Document generated on 07/15/2025 8:35 p.m.

Santé mentale au Québec

Les enjeux des cliniques externes de psychiatrie

Yves Lecomte and Alain Lesage

Volume 24, Number 2, Fall 1999

Le devenir des cliniques externes de psychiatrie

URI: https://id.erudit.org/iderudit/013010ar
DOI: https://doi.org/10.7202/013010ar

See table of contents

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

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

Explore this journal

Cite this document

Lecomte, Y. & Lesage, A. (1999). Les enjeux des cliniques externes de psychiatrie. *Santé mentale au Québec*, *24*(2), 7–27. https://doi.org/10.7202/013010ar

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec,1999

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/

Éditorial

Les enjeux des cliniques externes de psychiatrie

Yves Lecomte*
Alain Lesage**

En juin 1996, la revue *Santé mentale au Québec* a initié une réflexion sur le réseau psychiatrique actuellement en transformation. Après avoir exploré la philosophie du virage ambulatoire (juin 1996) prônée par les instances administratives, la revue a analysé l'éventuel rôle des hôpitaux psychiatriques dans cette transformation (automne 1997). Elle a ensuite approfondi un des éléments clés proposé par le Comité de la santé mentale du Québec (1997) pour réaliser le virage ambulatoire, le suivi communautaire (automne 1998), et attiré l'attention sur la nécessité du traitement psychologique des personnes aux prises avec des troubles psychotiques graves comme les délires (printemps 1999). Dans ce numéro, *Santé mentale au Québec* veut susciter une réflexion sur les grandes oubliées de la *Politique de santé mentale* (1989) et de ses modifications ultérieures : les cliniques externes.

Un paradoxe du *Rapport Harnois* (1987) et de la *Politique de santé mentale* (1989) est l'absence de débats sur le rôle des cliniques externes de psychiatrie dans la transformation du système de soins pour fins de santé mentale, bien que celles-ci aient été le pivot de la transformation du système asilaire en une psychiatrie communautaire. En effet, durant les années 60 et 70, la dispensation des soins avait été décentrée des hôpitaux psychiatriques vers les hôpitaux généraux, responsables d'un secteur géographique. Les hôpitaux généraux créèrent des cliniques

* Yves Lecomte, m.ps, est psychologue au Centre de santé mentale, clinique externe de psychiatrie du CHUM.

** Alain Lesage est psychiatre à l'hôpital L.H. Lafontaine et chercheur au Centre de recherche Fernand-Seguin.

Remerciements

Les auteurs remercient madame Madeleine Breton du ministère de la Santé et des Services sociaux, messieurs Jacques Gagnon et Pierre Vigeant de l'Association des hôpitaux du Québec pour leurs informations statistiques.

externes et de nombreuses expérimentations s'y réalisèrent, fruit d'une grande créativité, comme en ont fait part de nombreuses éditions de *Santé mentale au Québec*. Mentionnons le Centre de santé mentale communautaire de Montréal devenu la clinique externe de psychiatrie de l'hôpital Saint-Luc en 1974 (Robitaille, 1975 ; St-Jean, 1976 ; Thibaudeau, 1977) ; l'expérience du département de psychiatrie de l'hôpital Jean-Talon (Edisbury et al., 1981). Sans oublier les ressources communautaires qui ont émané de ces cliniques externes telles que Solidarité-Psychiatrie de l'hôpital Jean-Talon (Letendre et Saab, 1980) ; La communauté thérapeutique La Chrysalide du Centre de santé mentale communautaire de Montréal (Lecomte et Tourigny, 1983a ; 1983b) et la revue *Santé mentale au Québec* elle-même. Lieu de rassemblement des nouveaux professionnels qui y forment les équipes multidisciplinaires, ces cliniques ont aussi été le lieu où se sont débattues les revendications pour un nouveau partage du pouvoir et des responsabilités (S.P.A.S.Q., 1981). Malgré cette effervescence, les cliniques externes sont les grandes oubliées de la Politique de santé mentale.

Elles demeurent en 1999 le maillon essentiel de la dispensation des services psychiatriques comme durant les décennies précédentes. Elles sont au nombre de 164 localisées dans 71 hôpitaux généraux et psychiatriques avec pour budget 57 424 894 $ en 1998-1999 (5 % du budget total en santé mentale). Ces établissements ont desservi 156 959 différents patients durant la même année. En 1997-98, leur nombre s'élevait à 152 891, et à 151 307 en 1996-1997, pour une augmentation de 3,6 % en deux ans. Comme on estime que le nombre annuel de visites est de 10 par patient, le nombre total de visites s'élève donc à 1 569 590 en 1998-1999, alors qu'il se chiffrait à 1 320 000 en 1993-1994, représentant une augmentation de 16 % en quatre ans.

Ces statistiques démontrent l'importance des cliniques externes et permettent d'affirmer qu'elles sont la pierre d'assise du réseau psychiatrique actuel. Au constat de leur rôle et de leur riche expérience clinique, comment se fait-il qu'un tel silence puisse persister sur les cliniques externes ? Est-ce dû à l'essoufflement de la psychiatrie communautaire et au désabusement des intervenants, rendant ces lieux inaptes à toute nouvelle contribution au renouvellement des pratiques selon certains ? Dans cette optique, est-ce dû à leur manque de renouvellement ou à leur réintégration dans le giron médico-psychiatrique, et à l'émergence d'une nouvelle pratique psychiatrique qui s'écarte d'une philosophie sociale de la psychiatrie ? Ou est-ce tout simplement un oubli de la Commission sur les Services de Santé Mentale, la Commission Harnois (1987), mise en place suite au constat des insuffisances au chapitre des

soins destinés aux personnes souffrant de troubles mentaux graves dispensés par le réseau psychiatrique, dont les cliniques externes.

Ces interrogations suscitent sans doute des réponses positives, mais il est difficile de relativiser leur influence sur le silence actuel des principaux acteurs. Pour sortir de cette impasse et lever ce silence, nous choisissons dans cet éditorial de poser cinq questions susceptibles de dégager les axes majeurs d'une réflexion sur les cliniques externes qui s'intensifiera durant les prochaines années. Avant d'expliciter ces enjeux, il apparaît pertinent de situer les cliniques externes dans le réseau psychiatrique québécois, d'esquisser un bref portrait épidémiologique des besoins en services psychiatriques et de décrire les constantes de la transformation des services pour fins de santé mentale.

Le réseau psychiatrique

Le réseau de la santé mentale, sous la responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux, est divisé géographiquement en 17 régions administratives dont chacune relève de la responsabilité d'une Régie régionale de la Santé et des Services sociaux, qui assure la planification, l'organisation, la mise en œuvre et l'évaluation des orientations et des politiques du ministère de la Santé et des Services sociaux. Ces 17 régions administratives sont sous-divisées en 147 secteurs, les plus petites unités géographiques de planification (correspondant aux territoires des CLSC).

Figure 1
Répartition des établissements de santé et de services sociaux

Catégorie d'établissement	**Nombre**
Centre local de services communautaires (CLSC)	147
Centres hospitaliers (CH)	126
Centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ)	19
Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)	342
Centres de réadaptation (CR)	97
Total	731

Source : Régie de l'assurance maladie du Québec, Statistiques annuelles, 1997

Dans chaque région administrative se retrouvent quatre types d'établissement pour adultes qui offrent des services spécifiques aux patients psychiatriques (cf. figure 1). Ces établissements, regroupés en quatre réseaux, desservent l'ensemble de la région ou seulement un

secteur : 1) 147 centres locaux de santé communautaire (CLSC) dispensent des services de santé mentale de courte durée (première ligne) et, selon les territoires, de longue durée aussi (réadaptation ou réinsertion) ; 2) Parmi les 126 centres hospitaliers (CH), 65 hôpitaux généraux et 6 hôpitaux psychiatriques offrent des soins d'hospitalisation et ambulatoires (diagnostic, généraux et spécialisés) sous l'égide des cliniques externes ; 3) 342 centres d'hébergement et soins de longue durée (CHSLD) reçoivent, de façon temporaire ou permanente, des patients dans un milieu de vie substitut avec toute une gamme de services allant de la surveillance aux soins médicaux. Parmi les patients de ce réseau se retrouve un petit nombre de personnes âgées avec troubles mentaux ; 4) 97 centres de réadaptation (CR) assurent les services d'adaptation et de réadaptation à des bénéficiaires affectés entre autres par une déficience intellectuelle et des troubles mentaux. Enfin, un cinquième réseau, non institutionnel mais reconnu légalement par la loi sur les services de Santé et les Services sociaux, est constitué par les organismes communautaires. Ces organismes s'occupent de services de base en santé mentale (par exemple lignes d'écoute pour le suicide ; Alcooliques Anonymes), ou oeuvrent auprès des personnes avec des troubles mentaux graves, comme les groupes de défense des droits des usagers, de la promotion de la santé, de réinsertion, des services thérapeutiques, occupationnels, de logement et de socialisation. Ces organismes offrent des activités répondant à des besoins nouveaux ou constituent de nouvelles approches en santé mentale selon les termes de la loi.

Relevant des centres hospitaliers généraux ou psychiatriques, les cliniques externes de psychiatrie constituent le passage obligé entre l'ambulatoire et les diverses formes de placement hospitalier et autres. Sur un territoire, regroupant parfois plusieurs CLSC, elles fournissent les services de diagnostic et de traitement sous toutes ses formes : urgence, crise, réadaptation au long cours, psychothérapie, etc. sans oublier les services de consultation aux organismes institutionnels et communautaires. Autrement dit, les cliniques externes sont au centre du système psychiatrique.

Rappel épidémiologique

La prévalence des troubles mentaux dans la population générale atteint près de 20 %. Ce sont essentiellement des troubles anxieux, dépressifs, de toxicomanie. D'autre part, environ de 1 à 3 % de la population souffrirait de troubles mentaux graves, surtout des maladies psychotiques et des formes compliquées de maladies anxio-dépressives, et de toxicomanie souvent combinées à des troubles de la personnalité.

Les statistiques de consultation indiquent que la majorité des personnes qui souffrent de troubles mentaux ne consultent pas, et si elles le font, elles s'adressent principalement aux services de base ou de première ligne (près de 7 à 9 % de la population dans une enquête à Montréal ; Lesage, 1996), en particulier les médecins de famille, les praticiens en pratique privée (comme les 1800 psychologues en pratique privée), les groupes d'entraide (par exemple les Alcooliques Anonymes) et les lignes d'écoute. Environ de 1 % à 3 % de la population fréquente chaque année les services psychiatriques spécialisés au Québec comme en France (unités de soins, urgences, cliniques externes, milieux résidentiels et/ou occupationnels supervisés) (Fournier et al., 1997 ; Kovess et al., 1995). La majorité des personnes suivies par les services spécialisés psychiatriques n'ont pas été hospitalisées durant la dernière année : elles sont suivies en cliniques externes. Enfin, un peu moins de la moitié des personnes qui fréquentent les services psychiatriques souffrent de troubles psychotiques, potentiellement graves.

Deux constats se dégagent de ces données épidémiologiques. Les cliniques externes représentent certes une part importante de l'ensemble du dispositif de services pour fins de santé mentale, mais elles demeurent tout de même un sous-système de cet ensemble. Le second constat est qu'à moins d'une augmentation importante des effectifs des services psychiatriques, il est impossible de traiter toutes les personnes souffrant de troubles mentaux. En corollaire, toute augmentation du nombre de personnes traitées par les mêmes services psychiatriques pour des troubles non psychotiques, devra se faire en modifiant les modes de prise en charge, mais au risque de négliger les personnes souffrant de troubles mentaux graves.

Quelques constantes de la transformation des services de santé mentale

Dispenser les soins dans la communauté nécessite de reconnaître les fonctions implicites et explicites autrefois remplies par les hôpitaux psychiatriques, et maintenant assumées par le dispositif ambulatoire du système de services pour fins de santé mentale,. Ces fonctions implicites et explicites ont été décrites par Bachrach (1976) et reprises par Henderson et Thornicroft (1997). Parmi les fonctions implicites, il y a la sécurité d'emploi du personnel, la ségrégation de la société des membres déviants ou dangereux ; les économies d'échelles ; les rôles structurés et les identités pour le personnel et les patients et, finalement, l'illusion de soins globaux. Parmi les fonctions explicites, il y a en particulier les soins aigus hospitaliers ou de crise ; la garde légale des patients de longue

durée ; l'évaluation et les traitements des conditions physiques ; la protection contre l'exploitation ; le répit pour les familles ; le refuge – asile pour les patients ; la recherche et la formation ; les services médicaux légaux ; les soins de jour et ambulatoires ; la réhabilitation occupationnelle ; l'hébergement, le couvert, les vêtements et les revenus de base.

Ces fonctions répondaient aux besoins des personnes souffrant de troubles mentaux graves, mais également aux besoins des intervenants et du système. La décroissance progressive des hôpitaux psychiatriques et de leur place comme pivot du système de soins pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves devait, dans l'esprit de la psychiatrie communautaire, amener les cliniques externes de psychiatrie à reprendre ce rôle dans la communauté. Dans ce rôle de pivot, il est clair que les services ambulatoires ne pouvaient, à la lecture de ces fonctions, se limiter au seul rôle de dispenser des services individuels professionnels dans une clinique externe. Ils avaient aussi à assurer la coordination et la continuité des autres services pour répondre aux besoins de base des personnes souffrant de troubles mentaux graves et vivant dans la communauté.

Mais la continuité et la coordination ne sont pas les seules dimensions, les seuls principes en jeu dans un système de services pour fins de santé mentale. Thornicroft et Tansella (1999) proposent neuf principes, neuf valeurs qui devraient sous-tendre de tels systèmes de services publics (cf. tableau 1).

Tableau 1
Définition des neuf principes de Thornicroft et Tansella (1999)

Principes	Définition
Autonomie (Autonomy)	Une caractéristique du patient qui concerne l'habileté de faire des choix ou de prendre des décisions de manière indépendante, et cela en dépit de la présence de symptômes ou de handicaps. La promotion de l'autonomie doit être faite par des soins ou un traitement efficaces.
Continuité (Continuity)	L'habileté des ressources pertinentes à offrir des interventions, soit au patient ou soit au niveau local, (i) faisant référence à la cohérence des interventions sur une courte période de temps, à la fois à l'intérieur et entre les équipes (continuité transversale), ou (ii) qui sont des séries de contact sans interruption sur une plus longue période de temps (continuité longitudinale).

Efficacité (Effectiveness)	Pour le patient, il s'agit des bénéfices démontrés ou intentionnels de traitements fournis dans des situations de vie réelles. Pour le niveau local, il s'agit des bénéfices démontrés ou intentionnels des services fournis dans des situations de vie réelles.
Accessibilité (Accessibility)	Caractéristique d'un service vécu par les usagers et leurs proches, qui leur permet de recevoir les soins à l'endroit et au moment où cela est nécessaire.
Globalité (Comprehensiveness)	Caractéristique d'un service ayant deux dimensions. La globalité *horizontale* : jusqu'à quel point un service répond au continuum complet de gravité des troubles mentaux et à une grande variété de caractéristiques des patients. La globalité *verticale* : la disponibilité des composantes de base des soins (soins dans la communauté et en externe ; soins de jour ; hospitalisation de courte durée et services résidentiels à long terme ; liaison avec les autres services) et leur utilisation par des groupes de patients jugés prioritaires.
Équité (Equity)	Juste distribution des ressources. Devraient être explicites le rationnel utilisé pour fixer les priorités entre des besoins concurrents de même que les méthodes utilisées pour l'allocation des ressources.
Responsabilité (Accountability)	Fonction par laquelle les relations dynamiques et complexes entre les services en santé mentale, les patients, leurs familles et le public en général, qui ont tous des attentes légitimes par rapport aux services, devraient se jouer de manière responsable.
Coordination (Co-ordination)	Caractéristique d'un service démontrée par des plans de traitement cohérents pour les patients. Chaque plan devrait avoir des buts clairs et devrait inclure les interventions nécessaires qui sont efficaces : ni plus ni moins. On distingue la coordination *transversale* qui signifie la coordination des informations et des services à l'intérieur d'un épisode de soins (à la fois à l'intérieur et entre les services) et la coordination *longitudinale* qui signifie les enchaînements entre le personnel et entre les ressources sur une plus longue période de traitement, couvrant souvent plusieurs épisodes.

Efficience (rendement) Efficiency	Caractéristique d'un service qui minimise les intrants (*inputs*) nécessaires pour atteindre un niveau donné de résultats (*outcomes*) ou qui maximise les résultats pour un niveau donné d'intrants

Les cliniques externes dans un système de services pour fins de santé mentale ne peuvent évidemment remplir également chacun de ces principes : le rôle, les actions et les remises en question des cliniques externes se tissent selon l'équilibre des choix faits en fonction des priorités. À cet égard, peut être remise en question la priorité que le Gouvernement du Québec a donné aux personnes souffrant de troubles mentaux graves et aux jeunes dans sa réforme de services pour fins de santé mentale. Certes, les besoins des personnes souffrant de troubles mentaux graves sont importants, et il peut paraître plus équitable de leur consacrer des ressources importantes comme c'est le cas actuellement. Mais, on peut arguer qu'il y a un bien plus grand nombre de personnes souffrant de troubles dépressifs par exemple, plus de 5 % à 6 % de la population, et que la majorité d'entre elles ne consulte pas. Ces personnes, comme le souligne le récent rapport de l'Organisation mondiale de la santé (Murray et Lopez, 1997), présentent plus de 13 % de la morbidité due à toutes les maladies dans les pays industrialisés. Il est évident à la lecture de ce rapport que la dépression représente une des principales sources de morbidité, de dysfonctionnement social, beaucoup plus en termes absolus que des troubles mentaux graves comme les maladies psychotiques, ou toute autre maladie physique prise individuellement. Or, il existe pour la dépression des thérapeutiques psychopharmacologiques ou psychothérapeutiques efficaces, individuellement ou en combinaison, que savent bien utiliser les professionnels des services spécialisés. Ne serait-il pas alors plus efficient de consacrer plus de temps professionnel spécialisé à l'application de ces thérapeutiques de la dépression dans la communauté ?

Une autre dimension de constance à signaler, possiblement plus méconnue, est celle du développement continu du savoir, du savoir-être et du savoir-faire dans les milieux psychiatriques. En psychiatrie, il peut surprendre de parler de technologie de la santé, d'innovation, un thème qui évoque des instruments, des médicaments ou des procédures chirurgicales que l'on n'associe pas aux activités thérapeutiques ou aux programmes développés en psychiatrie. Pourtant, lorsqu'on considère que l'on traite maintenant la majorité des personnes souffrant de troubles mentaux graves et persistants hors des hôpitaux psychiatriques, force est de constater qu'il s'est développé un savoir-faire, des appro-

ches qui permettent à des personnes de vivre à l'extérieur de l'institution. Ces approches comprennent l'expertise dans la gestion des manifestations psychotiques, la gestion des crises, les différents modes de suivi assurant la continuité, la coordination et l'intégration des interventions, le travail en équipes multidisciplinaires, l'évaluation, le développement d'un éventail de ressources résidentielles protégées, le suivi intensif en milieu naturel, des modules de réadaptation, des centres de jour, des hôpitaux de jour, des approches d'intégration au travail, des ressources occupationnelles protégées, des approches psycho-éducatives avec les familles, le répit aux familles, etc. Autant d'approches qui peuvent être nommées technologie de la santé et qui ont soutenu le passage d'un système de soins spécialisés centré sur l'hôpital vers un système de soins basé dans la communauté.

Dans la reconnaissance d'une fonction essentielle au développement de l'expertise et de sa transmission, le déploiement des cliniques externes a pu amener un isolement dans la communauté du personnel spécialisé et le non renouvellement de leur expertise. La notion d'une masse critique ne peut être escamotée au constat que de nombreuses innovations, y compris encore récemment la mise en place du suivi intensif dans le milieu psychiatrique, se sont réalisées dans les hôpitaux à partir des établissements psychiatriques (CETS, 1999). Comment assurer dans une pratique résolument basée sur la clinique externe un tel développement de l'expertise, sa transmission et son déploiement ? L'examen des enjeux pourrait nous éclairer sur des pistes de solutions.

Première question : la structure pivot

En 1986 (Lecomte, 1986), dans le cadre d'un dossier sur les débats préalables à l'élaboration de la Politique de santé mentale publiée en janvier 1989, nous abordions cette question d'une manière provocatrice afin de susciter le débat, tant le silence des acteurs d'alors sur cette question représentait un véritable clivage. Il est temps de revenir sur cette question, et de l'aborder en fonction du nouveau contexte sociopolitique et de l'expérience acquise à la suite de la publication de la Politique de santé mentale.

Dans toute organisation de services sectorisée [1], il est essentiel qu'une ressource assume le leadership de l'organisation et de la dispensation des services. Cette structure dite pivot est imputable pour la satisfaction des besoins de la population dont les plus démunis toujours à risque d'être oubliés. L'expérience type d'une telle structure est celle de la réforme italienne relatée par Bozzini (1986). Cette structure permet d'assurer l'intégration essentielle des services, sinon il en résulte une

décentralisation qui peut mener à l'anarchie et à l'oubli des patients qui en ont le plus besoin. L'expérience de la désinstitutionnalisation insuffisamment planifiée est là pour nous le rappeler (Lecomte, 1988).

La *Politique de santé mentale* et ses modifications ultérieures sont restées silencieuse sur cette question politique de structure pivot. Les responsables politiques ont préféré la confier aux Régies régionales qui ne l'ont pas plus résolue, ayant plutôt choisi de laisser aux ressources institutionnelles cette initiative, avec pour résultat un silence qui persiste.

Mais le silence de la *Politique de santé mentale* est un choix déguisé car conserver le statu quo est choisir implicitement que les cliniques externes continuent d'assumer le rôle pivot qui leur était dévolu dans le rapport Bédard (1962), première politique de santé mentale officieuse. Ce choix déguisé pose problème car, comme ce rôle n'est pas officialisé, il est laissé à l'initiative de chacune des cliniques. Non encadrées par des objectifs officiels, les cliniques externes peuvent se développer selon les objectifs de la Politique de santé mentale ou en tenir partiellement compte, ou tout simplement l'ignorer. Il y a risque que les cliniques externes développent une philosophie de soins centrée sur les besoins des intervenants, besoins qui peuvent être conflictuels avec les autres principes de bons services publics énoncés dans les *Orientations pour la transformation des services de santé mentale* (1997).

Dans les prochaines modifications de la Politique, il se révélera nécessaire de débattre de la question de la structure pivot, et que soit posée la question suivante : une clinique externe peut-elle être la structure-pivot d'un système de soins psychiatriques ? Si oui, doit-elle assumer seule ce rôle ou le partager avec une autre ressource ? Quelles sont les conditions à remplir pour assumer ce rôle ? Quelle philosophie de soins peut maximiser l'efficacité de ce rôle ?

Deuxième question : le transfert des responsabilités des services spécialisés vers les services de base

Cet enjeu soulève diverses inquiétudes. Les principaux intéressés, les services de base, ne sont pas consultés lorsque les services spécialisés envisagent de leur transférer des responsabilités dans la continuité des soins. Pourtant, des démarches intéressantes, entreprises par l'Association des psychiatres du Canada et le Collège des médecins de famille du Canada afin d'élaborer un cadre de référence pour des soins partagés, pourraient servir de modèle à une telle collaboration (Kates et al., 1997). Une deuxième inquiétude : les mandats que les CLSC priorisent pour eux-mêmes en santé mentale soit la prévention et la pro-

motion, les soins aux personnes qui ont des problèmes de santé mentale transitoires, les soins à domicile et la continuité des soins pour les personnes affectées par des troubles mentaux graves (Fédération des CLSC du Québec, 1996 ; 1997). Comme la prévalence des troubles mentaux ou de la détresse psychologique atteint 20 % de la population, un territoire de CLSC qui compte 50 000 habitants se retrouve avec plus de 10,000 personnes qui ont potentiellement besoin de services pour fins de santé mentale. En considérant qu'une équipe moyenne de santé mentale dans les CLSC peut comprendre 4 ou 5 intervenants, il est évident que cette équipe peut au mieux assumer une charge de suivi de quelques centaines de personnes, dans un modèle d'intervention professionnelle de traitement. Et si cette équipe dispense des soins à domicile aux personnes aux prises avec des troubles mentaux graves qui nécessitent un suivi intensif, elle peut suivre au maximum une centaine de personnes. Qu'arrive-t-il alors aux 9 900 autres personnes du territoire de CLSC qui ont aussi des besoins de santé mentale et pour lesquelles les CLSC se sont donnés un mandat ?

Par l'absurde, ces chiffres démontrent que ce n'est pas tant les CLSC qui sont confrontés à une tâche colossale, mais l'ensemble du système de services de santé mentale, et qu'il faut reconnaître autant les besoins pour des services de santé mentale de base que pour des services de santé mentale spécialisés. Ces deux niveaux devront fonctionner en réseaux, s'épauler mutuellement et servir chacun de pivot pour des clientèles définies : par exemple les CLSC comme pivot des soins de santé mentale de base, et les cliniques externes spécialisées comme pivot et agent organisateur de coordination des soins de santé mentale pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves, et de consultation pour les services de base en santé mentale. Cette collaboration et cette spécialisation ont pour but que le plus grand nombre de personnes possible soient efficacement traitées.

Qui dit transfert dit transfert du savoir et du savoir-faire. S'ajoute maintenant un nouveau type de savoir, le savoir être qui désigne le rôle de consultant des professionnels des services spécialisés et des services de santé mentale comme les CLSC. Ce rôle vise à soutenir l'action des agents de services de santé mentale de base que sont les médecins de famille, les psychologues et les psychothérapeutes en privé, les ressources communautaires comme les alcooliques anonymes, les prêtres et les lignes d'écoute. La formation et la pratique en milieu spécialisé sont actuellement orientées vers le traitement, qui est réalisé par les cliniciens qui savent et qui aiment traiter et pour lesquels l'émergence du concept de consultation, de soins partagés ou de transfert de respon-

sabilités correspond souvent à un abandon de leurs responsabilités de soins, à une diminution de la qualité des services offerts, à un problème éthique et de perception de rôle.

Dans plusieurs milieux urbains relativement bien dotés en services spécialisés s'est développé un cercle vicieux, qui n'est pas le propre de la psychiatrie mais de l'ensemble de la médecine spécialisée, dans lequel les médecins de famille ont été progressivement désaffranchisés du traitement psychiatrique et tenus à l'écart une fois que les services spécialisés ont effectué la prise en charge. Il est alors compréhensible que les médecins de famille se montrent fort réticents au transfert de responsabilités, se sentant probablement mal équipés, mal renseignés et surtout mal soutenus dans ce nouveau rôle défini pour eux sans les avoir consultés. Il y a donc, préalablement aux éventuels transferts de responsabilités, un long travail d'apprivoisement, de redéfinition des rôles et de développement des compétences et des partenariats à faire.

Dans la mesure où les enjeux décrits précédemment sont respectés, le transfert des responsabilités doit être encouragé s'il implique le déplacement de certains membres du personnel des services spécialisés afin de constituer l'épine dorsale des services de santé mentale de base,. Il n'est peut-être pas insensé d'imaginer un système de continuité des soins qui serait basé sur les services de base, y compris pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves. Au Canada, plus de la moitié de la population a le même médecin de famille depuis les dix dernières années ! (Kates et al., 1997). Fonder la continuité sur les services de base représenterait un changement paradigmatique avec celui prôné par les services spécialisés (et soutenu par la littérature) qui stipule que ces services sont le point fixe des responsabilités pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves.

La difficulté de recrutement des spécialistes dans plusieurs régions et l'incapacité conséquente d'assurer la continuité de ces spécialistes, permet de se demander si le meilleur moyen d'assurer une stabilité plus grande des soins spécialisés ne serait pas de la confier aux services qui perdurent, soit les services de base. De tels exemples se retrouvent en milieu urbain dans lesquels les équipes spécialisées dans les soins pour personnes âgées en perte d'autonomie sont déplacées vers des services de base. Il est intéressant de noter la ressemblance entre les besoins des personnes souffrant de troubles mentaux graves, et les besoins des personnes âgées : donner à domicile les soins de traitement et de réadaptation, réduire l'institutionnalisation, tenir compte de dimensions médicales, psychologiques et sociales de même que le rôle des proches. Une telle équipe pour personnes âgées (Bergman et al., 1999) demeure fort

spécialisée avec un haut niveau d'expertise, mais se niche et est commandée par les services de base et non l'inverse. Elle ne fait pas fi non plus des besoins des autres personnes âgées du territoire, qui ne nécessitent pas un tel niveau d'intensité de suivi ; les soins de ces derniers étant directement assumés par les autres services de base du territoire qui sont coordonnés par le CLSC. Il y a une longue marche à parcourir pour atteindre un tel niveau d'intégration des services de santé mentale à l'intérieur de l'ensemble des services sociaux et de santé de base. Dans cette évolution, il y aura toujours le risque de dilution de l'expertise, ou encore du désintéressement de l'ensemble des intervenants des personnes souffrant de troubles mentaux particulièrement graves et persistants, comme ce fut observé aux États-Unis dans les Centres de santé mentale communautaires qui devaient à l'origine répondre aux besoins de ces personnes.

Troisième question : philosophie et modèle de soins

Qu'on le veuille ou non, une clinique externe se devra toujours de répondre en priorité aux personnes affectées par une pathologie lourde. Cette priorisation n'implique pas une absence de réponse aux autres personnes en difficulté, mais met l'accent sur ces plus démunis, psychiquement et socialement, qui ne peuvent recevoir une réponse satisfaisante dans d'autres structures publiques ou privées. Un modèle de soins centré sur cette priorisation doit s'en suivre.

Pour tracer une nouvelle voie de réflexion sur la philosophie de soins des cliniques externes actuellement partagée entre le biologique et le social, il nous semble essentiel de revenir à la notion de santé mentale développée dans la *Politique de santé mentale*, et basée sur un Avis du Comité de la santé mentale du Québec publié en 1985 et intitulé *La santé mentale : de la biologie à la culture*. Cette notion est organisée autour de trois axes soit biologique, psychodéveloppemental et contextuel. Elle stipule que « C'est l'aspect du psychodéveloppement qui caractérise le mieux l'état de santé mentale. Ainsi, la santé mentale d'une personne s'apprécie à sa capacité d'utiliser ses émotions de façon appropriée dans les actions qu'elle pose (affectif), d'établir des raisonnements qui lui permettent d'adapter ses gestes aux circonstances (cognitif) et de composer de façon significative avec son environnement (relationnel). Tout en reconnaissant cette spécificité, il demeure fondamental d'agir à la fois sur les dimensions biologique, psychologique, sociale et ainsi élargir l'action en santé mentale » (p. 21).

Cette notion stipule que l'axe biologique, avec pour réponse la médication, et que l'axe social, dont le suivi communautaire est la réponse

actuellement privilégiée, sont essentiels. Toutefois, ces deux axes sont encadrés par le psychodéveloppement qui semble en être l'intégrateur. Si cette notion est retenue comme base d'une philosophie de soins, quel modèle bio-psychosocial peut actualiser une telle notion de santé mentale ?

Les modèles peuvent être multiples, et leur choix dépendre de nombreux facteurs. Mais un élément est incontournable, et c'est la relation thérapeutique duelle décrite par les Lecomte (Lecomte et Lecomte, 1999) comme le facteur déterminant du succès thérapeutique. Elle est l'axe central de tout modèle.

À partir de cette relation, peut s'élaborer un changement cognitif, affectif et relationnel. Elle constitue l'axe intégrateur du psychodéveloppement, et permet que les apprentissages et expériences réalisés dans les divers programmes soient repris et intégrés dans le développement du patient. À finalité thérapeutique, cette relation est l'unité de base sur laquelle peuvent être construits une philosophie et un modèle de soins.

Quatrième question : la multidisciplinarité

Cette question concerne les formes de collaboration et le partage du travail entre les professions, et origine de la décision du gouvernement fédéral durant les années 40 d'intégrer dans les services psychiatriques de nouvelles professions. Elle est très complexe (Pelsser, 1980), car elle est conditionnée par de nombreux facteurs dont l'évolution des connaissances, les perceptions du public à l'égard de ces professions et les luttes de pouvoir entre elles et avec la profession médicale. Elle a trouvé son lieu d'expérimentation dans les cliniques externes dont il est un lieu commun de dire qu'elles sont constituées d'équipes multidisciplinaires.

Jusqu'à récemment, le fonctionnement de ces équipes était dit multidisciplinaire à savoir que chaque professionnel participait à la compréhension du problème et de la personnalité du patient avec ses connaissances professionnelles. Par la suite, un plan d'intervention était élaboré et réalisé par un ou plusieurs professionnels selon les aspects du problème mis en évidence. La responsabilité du plan d'intervention demeurait sous la responsabilité du psychiatre ou était confiée à un autre professionnel. Le postulat de ce fonctionnement étant que des expertises différentes mais complémentaires permettraient de mieux répondre à l'ensemble des besoins de la personne. Comme le souligne l'article de Luyet et al. dans le présent numéro, cette approche ne se vérifie pas dans chaque équipe, et plus fondamentalement elle n'a pas nécessairement dépassé l'évaluation ni été accompagnée par une action concertée,

chaque professionnel héritant tour à tour de cas, se bâtissant un « caseload » et limitant son action individuelle, très professionnelle, à l'intérieur de la clinique et non dans la communauté.

De plus, ce postulat reposait sur une vision statique des professions. À la longue, ce qui n'avait pas été prévu s'est réalisé. À partir des discussions de cas en équipe, des séminaires permanents et du travail avec leurs collègues, les divers professionnels ont amélioré leurs connaissances et développé des habiletés semblables. Ce partage a aussi été favorisé par la formation permanente qui s'est énormément développée dans les milieux privé et universitaire depuis vingt ans. Il en a résulté une dissémination transdisciplinaire des connaissances, se traduisant par un chevauchement des connaissances et des habiletés. Les différences de rôle se sont estompées au point que certains ont pu parler de confusion de rôle.

Pour contrer ces phénomènes, nous assistons actuellement à l'émergence d'un nouveau terme « l'interdisciplinarité », stipulant que c'est une nouvelle forme de partage des responsabilités et insistant sur l'action concertée plutôt qu'individuelle. À la lecture de la définition qu'en donnent Luyet et ses collègues dans le présent numéro, on est en droit de se demander s'il s'agit vraiment d'un nouvelle forme de partage des responsabilités : « regroupement de plusieurs intervenants ayant une formation, une compétence et une expérience spécifique, qui travaillent ensemble à la compréhension globale, commune et unifiée d'une personne en vue d'une intervention concertée à l'intérieur d'un partage complémentaire des tâches ». Selon les auteurs, ce partage risque de rencontrer les mêmes problèmes que le travail multidisciplinaire.

Les solutions ou aménagements au travail en équipe multi ou interdisciplinaire ne sont pas simples comme nous venons de le voir. Mais il y a consensus sur la reconnaissance de cette équipe et la nécessité que ses membres collaborent au traitement des patients. Le désir commun est donc qu'elle fonctionne optimalement. Pour y répondre, il faudrait peut-être envisager cet enjeu d'une manière différente, si on ne veut tomber dans un partage autoritaire et statique des responsabilités et freiner ainsi l'évolution des professions et du travail. Pourrait-on s'inspirer des champs de la recherche et de la psychothérapie ? Devrait-on créer de nouvelles fonctions dans le champ de la santé mentale avec un accès selon ses compétences académiques et pratiques, et non seulement selon le diplôme ?

Chose sûre, le champ de la santé mentale et le partage des responsabilités et des tâches dans les cliniques externes sont en voie de

mutation, et obligeront les divers professionnels à s'y intéresser. Après avoir été impliquée dans les luttes pour ce partage du pouvoir, la profession psychiatrique a connu une accalmie, et le débat s'est déplacé entre les autres professionnels comme on est en train de le constater. Il y a en effet rivalité entre les infirmières et les travailleurs sociaux sur les évaluations sociales, alors que les neuropsychologues le sont avec les ergothérapeutes au sujet du testing. Mais la profession psychiatrique n'est pas à l'abri d'une résurgence de ces discussions. Deux débats qui la concernent sont en cours ou en émergence : la partage du titre de psychothérapeute et de son exercice entre de nombreuses professions, et les débats en cours au sein de l'Association canadienne des psychologues sur le droit de prescrire des neuroleptiques comme en ont obtenu le droit les psychologues dans certains États américains. À n'en pas douter, les débats au sein des équipes des cliniques externes ne sont pas clos.

Cinquième question : Cliniques spécialisées ou cliniques de psychiatrie générale ?

Les expériences du Pavillon Albert Prévost et de la ville de Québec avec « Psychiatrie en ville » montrent l'émergence du besoin de cliniques spécialisées. Le débat avait été lancé au Québec en 1994 par François Borgeat (1994), chef du département de psychiatrie de l'Université de Montréal, dont la position peut être analysée à la lumière des principes de Thornicroft et Tansella résumés dans cet éditorial. Après plus de 20 ans de psychiatrie communautaire, certains principes, constatèrent Borgeat et l'équipe du Pavillon Prévost, ne semblaient plus respectés : l'accessibilité était devenue problématique pour les gens souffrant de troubles mentaux graves, mais le problème était encore plus important pour ceux qui souffraient d'autres troubles mentaux. L'efficience du système était également remise en question. Aussi les services spécialisés devaient-ils assurer la continuité des soins pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves stabilisés, ou ces derniers devaient-ils relever des services de base ? Dans le cadre d'une fonction universitaire, le développement de l'expertise était entravé, et il devenait difficile pour les psychiatres en particulier, de développer l'expertise des conditions spécifiques, d'effectuer de la recherche et d'enseigner, à cause des conditions de pratique. Les psychiatres devaient en même temps assurer la continuité des soins pour une importante clientèle qui ne se renouvelait pas, et dont le nombre était en croissance.

Une première lecture laisse entrevoir dans cette position le retour du pendule selon Lesage (1985) et Lecomte (1997) : l'essoufflement des

équipes de secteurs à assumer la continuité des soins des psychotiques sur des décennies, et à agir dans la communauté. Une deuxième lecture, faite à la lumière du nécessaire travail en équipe multidisciplinaire et bientôt interdisciplinaire, fait apparaître l'enjeu du leadership et illustre le besoin d'une reprise de pouvoir, de réappropriation médicale qui va passer de la maîtrise de la psychanalyse durant les années soixante à celle de la neurobiologie dans les années quatre-vingt-dix. Mais ces deux lectures ne doivent pas mettre de côté les questions légitimes de développement des connaissances, de la recherche et de la transmission de ces connaissances.

En effet, l'écartèlement des cliniciens entre leurs fonctions de donner des services et de développer les connaissances est bien réel. Ce problème n'est pas propre au champ de la psychiatrie car, dans d'autres champs de la médecine, la recherche clinique a aussi de la difficulté à recruter des chercheurs cliniciens, avec pour conséquence le développement prépondérant de la recherche plus fondamentale. Spécialiser les domaines de la recherche et éloigner un peu plus celle-ci des milieux de pratique, n'est-ce pas ce risque que les tenants du développement des cliniques spécialisées veulent contrer, en rendant relativement libres d'une trop grande pression extérieure les praticiens, les chercheurs et les enseignants ?

Il y a deux grands axes de préoccupations légitimes qui doivent être équilibrés à travers les dispositifs des cliniques externes. Répondant aux principes énoncés par Thornicroft et Tansella (1999), le premier axe est la dispensation de services publics au plus grand nombre de personnes possibles avec efficacité et efficience. Le deuxième axe est le développement des connaissances, d'une expertise de recherche et la transmission des connaissances. Les efforts récents du Pavillon Albert Prévost et de « Psychiatrie en ville » à Québec peuvent être considérés des tentatives de rééquilibrer ces deux préoccupations. Comme tel, les cliniques spécialisées ne sont pas contraire à une pratique publique à l'intérieur d'un système de services pour fins de santé mentale. Mais elles ne peuvent devenir la seule réponse et surtout le seul modèle de formation à la pratique des futurs cliniciens.

Une formule intéressante a été développée à Lévis sous la direction du docteur Luc Nicole (Nicole et al., 1999). Une équipe spécialisée dans la schizophrénie a été créée à partir d'un détachement à temps partiel de cliniciens œuvrant sur une base de secteurs. Ces cliniciens consacrent quelques heures par semaine à évaluer tous les nouveaux cas de schizophrénie référés par les divers secteurs et à leur offrir certaines modalités thérapeutiques, les patients demeurant toujours sous la responsabilité de l'équipe de secteurs qui en assure le suivi. Cette formule a l'avantage de

favoriser l'accès à une expertise pour tous les patients des différents secteurs ; en contrepartie, elle permet aux cliniciens le développement d'une expertise et facilite la recherche. Donc, cette formule favorise le transfert rapide de nouvelles modalités thérapeutiques à tous les patients, et non seulement aux patients rencontrés dans une clinique spécialisée.

Conclusion

Les cliniques externes de psychiatrie sont les grandes oubliées des débats sur la transformation du réseau institutionnel. Pourtant, elles sont au centre du réseau psychiatrique depuis le rapport Bédard (1962), y exerçant un rôle de structure-pivot entre le réseau communautaire et le réseau de soins institutionnels, mais ce rôle est exercé informellement à cause d'un silence généralisé sur ce dernier. Pourquoi ? Serait-ce qu'il sert les intérêts de tous et chacun ? Le réseau hospitalier peut continuer à assumer, par le biais de ses cliniques, un rôle prépondérant dans le réseau psychiatrique sans qu'elles soient l'objet d'un questionnement ; le réseau communautaire peut continuer à considérer le réseau hospitalier comme un tout homogène sans devoir nuancer ses critiques du réseau institutionnel, et reconnaître les enjeux parfois conflictuels qui le traversent ; les instances administratives peuvent continuer à centraliser l'arbitrage des enjeux du réseau et à laisser les différents établissements des cinq réseaux se compétionner ; et les cliniques externes elles-mêmes peuvent se préserver contre toute remise en question de leur mode de fonctionnement.

Constituant peut-être le seul consensus du réseau, ce silence, si bénéfique soit-il, risque à la longue de freiner le développement des pratiques et l'amélioration des services aux patients. Nous pourrions ajouter aussi des intervenants. Ne serait-il pas temps d'amorcer une réflexion collective sur les cliniques externes, et d'y analyser les pratiques novatrices qui s'y développent afin d'en faire bénéficier l'ensemble du réseau ? Ne serait-il pas temps de reconnaître officiellement le rôle qu'elles jouent ? S'y refuser est rater l'occasion de discuter plus à fond ce rôle et des conditions qui maximiseraient son efficacité.

Note

1. Afin de garantir un service continu à toute personne qui en a besoin selon Le Bilan d'implantation de la politique de santé mentale (1997, p. 124)

RÉFÉRENCES

BACHRACH, L., 1976, *Deinstitutionalization. An Analytical Review and Sociological Perspectives*, N.I.M.H., Division of Biometry and Epidemiology, Rockville.

BÉDARD, D., LAZURE, D., ROBERTS, C., 1962, *Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques*, Gouvernement du Québec.

BERGMAN, H., BÉLAND, F, LEBEL, P, CONTANDRIOPOULOS, A.P., LEIBOVICH, E., 1999, *Système de services intégré aux personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA)*, in Claverane, J.P. et C. Lardy, dir., *La santé demain. Vers un système de soins sans mur*, Paris, Economica, 163-182.

BORGEAT, F., 1994, Quelques conséquences de la psychiatrie de secteur : une position contre la sectorisation, R*evue canadienne de psychiatrie*, 39, 85-90.

BOZZINI, L., 1986, De l'Italie au Québec : implications de la réforme psychiatrique italienne, *Santé mentale au Québec*, vol. XI, 1, 133-148.

CONSEIL D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ, 1999, *Suivi intensif en équipe dans la communauté pour personnes atteintes de troubles mentaux graves*, (CETS99-1 RF), Montréal, CETS, (ISBN 2-550-34445-6).

EDISBURY, L., LEBEL, C., LETENDRE, R., 1981, Est-ce possible d'offrir des services innovateurs en psychiatrie ? Le cas Jean-Talon, *Santé mentale au Québec*, VI, 2, 99-106.

FÉDÉRATION DES CLSC DU QUÉBEC, 1996, V*irage ambulatoire, Santé mentale : Volet 4*, Collection La transformation du réseau.

FÉDÉRATION DES CLSC DU QUÉBEC, 1997, *Position de la Fédération des CLSC du Québec sur le document de consultation « Propositions pour la transformation des services de santé mentale »*.

FOURNIER, L., LESAGE, A. D., TOUPIN, J., CYR, M., 1997, Telephone surveys as an alternative for estimating prevalence of mental disorders and service utilization : A Montreal Catchment Area Study, *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 737-743.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, 1989, *Politique de santé mentale*, Québec.

HENDERSON, C., THORNICROFT, G., 1997, Le statut de la désinstitutionnalisation en Grande-Bretagne, *Santé Mentale au Québec*, XXII, 2, 88-114.

KATES, N., CRAVEN, M., BISHOP, J., CLINTON, T., KRAFITCHECK, D., LECLAIR, K., LEVERETTE, J., NASH, L., TURNER, T., 1997, *Les soins de santé mentale partagés au Canada, énoncé de principes de l'Association des psychiatres du Canada et du Collège des médecins de famille du Canada.*

KOVESS, V., BOISGUÉRIN, B., ANTOINE, D., REYNAULD, M., 1995, Has the sectorization of psychiatric services in France really been effective ? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30, 3, 132-8

LE COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, 1985, *La santé mentale : de la biologie à la culture*, Québec.

LE COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, 1997, *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*, Québec.

LECOMTE, C. LECOMTE, T., 1999, Au delà et en deçà des techniques cognitives béhaviorales dans le traitement des troubles sévères : les facteurs communs, *Santé mentale au Québec*, XXIV, 1, 19-38.

LECOMTE, Y., 1986, Le système de soutien communautaire : hypothèse pour une réforme des services en santé mentale, *Santé mentale au Québec*, XI, 1, 5-18.

LECOMTE, Y., 1988, Le processus de désinstitutionnalisation aux États-Unis (première partie), *Santé mentale au Québe*c, XIII, 1, 34-47.

LECOMTE , Y., 1997, De la dynamique des politiques de désinstitutionnalisation au Québec, *Santé mentale au Québec*, XXII, 2, 7-24.

LECOMTE , Y., TOURIGNY, C., 1983a, La communauté thérapeutique. Première partie : définition, caractéristiques et évolution, *Santé mentale au Québec*, VIII, 1, 107-122.

LECOMTE , Y., TOURIGNY, C., 1983b, La communauté thérapeutique. Deuxième partie :La Chrysalide, *Santé mentale au Québec*, VIII, 1, 122-134.

LESAGE, A. D., 1985, Le pendule, *Santé mentale au Québec*, X, 1, 145-147.

LESAGE , A. D., 1996, Perspectives épidémiologiques sur le virage ambulatoire des services psychiatriques, *Santé mentale au Québec*, XXI, 1, 79-96.

LETENDRE, R., SAAB, C., 1980, Solidarité-Psychiatrie Inc., *Santé mentale au Québec*, V, 2, 41-46.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Orientations pour la transformation de services de santé mentale*, 1997, Québec.

MURRAY, C. J., LOPEZ, A. D., 1997, Global mortality, disability, and the contribution of risk factors : global burden of disease study, *Lancet*, 349, 1436-1442.

NICOLE, L., PIRES, A., ROUTHIER, R., BUSSIÈRE, G., L'HEUREUX, S., GINGRAS, N., RIVARD, O., CHABOT, O., DESCOMBES, J., SYLVAIN, C., ABDEL-BAKI, A., DUVAL, N., VIGNOLA, A., RHÉAUME, J., 1999, Schizophrénie, approche spécialisée et continuité de soins – Le programme spécifique

d'intervention « Premier Épisode » de l'Hôtel-Dieu de Lévis, *Santé mentale au Québec*, XXIV, 1, 121-135.

PELSSER , R., 1980, La multidisciplinarité en santé mentale : fiction ou réalité, *Santé mentale au Québec*, V, 2, 3-21.

RAPPORT HARNOIS, 1987, *Pour un partenariat élargi. Projet de politique de santé mentale pour le Québec*, Québec.

ROBITAILLE, M., 1975, Une réponse au problème de la psychiatrie de secteur en milieu urbain, *Hygiène mentale au Canada*, 23, 4, 1-3.

S.P.A.S.Q., 1981, La psychiatrie et le monopole médical : les professionnels en tutelle, la population en otage, *Santé mentale au Québec*, VI, 2, 89-98.

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*, II, 2, 67-74.

THORNICOFT, G., TANSELLA, M., eds, 1999, *The Mental Health Matrix. A Manual to Improve Services*, Cambridge University Press, Cambridge.