques institutionnelles, et essaient de rallier tous ces divers acteurs autour d'un partage de leurs expériences, de leurs interrogations et de leurs recherches dans le cadre

d'organismes eux aussi communautaires : entre autres, la revue *Santé mentale au Québec*, lancée en 1976 suite au premier colloque de psychiatrie communautaire (*Santé mentale au Québec*, 1976), et Cosame qui, outre *Santé mentale au Québec*, a créé la Communauté thérapeutique La Chrysalide en 1980, le Mutant en 1987, le projet PART en 1987, Le Centre de soir Denyse Massé en 1989, et, en association avec la Maison St-Jacques le Centre de crise Le Transit en 1993. Il a également organisé avec d'autres partenaires institutionnels les 14 colloques annuels en santé mentale. D'autres intervenants optent pour la modernisation des ressources d'hébergement pour patients désinstitutionnalisés par la création de structures intermédiaires (Leduc, 1984).

Les années 1981-1989

Au début des années 1980, il devient de plus en plus manifeste que le réseau psychiatrique issu du projet Bédard répond mal aux besoins des patients, comme le démontre le phénomène de la porte tournante (en 1985, 59 % des admissions totales sont des réadmissions : Doré, 1987), de même que l'accroissement de l'itinérance, le recours au système judiciaire pour des problèmes psychiatriques et l'engorgement des urgences hospitalières. Le réseau public est débordé et fait l'objet de critiques de plus en plus fréquentes (Lecomte, 1986). Même en son sein, on reconnaît qu'il « a peut-être lui-même créé ce débordement en s'imaginant qu'il était seul capable de s'occuper des problèmes psychiatriques dans la société » (Aird, 1985); « (...) il est peu diversifié selon les besoins de la clientèle, presque uniquement de services psychiatriques, parapsychiatriques et d'hébergement, focalisés dans les centres hospitaliers, avec peu ou pas d'intégration en amont et en aval dans le tissu social (A.H.P.Q, 1983). De plus, la nouvelle Division de santé mentale est d'opinion que : « (...) les ressources humaines, matérielles et financières sont énormes, la formation des intervenants est impressionnante, l'autonomie régionale en matière de programmation des services est reconnue, et pourtant, l'état de la santé mentale des québécois décroît. » (Plante, 1985).

Éclate à la même période l'actuelle crise économique et l'adoption de coupures budgétaires. Les technocrates font à nouveau pression pour accentuer la désinstitutionnalisation, car ils la considèrent comme une des clés à la modernisation des services de psychiatrie et à la diminution des coûts croissants qu'ils génèrent. Sur cette arrière-scène économique, les circonstances socio-politiques deviennent propices à la revendication d'une nouvelle vague de désinstitutionnalisation. Ce seront l'enquête sur l'hôpital L.-H. Lafontaine en 1984 (Aird et al., 1984) et le rapport Aucoin (1985) sur sa transformation.

En mai 1983, le gouvernement reconnaît à nouveau la spécificité de la santé mentale (Deschênes, 1985) et met en branle les travaux préparatoires à l'adoption d'une Politique de santé mentale (travaux du Comité de la santé mentale avec ses Avis de 1985; le Comité Harnois et son rapport *Pour un partenariat élargi*, en 1987).

C'est dans ce contexte qu'en 1985 le mouvement de désinstitutionnalisation reprend son essor et devient le principal enjeu de la future politique de santé mentale. Dans un contexte de restrictions budgétaires, la clé de tout changement est la réallocation des ressources; la nouvelle politique de désinstitutionnalisation en sera donc une budgétaire. La logique de réduction des coûts deviendra celle de la politique de désinstitutionnalisation.

Cette nouvelle vague de désinstitutionnalisation suscitera tout de même la collaboration des intervenants qui s'appuieront, entre autres, sur une approche de traitement qui, depuis quelques années, prend de l'importance: la réadaptation. Cette dernière rend possible l'apprentissage des habiletés de vie tout en permettant au patient de reprendre du pouvoir sur sa quotidienneté et sur son devenir. La fondation, en 1991, de l'Association québécoise de réadaptation psychosociale, dans le cadre du congrès international La réadaptation psychosociale en santé mentale: partenaires et points d'appui, constituera la consécration de cette émergence.

Les années 1989-1997

Le 19 janvier 1989, le gouvernement du Québec édicte sa première Politique officielle de santé mentale. Elle comprend cinq objectifs: 1) assurer la primauté de la personne; 2) accroître la qualité des services; 3) favoriser l'équité; 4) rechercher des solutions dans le milieu de vie et 5) consolider le partenariat.

Pour les personnes atteintes de troubles mentaux sévères et persistants, le premier et quatrième objectif sont particulièrement déterminants. En effet, la Politique favorise le maintien dans leur milieu de vie des personnes atteintes de maladie mentale, sévère ou non. Elle postule aussi que les réponses des services publics sont complémentaires à celles des personnes et de leur milieu. Pour ce faire, elle favorise une gamme de services accessibles et une organisation décentralisée pour chercher des solutions dans le milieu de vie, contrairement à ce que prônait le rapport Bédard. La Politique s'est aussi donné des objectifs spécifiques pour les patients psychiatriques hospitalisés depuis longtemps. Elle propose de continuer leur réintégration sociale par la désinstitutionnalisation, mais de leur offrir un meilleur encadrement par le biais de

plans de désinstitutionnalisation. Afin d'assurer un encadrement personnalisé, un plan de services individualisé sera obligatoire pour toute personne hébergée dans un établissement durant plus de 90 jours. Enfin, la politique prévoit la création d'un groupe d'experts auxquels peuvent avoir recours les établissements.

En 1995, en conformité avec cette politique, la Direction générale de la planification et de l'évaluation du MSSS entreprend une révision, guidée par le questionnaire suivant : les moyens d'action de la Politique ont-ils été mis en oeuvre conformément à cette dernière ? (*Bilan d'implantation de la politique de santé mentale*, 1997, p. 9). Pour ce faire, les responsables choisissent une démarche participative de groupe alimentée par des informateurs clés dans divers milieux de la santé mentale. Cinquante-neuf groupes constitués de 459 personnes sont consultés. Le travail du comité aboutit à la rédaction du rapport *Bilan d'implantation de la politique de santé mentale*, déposé en février 1997. Selon ce rapport, les plans de désinstitutionnalisation ont été peu réalisés, le groupe d'experts n'a pas été créé et les plans de services individualisés ont connu une telle résistance, à cause entre autres des problèmes de confidentialité, qu'ils ont été jugés peu praticables. Autrement dit, le Bilan d'implantation conclut que la politique de santé mentale a eu peu d'influence sur la pratique quotidienne des intervenants et sur la politique de désinstitutionnalisation.

Mais entre-temps, en novembre 96, le Vérificateur général du Québec soumet son rapport annuel à l'Assemblée nationale. De la vérification faite auprès de trois régions régionales, retenons les trois remarques suivantes :

- 4.76. Alors que ces centres (Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés et de soins psychiatriques) devaient réduire le nombre de leurs lits, leur budget en santé mentale, de 1991 à 1996, a été majoré, principalement par indexation, de plus de 85 millions de dollars, ce qui réduisait d'autant les possibilités de développer les services à proximité du milieu de vie des personnes. De même, dans un centre hospitalier de soins psychiatriques, les sommes dégagées par la réduction du nombre de lits ont contribué à augmenter l'intensité des soins offerts.
- 4.77. Six ans après l'élaboration de la Politique de santé mentale, on ne peut que constater un échec quant au réaménagement souhaité des ressources en santé mentale. Un certain recul est même observé du fait que les ressources sont encore plus concentrées dans les traitements spécialisés.

- 4.95. Le nombre de lits disponibles en psychiatrie ne respecte pas les normes fixées par le Ministère. Ces normes, établies en 1976, sont de 0,3 lit par 1000 habitants pour les soins de courte durée, et de 0,2 lit par 1000 habitants pour ceux de longue durée. Dans l'ensemble du Québec, on utilise près du double des lits alloués par ces normes, alors que la tendance observée dans d'autres administrations publiques nord-américaines va vers une diminution de services internes en deçà de ces normes, au profit d'un meilleur soutien dans le milieu de vie des personnes. Dans deux régions visitées, mentionnons que le respect intégral de ces normes représenterait une réallocation de ressources vers le milieu de vie des personnes d'environ 78 millions de dollars.

Le rapport du Vérificateur confirme les critiques formulées dans le Bilan d'implantation. Il a un impact presque immédiat. En avril 97, un rapport spécifique intitulé *Orientations pour la transformation des services de santé mentale* est produit par le Comité de révision de la Politique. Cette nouvelle politique de désinstitutionnalisation priorise les personnes atteintes de troubles mentaux sévères (elles sont responsables de 80 % des journées d'hospitalisation), et leur offre en premier lieu des « services de santé mentale en privilégiant les interventions dans la communauté et en accentuant la qualité, la continuité et la coordination des services ».

Pour ce faire, six sous-objectifs sont visés :

- 1) en 2002, 60 % des dépenses publiques effectuées dans le secteur de la santé mentale (excluant celles de la Régie de l'assurance-maladie du Québec) seront consacrées à des services offerts dans la communauté et 40 % à l'hospitalisation. Ce sous-objectif vise à consacrer la majeure partie des sommes investies à des services dans la communauté près des milieux de vie.
- 2) Les fonds doivent être réalloués en priorité pour mettre sur pied et consolider cinq types de services pour les personnes priorisées, de même que des services de soutien pour leurs familles et leurs proches. Ces services sont : l'accès au logement et à des subsides pour les besoins de subsistance ; la possibilité d'une intervention de crise en tout temps ; le maintien du traitement dans la communauté ; l'accès à des services de réadaptation ; les activités de soutien aux familles et aux proches.

- 3) Les régies régionales, en tant que responsables de l'organisation des services, doivent assurer la réalisation de certaines conditions propres à garantir le succès de la transformation des services de santé mentale. Par la réallocation des budgets de santé mentale dans la communauté, un financement de transition, la responsabilité à l'égard de la clientèle, des mécanismes de coordination des services, la formation des ressources humaines,
- 4) Les centres hospitaliers offrant des services d'hospitalisation en santé mentale devront viser une diminution progressive de la durée moyenne de séjour et atteindre celle de 15 jours en soins de courte durée d'ici trois ans.
- 5) Au cours des prochains mois, chaque régie régionale devra déterminer quel est le milieu de vie le mieux adapté à la clientèle résidant en centre hospitalier psychiatrique sur son territoire et quel est le type de services dont celle-ci a besoin. Les régies régionales doivent élaborer un plan de mise en oeuvre pour les changements de milieu de vie des personnes.
- 6) Le Ministère vise à atteindre la norme de 0,4 lits par 1,000 personnes en l'an 2002 pour dispenser les services de courte et de longue durée psychiatriques, soit 0,25 lits par 1,000 personnes en soins de courte durée et 0,15 lits par 1,000 personnes en soins de longue durée.

Le rapport justifie ces propositions par diverses statistiques. Par exemple, même si l'Ontario a un quota de dépenses per capita semblable à celui du Québec, cette province dispose de 0,48 lits par 1,000 habitants (tout comme la Colombie britannique dont le ratio s'élève à 0,46 lits) alors que le Québec, lui, dispose de 1 lit par 1,000 habitants. Ce taux élevé de lits entraîne la conséquence suivante : le Québec avait, en mars 1995, 3700 lits disponibles pour des soins de courte durée, dont 500 pour des services reliés à l'administration de la justice, et 3800 lits disponibles pour des soins de longue durée, dont 1000 pour les soins consacrés à la déficience intellectuelle.

En 1993-94, l'Île du Prince Édouard présente une moyenne de séjour dans les hôpitaux généraux de 15 jours, alors qu'en 1994-95, le Québec, lui, présente une moyenne de 30,5 jours.

Par ailleurs, l'analyse de la situation québécoise révèle, selon le rapport, un manque chronique de soutien aux familles et aux proches des malades mentaux, un financement très inégal selon les régions et

une intégration des services loin d'être complétée. De plus, on constate que 64 % des dépenses viennent des hospitalisations et 36 %, des autres services. Enfin l'analyse du temps de séjour montre que 3000 des 6000 lits existants sont occupés par des personnes qui y résident depuis plus de dix ans de façon ininterrompue.

Le rapport conclut à la possibilité, pour le Québec, de fonctionner avec un nombre inférieur de lits et une durée d'hospitalisation moindre, si le réseau de soutien communautaire est élargi par la constitution de ressources de qualité, comme celles déjà existantes, et étayé par une ré-allocation des fonds institutionnels en direction des organismes communautaires.

Cette fois, le gouvernement propose donc d'appuyer sa politique de désinstitutionnalisation sur l'implication des ressources communautaires. Cette stratégie sera-t-elle suffisante ?

Conclusion

Au Québec, la politique de désinstitutionnalisation a été initiée et soutenue par les tenants de la psychiatrie communautaire. En s'appuyant sur le développement des hôpitaux, ces cliniciens ont tenté de modifier la pratique psychiatrique asilaire durant les années 65-75, en une pratique reposant sur de nouvelles valeurs et ancrée dans la réalité sociale des patients. Même si cette expérimentation exerça une grande influence sur le milieu psychiatrique, elle n'a malheureusement pu mettre en place un réseau de ressources communautaires qui auraient assumé les fonctions asilaires auprès des patients désinstitutionnalisés ou des personnes en besoin de pareils services.

Durant la deuxième phase de la désinstitutionnalisation (1975-1985), cette politique a été relancée et soutenue par les technocrates, avec le soutien mitigé du milieu psychiatrique. Durant ces années, elle fut réalisée sur la base d'une pratique hospitalière sans lien soutenu ni continu avec la communauté.

La troisième étape de la désinstitutionnalisation (1985-1995) fut lancée par les technocrates et les gestionnaires financiers, selon une logique de l'économie des coûts. Davantage encadrée par les régies régionales, elle fut appuyée par le milieu psychiatrique qui, en plus de l'approche biologique, eut recours aux nouvelles techniques de réadaptation pour préparer une clientèle de plus en plus difficile à réinsérer socialement. Les ressources communautaires commencèrent à jouer un rôle déterminant dans sa réussite.

La quatrième étape s'annonce avec le document *Orientations pour la transformation des services de santé mentale* (1997). Dominée par la logique du contrôle des coûts et s'adressant à une clientèle aux troubles de plus en plus sévères, cette politique s'appuiera davantage sur les ressources communautaires pour assurer sa réussite.

Il est heureux que le gouvernement reconnaisse le rôle majeur du réseau de soutien communautaire dans la réussite d'une politique de désinstitutionnalisation. Il est toutefois dommage qu'il soit à nouveau silencieux sur la manière dont le milieu de la santé mentale (hôpitaux généraux et psychiatriques) pourrait se réapproprier ce projet collectif d'humanisation des soins destinés aux plus démunis avec les ressources communautaires. Si le gouvernement demeure aussi silencieux dans la politique officielle à venir, il est à espérer que le milieu psychiatrique se mobilise et actualise ce projet, comme lors de la première vague de désinstitutionnalisation, mais en partenariat, cette fois, avec le milieu communautaire.

Note

1. Un certain nombre de lits ont été transformés en ressources intermédiaires.

Références

- A.P.H.Q., 1983, *La santé mentale, reflet de la réalité sociale* cité dans Morin, P., 1986, Main basse sur les ressources alternatives, *Santé mentale au Québec*, XI, n° 2, 89-94.
- AIRD, G., AMYOT, A., CHARLAND, C., 1984, *Rapport de la commission d'enquête sur la qualité de l'administration et du fonctionnement de l'hôpital L.-H. Lafontaine*, Montréal, mai.
- AIRD, G., AMYOT, A., CHARLAND, C., ROBILLARD, L., 1985, *Rapport du comité d'étude sur les services psychiatriques de la région de Montréal (06-A)*, Montréal.
- AUCOIN, L., 1985, *Orientation et amorce de plan d'action, hôpital L.-H Lafontaine*, Montréal.
- AUTOPSY, 1981, Pas assez fou pour mettre le feu, *Santé mentale au Québec*, VI, n° 2, 161-167.
- BILAN D'IMPLANTATION DE LA POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE*, 1997, Ministère de la Santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec.
- BOUCHARD, M., 1979, Un quart de siècle plus tard : notre malade, *Santé mentale au Québec*, IV, n° 1, 92-101.

- BOUDREAU, F., 1984, *De l'asile à la santé mentale*, A. St-Martin, Montréal.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, 1997, *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*, Gouvernement du Québec.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, 1985, *Rôle et place des ressources alternatives*, Gouvernement du Québec, Québec.
- COMITÉ DES CITOYENS DE ST-JACQUES, 1980, Comment défendre la santé du peuple et sa santé mentale?, *Santé mentale au Québec*, V, n° 1, 47-53.
- COMITÉ HARNOIS, 1987, *Pour un partenariat élargi*, Montréal.
- COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX, 1986, Programme de consultation d'experts, *Dossier santé mentale*.
- DESCHÊNES, J.C., 1985, *Le contexte et le pourquoi d'une politique de santé mentale*, Allocution du sous-ministre des Affaires sociales au congrès de l'AHPQ.
- DORÉ, M., 1987, La désinstitutionnalisation au Québec, *Santé mentale au Québec*, XII, n° 2, 144-157.
- DORVAL, M., 1987, *Mouvement de la clientèle psychiatrique au Québec : considérations statistiques*, Comité de la politique de santé mentale.
- GENDREAU, C., 1988, Le public, le privé, le communautaire (acteurs et promoteurs sur le marché de la santé mentale), *Santé mentale au Québec*, XIII, n° 1, 48-56.
- INFO-SÉRHM, 1997, mai
- LECOMTE, Y. TOURIGNY, C., 1983, La communauté thérapeutique : deuxième partie. La Chrysalide, *Santé mentale au Québec*, VIII, n° 1, 122-134.
- LECOMTE, Y., 1984, Les jeunes adultes (18-35 ans) en voie de chronicisation, *Santé mentale au Québec*, IX, n° 2, 134-140.
- LECOMTE, Y., 1986, Le système de soutien communautaire : hypothèse pour une réforme des services en santé mentale, *Santé mentale au Québec*, XI, n° 1, 5-18.
- LECOMTE, Y., 1988, Le processus de désinstitutionnalisation aux Etats-Unis (première partie), *Santé mentale au Québec*, XIII, n° 1, 34-47. 1, 5-18.
- LEDUC, A., 1983, Deux expériences de structures intermédiaires issues d'une institution traditionnelle : foyer de groupe et appartements supervisés, *Santé mentale au Québec*, VIII, n° 1, 140-143.
- LE SERVICE DE L'ANALYSE STATISTIQUE, 1997, Recueil de fiches statistiques rédi-

gées dans le cadre du dossier « Bilan et perspectives pour le système socio-sanitaire québécois », MSSS.

- LETENDRE, R. SAAB, C., 1980, Solidarité-Psychiatrie Inc., *Santé mentale au Québec*, V, n° 1, 41-46.
- LE VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC, 1996, *Rapport du vérificateur général à l'Assemblée nationale pour l'année 1995-1996*, tome II, Gouvernement du Québec.
- MERCIER, C., 1997, Les réalités de la réinsertion sociale au Québec, *L'Information psychiatrique*, 73, 8, 813-822.
- ORIENTATIONS POUR LA TRANSFORMATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE, 1997, Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec.
- PAGÉ, J.C., 1961, *Les fous crient au secours*, Éditions du Jour, Montréal.
- PLANTE, M., 1985, Plan de services en santé mentale pour la période 1985-1990 cité dans Morin, P., 1986, Main basse sur les ressources alternatives, *Santé mentale au Québec*, XI, n° 2, 89-94.
- POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE, 1989, Ministère de la Santé et des services
- RAPPORT DE LA COMMISSION D'ÉTUDE DES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES, 1962, Ministère de la santé de la province de Québec
- ROBITAILLE, M., 1975, Une réponse au problème de la psychiatrie de secteur en milieu urbain, *Hygiène mentale au Canada*, 23, 4, 1-3.
- SERHUM, 1992, *STATISTIQUES ÉVOLUTIVES CONCERNANT LES RESSOURCES HUMAINES ET MATÉRIELLES DU SYSTÈME SOCIO-SANITAIRE QUÉBÉCOIS*, période 1981-82 à 1990-91.
- ST-JEAN, R., 1976, Évaluation des services aux malades mentaux chroniques dans un centre de santé mentale communautaire, *Santé mentale au Québec*, 1, 1, 75-94.
- THIBAUDEAU, M. F., 1977, Le malade chronique au Centre de santé mentale communautaire, *Santé mentale au Québec*, 2, 2, 67-74.