

Santé mentale et virage ambulatoire dans les Basses-Laurentides

Claude Larivière

Volume 21, numéro 1, printemps 1996

Virage ambulatoire

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032377ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032377ar>

[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

Larivière, C. (1996). Santé mentale et virage ambulatoire dans les Basses-Laurentides. *Santé mentale au Québec*, 21(1), 61–66.
<https://doi.org/10.7202/032377ar>



Santé mentale et virage ambulatoire dans les Basses-Laurentides

Claude Larivière*

« **A**près plus de trente ans de désinstitutionnalisation et de psychiatrie communautaire au Québec, y a-t-il lieu de parler de virage ambulatoire des services psychiatriques? » Cette question, posée très professionnellement par l'équipe de rédaction de *Santé mentale au Québec*, sonne étrangement à mon oreille, car je constate quotidiennement que dans un centre hospitalier situé près de Montréal, des lits de courte durée psychiatrique sont occupés en moyenne depuis plus de 60 jours, et que les psychiatres y travaillent encore sans grand lien avec les ressources du milieu. Quant aux autres professionnels, ils sont surtout préoccupés d'éviter d'être les prochaines victimes des compressions budgétaires qui vont s'abattre sur l'hôpital. Le centre de jour pédopsychiatrique apparaît d'autant plus coûteux que les ressources, rares, semblent plutôt mal répondre aux besoins perçus. Il y a là, dans un seul établissement public, des archétypes de modes de pratique socio-sanitaire qu'on aurait pensé disparus. Se pourrait-il que de pareilles situations perdurent ailleurs? Comment pouvons-nous changer cela? L'expérience vécue dans les Basses-Laurentides montre que la concertation permet de mettre les problèmes à l'agenda des décideurs et, pour les partenaires intéressés, d'élaborer des scénarios contribuant à les atténuer.

Aujourd'hui, le «virage ambulatoire» est partout présent. De quoi s'agit-il au juste? Ce terme sert d'abord de véhicule en santé physique pour désigner un ensemble de changements technologiques dans l'organisation des soins qui font que les tests diagnostiques peuvent être accélérés, que les chirurgies d'un jour (moins envahissantes) occupent une place de plus en plus importante, et qu'une gamme plus étendue de soins peuvent être administrés à domicile ou en clinique externe (Stoeke, 1995, 3). Cela réduit le coût des services, la durée moyenne des

* L'auteur, Ph. D., est professeur à l'École de service social de l'Université de Montréal.

séjours hospitaliers ainsi que le personnel requis pour assurer la gamme des services hospitaliers.

C'est ce prodigieux bond en avant des pratiques médico-hospitalières qui a conduit les gouvernements des pays industrialisés à réviser à la baisse le nombre moyen de lits nécessaires par 1 000 citoyens. Au Québec, selon le Conseil de la santé et du bien-être (1995, 31), nous disposerions de 3,9 à 3,7 lits par 1 000 habitants; la norme de 2,5 lits qui semble en voie d'être implantée dans l'ensemble des pays industrialisés signifierait par conséquent la fermeture ou la transformation de près de 7 000 lits.

En santé mentale, le «virage» prendra sans doute la forme d'un vigoureux coup de barre se traduisant par un développement de services dans les milieux de vie, notamment des services de première ligne et des services de crise. La mission des services spécialisés (psychiatrie en milieu hospitalier et en clinique externe, psychogériatrie) devrait être revue, et le nombre de lit, diminué en conséquence. Le Ministère note qu'il existe un écart significatif entre le Québec (0,55 lit de courte durée psychiatrique par 1 000 habitants) et l'Ontario, (seulement 0,30, Turgeon, 1991). Si nous tenons compte des lits de longue durée, le Québec disposait (en 1993, selon la Direction de la santé mentale) de 1,0 lit par 1 000 habitants alors que l'Ontario n'en comptait que 0,58, en 1992 (Breton et al., 1995).

Il ne faut conséquemment pas se surprendre si le Québec hospitalise davantage, plus longuement (23,9 jours en moyenne en 1989-90 contre 15,6 en Ontario) (Breton et al., 1995, 56), et dépense beaucoup plus pour des soins institutionnels. En corollaire, il investit moins d'argent dans les ressources communautaires, soit 4,2% de l'ensemble des dépenses en santé mentale contre 11,3% en Ontario (Breton et al., 1995, 68). Notons que l'Ontario a également amorcé une profonde réforme de ses dépenses *per capita*.

Logiquement, le virage envisagé devrait s'accompagner d'une réduction de l'hospitalo-centrisme caractéristique de notre réseau socio-sanitaire, d'un transfert significatif de ressources humaines et financières vers les services et soins dans la communauté, ce maillon sous-développé de l'ensemble, et vers un investissement accru dans la prévention en amont des maladies. Comme ce transfert de ressources n'accompagne pas toujours le transfert des responsabilités et que des usagers et des intervenants en font parfois les frais, il n'est pas étonnant que le virage ambulatoire provoque des levées de boucliers, notamment du côté syndical (Coalition montréalaise, 1995).

Gains possibles et initiatives de renouvellement

Là où les gains les plus appréciables sont susceptibles de se produire, c'est dans la rupture obligée avec les anciens modèles de pratique, fortement hiérarchisés. Dans ce cas, chaque professionnel traite «son» client et décide d'en interpréter les besoins sans égard aux services reçus ailleurs faute d'un système intégré d'information de gestion et de protocoles prévoyant la complémentarité des interventions. Mais il faudra d'abord vaincre les résistances des différentes alliances dont les intérêts sont en cause (Lemieux, 1994). En ce sens, le virage vient renforcer certains acquis de la réforme Côté. Rappelons que, traditionnellement, chaque organisation avait une mission définie et généralement exclusive. De nombreuses zones grises et l'absence de mécanismes efficaces de collaboration et de concertation, font encore en sorte que des clients ne reçoivent pas les services nécessaires et assument les frais des tensions institutionnelles et des conflits entre professionnels. Soulignons qu'il y a toutefois de nombreux praticiens exemplaires, psychiatres, professionnels psychosociaux, paraprofessionnels et intervenants communautaires, qui s'efforcent de maintenir la qualité des services dans un contexte où le changement devient la règle, alors qu'il était autrefois l'exception.

La notion de continuum de services véhiculée depuis quelques années s'impose dorénavant parce que les clientèles ont des besoins auxquels un ensemble d'établissements et de ressources communautaires peuvent répondre — dans une optique préventive, de première ligne, d'urgence ou de services spécialisés — selon leur mission. En recentrant tous les intervenants autour d'un continuum de services à la clientèle, fondé sur un plan négocié et suivi par un intervenant significatif et un mécanisme renforcé de contrôle des plaintes des usagers, l'accessibilité et la qualité des services pourront s'améliorer grâce à la contribution concertée des partenaires. Comme il s'agit de modifier des habitudes organisationnelles et des pratiques professionnelles, cela nécessite du temps et le soutien des directions et conseils d'administration au changement proposé, particulièrement dans un contexte bureaucratique, syndiqué et caractérisé par des perspectives de décroissance.

L'expérience des tables de concertation en santé mentale (structures légères sans statut juridique) des MRC Argenteuil, Deux-Montagnes, Mirabel, Thérèse-de-Blainville et Rivière-du-Nord, dans les Basses-Laurentides, montre qu'il est particulièrement important que les partenaires se donnent une vision commune de ce qu'ils veulent accomplir pour que les changements souhaités deviennent possibles. Ces tables locales réunissent à la fois des organisations dont la santé mentale

constitue la raison d'être et la seule clientèle (cliniques externes de psychiatrie rattachées à deux centres hospitaliers, groupes d'entraide communautaire, ligne de crise, association de parents de personnes concernées par la maladie mentale, etc.) et d'autres davantage périphériques (CLSC, Centres jeunesse, ressources d'hébergement et centres de femmes, policiers, ressources en toxicomanie, etc.).

Comme les autres régions, les Laurentides se sont doté d'un PROS¹ en santé mentale (1991) et leur plan d'action (1992) évalue globalement à 8 millions \$ l'ajout budgétaire nécessaire pour mettre en place un réseau correspondant à l'évaluation des besoins et respectant les orientations de la politique québécoise de santé mentale. Dans les faits, la situation est loin d'être idéale: des services peu coordonnés, des clientèles inégalement desservies, de longues listes d'attente, un engorgement de l'urgence hospitalière par le débordement des lits de courte durée psychiatrique, la chronicisation d'une part importante de la clientèle et le peu d'efforts investis en réadaptation. C'est pourquoi, sachant que les millions de dollars attendus ne viendraient pas, la Régie régionale a décidé de confier aux sept tables locales de concertation les ressources financières nécessaires pour élaborer elles-mêmes un état de situation et proposer un meilleur arrimage des services. Ce processus de recherche-action s'est déroulé de septembre 1995 à mars 1996.

Les données recueillies auprès des 70 partenaires ont mis en relief des insatisfactions profondes quant au fonctionnement actuel: le niveau de concertation est insuffisant, certains besoins importants sont négligés, et des pratiques médico-hospitalières sont fortement mises en doute par l'ensemble des partenaires communautaires et des autres institutions du réseau public. Bref, il y avait là l'expression d'un désir profond de changement des modes d'intervention et d'une communautarisation accrue du continuum de services.

Cela a conduit à l'amorce d'une coalition entre le milieu communautaire, les représentants des organisations du réseau des services de santé et des services sociaux du territoire et certains psychiatres désireux de transformer les pratiques en les centrant davantage sur une pleine collaboration avec les intervenants du milieu.

Pour le moment, la pression exercée par l'ensemble des partenaires et le dépôt des documents réalisés (état de situation et projets d'arrimage) ont:

- forcé la Régie à examiner comment elle pourrait supporter le redéveloppement envisagé (qui passe notamment par la diminution des lits en courte durée psychiatrique et le transfert

d'une partie des ressources à la première ligne et au sein de la communauté) et

- amené la direction de deux centres hospitaliers de courte durée à réviser leurs pratiques (notamment pour l'utilisation des lits, l'accueil à l'urgence des personnes présentant des problèmes de santé mentale et la liaison avec les autres ressources de la communauté).

Une telle démarche ne peut être engagée que si elle s'appuie sur une certaine légitimité. Celle-ci fut notamment acquise aux tables locales grâce à l'expertise assurée par le financement mis à leur disposition. Mais cela ne suffit pas; très rapidement, un consensus est ressorti selon lequel la meilleure stratégie consistait à former une coalition la plus large possible. De plus, les partenaires concernés ont choisi de s'inscrire dans le sens du discours émergent et de tenir compte des limites inhérentes à une transformation faite en contexte de contraintes budgétaires.

Le risque le plus évident est que le centre hospitalier tente de gérer le redéveloppement des services en déconcentrant une partie de ses ressources hors des murs, jusque dans la communauté, évitant ainsi le transfert de ressources professionnelles en CLSC, où elles devraient permettre la mise en place d'une équipe de première ligne. Inversement, si le changement prenait la forme d'un transfert de ressources professionnelles hospitalières vers les organismes communautaires, par exemple, nous risquerions d'assister à un terrible choc de cultures. Il est aussi possible qu'à travers l'extension nécessaire des pratiques de liaison et de coordination, le centre hospitalier confie à certains de ses professionnels la tâche de gérer les services «complémentaires» donnés dans la communauté en lien avec les diagnostics et le traitement psychiatriques.

Pour le moment, les tables ont adopté une prudente position d'attentisme. Le principal centre hospitalier a admis que le changement était inévitable et a entrepris d'en négocier les paramètres. Le chef du Département de psychiatrie rencontre régulièrement des représentants d'une table locale pour discuter d'arrimage et de besoins. Les conditions sont donc réunies pour que les clivages ne s'accroissent pas, et que le changement soit réalisé selon les demandes. L'arbitrage de la Régie régionale pourrait permettre la mise en route de changements plus substantiels au cours des prochains mois pour qu'il existe un véritable continuum de services accessibles aux personnes manifestant des troubles graves et persistants.

Le processus nous apparaît ici plus important que les résultats obtenus à ce jour. Notre expérience nous enseigne qu'il faut être aussi

patient que tenace. Le changement prend du temps et beaucoup de souplesse pour négocier un repartage des ressources. Il faut aussi être capable de concevoir des modes différents de dispensation des services en s'appuyant, au besoin, sur une expertise que des universitaires peuvent apporter en complémentarité de l'expérimentation menée par les intervenants sur le terrain. Pour le moment, la communautarisation accrue des services demeure plus une perspective qu'une réalité.

Note

1. Plan régional d'organisation des services.

RÉFÉRENCES

- BRETON, M., TÉTRAULT, M., BRUNET, J., 1995, *Salles d'urgence en santé mentale: questionnements et pistes d'action*, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Québec.
- COALITION MONTRÉALAISE DE DÉFENSE DES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ, 1995, *Guide de survie au virage ambulatoire* (dépliant).
- CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE, 1995, *Un juste prix pour les services de santé*, Québec.
- LEMIEUX, V., 1994, *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*, Presses de l'Université Laval, Ste-Foy.
- STOEKE, J., 1995, The citadel cannot hold: technologies go outside the hospital, patients and doctors too, *The Milbank Quarterly*, 73, 1, 3-17.
- TURGEON, J., 1991, *Les soins hospitaliers de courte durée au Québec — une analyse comparative*, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Québec.