

Perspectives familiales sur les changements anticipés dans les soins de santé mentale

Kay Simpson

Volume 21, numéro 1, printemps 1996

Virage ambulatoire

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032373ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032373ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Simpson, K. (1996). Perspectives familiales sur les changements anticipés dans les soins de santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 21(1), 33–36.
<https://doi.org/10.7202/032373ar>



Perspectives familiales sur les changements anticipés dans les soins de santé mentale

Kay Simpson*

Les nombreux changements apportés ou attendus dans le système des soins de santé ont créé beaucoup d'inquiétude au sein de la population. L'Alliance pour les maladies mentales (AMI-Québec) est particulièrement préoccupée par les futurs soins et traitements que recevront les personnes atteintes de maladies sévères, comme la schizophrénie, le trouble bipolaire, la dépression, ou le trouble obsessionnel-compulsif. Chez ces personnes, en effet, le sentiment de sécurité est très important. Elles ont besoin que la continuité des soins soit assurée par les mêmes personnes dans le même endroit. Il leur faut sentir qu'elles retrouveront un abri sûr, où elles seront bien accueillies quand les choses iront un peu moins bien pour elles. Pour la plupart d'entre elles, la confiance face au monde extérieur met du temps à se bâtir. Or, désormais, elles auront à repartir à zéro, avec des personnes différentes, des services différents et des endroits différents.

Certes, l'avenir est toujours incertain, mais cette année les coupes de budget sont draconiennes, et beaucoup plus larges que nous ne l'avions anticipé lors de la fermeture de plusieurs hôpitaux. Les services psychiatriques qui seront offerts aux membres de nos familles nous inquiètent, tout comme les retombées que ces changements auront sur les familles. Plusieurs de ceux qui prennent soin de ces malades sont justement leurs parents. Pendant plusieurs années, ils ont supporté les difficultés entraînées par l'état de leur fils ou de leur fille. Cependant, dépassé un certain seuil, c'est le burn-out ou l'épuisement psychologique. Très souvent ils éprouvent eux-mêmes une baisse d'énergie ou des problèmes de santé, surtout quand ils arrivent au «troisième âge». La majorité de nos membres ont plus de 50 ans et plusieurs sont dans la soixantaine et au-delà. Après avoir enfin établi leurs enfants dans le «système» même avec ses imperfections, d'en voir soudain les supports

* Présidente de l'Alliance pour les maladies mentales (AMI-Québec).

disparaître sans savoir comment ni quand ils seront réinstitué, ni même s'ils le seront, est extrêmement triste et choquant. C'est encore un autre obstacle avec lequel il faut composer sur la voie sans fin des soins de santé.

La tableau nous apparaît très confus, car nous n'avons aucune idée de plans clairement définis qui pourraient pourvoir au remplacement des services hospitaliers. Pour plusieurs aspects de la psychiatrie, les CLSC ne peuvent combler les vides anticipés. Les interventions de jour et les soins à domicile ne sont pas applicables en cas d'épisodes psychotiques aigus. La stabilisation des personnes qui en souffrent prend souvent des semaines sinon des mois. Plusieurs situations chroniques peuvent s'étendre sur presque toute une vie et, malgré l'apport des médicaments, de fréquentes rechutes requièrent le maintien en milieu hospitalier.

La psychiatrie a toujours été le parent pauvre de la médecine, ayant moins de subventions et de prestige et n'ayant guère de percée dramatique, voire de cure, à offrir. Depuis des années, ces départements nous font savoir qu'ils manquent de lits à l'hôpital et n'ont d'autre choix que de laisser aller leurs patients prématurément. Nous connaissons tous des familles qui ont connu ce genre de pressions de la part du milieu hospitalier. Qu'arrivera-t-il maintenant? Qu'advientra-t-il des 5000 patients qui étaient vus en clinique externe à l'hôpital Reine-Elizabeth? Où iront-ils? Et ceux qui allaient au Reddy Memorial (quelque 6000 visites)? Et à Ste-Jeanne-d'Arc et aux autres hôpitaux? L'hôpital Douglas a planifié la fermeture de 30 pour cent de ses lits. D'après le plus récent bilan, 220 lits en psychiatrie seront retirés du système à Montréal. Avec des moyens déjà inadéquats, comment les hôpitaux qui restent pourront-ils répondre aux demandes causées par les fermetures?

Personne jusqu'à maintenant n'a soulevé le fait que ces patients ont besoin d'être traités dans des hôpitaux de leur secteur géographique respectif. Qu'arrive-t-il quand leur hôpital ferme? Les frontières sont-elles changées? Plusieurs de ces malades préfèrent vivre près de «leur» hôpital; ils se sentent plus en sécurité. Il devient plus facile, en certaines occasions, d'obtenir au besoin de l'aide ou du soutien. C'est en plus un pôle de stabilité dans une vie devenue plus difficile. Bien sûr, il y aura de nouveaux aménagements. Mais ces changements et les ajustements, difficiles pour la plupart d'entre nous, le sont doublement pour une personne atteinte de maladie mentale.

On dit que 75 pour cent des fonds épargnés avec la fermeture des lits en psychiatrie seront réinvestis dans les services de santé mentale

offerts dans la communauté ou les CLSC. Mais le terme de «santé mentale», très vaste, comprend le développement des enfants, les difficultés des adolescents, la violence faite aux femmes et les abus subis par les personnes âgées. Quelle part de ces fonds ira aux soins des personnes atteintes de troubles sévères? La plupart des CLSC n'ont pas encore développé d'expériences dans le traitement de ces maladies, et n'ont pas de personnel suffisamment informé en ce domaine. Avec des budgets diminués et d'autres priorités, il est peu probable qu'on ajoute du personnel. Au reste, a-t-on appris, leur mandat correspondrait à des soins de courte durée, alors que les soins psychiatriques signifient plutôt du traitement à long terme.

Une de nos inquiétudes, dans l'immédiat, c'est que le plan de fermeture des lits, faute de garantir des supports alternatifs, n'augmente le nombre de personnes laissées à la rue. Les services communautaires peuvent en aider plusieurs, mais il en restera toujours qui sont incapables de fonctionner à l'intérieur des services, moins structurés, qu'on trouve dans la communauté. À Montréal, selon la dernière étude officielle (1991), 44 pour cent des personnes en première ligne pour des abris d'urgence étaient justement atteintes de maladies mentales. Un centre de Montréal a estimé que 80 pour cent de sa clientèle souffrait de maladies mentales majeures. Un autre se consacre maintenant entièrement à la maladie mentale sévère. Ces dernières années — ces statistiques ont paru le 3 février 1996 dans le journal *The Gazette* — des milliers de patients ont reçu leur congé de leur institution, pour se retrouver avec des soins communautaires pratiquement inexistantes.

Autre source de préoccupation, la révision des soins ne risque-t-elle pas d'être faites à coup de compressions selon tel ou tel axe budgétaire, plutôt qu'à l'aide d'analyses et de planifications minutieuses prévoyant une transition soignée? Et est-ce que des services alternatifs efficaces et adéquats seront mis en place *avant* les fermetures d'hôpitaux?

Bien que nous anticipons les changements avec inquiétude et anxiété, nous devons saisir les occasions d'un nouveau partenariat. Car une collaboration plus forte entre les hôpitaux et la communauté est cruciale si on veut faciliter la transition et offrir les meilleurs soins possibles.

AMI-Québec a été invitée à participer à plusieurs comités où communauté et hôpitaux ont pris part à un processus d'évaluation en vue d'ajuster les programmes de soin aux nouvelles circonstances. Plus que jamais les professionnels de la santé se tournent vers la communauté car une meilleure collaboration est nécessaire pour la distribution des services. Reste à voir jusqu'à quel point le gouvernement sera à l'écoute

des inquiétudes qu'il dit partager. AMI-Québec a contribué à cet effort en facilitant l'accès aux ordonnances des tribunaux relativement aux évaluations psychiatriques. De même, nous avons promu de nouvelles approches pour les soins de longue durée dans la communauté, comme le Programme pour l'assurance de traitement communautaire (PATC), originaire du Wisconsin et adopté dans plusieurs États des États-Unis.

Placer le client au centre des services a été jugé prioritaire par la Régie régionale de la Santé et des services sociaux de Montréal centre. Cela est devenu le Plan de services individualisés (PSI). Les considérations les plus importantes ont été l'organisation de services fondés sur les besoins de l'individu, la création d'un éventail de services complémentaires et continus, et le développement d'un lien fonctionnel fort entre tous ceux qui procurent les services. Nous espérons que cette orientation s'appliquera aussi aux personnes qui sont atteintes de maladies mentales.

De bonnes choses vont certainement sortir de tous ces changements. On peut créer de nouveaux concepts de traitement en vue d'améliorer la qualité de vie des patients et de ceux qui en prennent soin. Ceux-ci seront certainement mis au défi de faire mieux avec moins d'argent. La conscience du public sera également plus grande si davantage de plans de traitement sont mis en œuvre dans la communauté. Ces changements affecteront les familles, mais ceux qui s'en ressentiront le plus sont les patients. Nous pouvons simplement souhaiter que tout aille pour le mieux.