

## Virage ambulatoire en santé mentale et patients souffrant de troubles sévères et persistants

Dominique Bédard

Volume 21, numéro 1, printemps 1996

Virage ambulatoire

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032374ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032374ar>

[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

Bédard, D. (1996). Virage ambulatoire en santé mentale et patients souffrant de troubles sévères et persistants. *Santé mentale au Québec*, 21(1), 37–45.  
<https://doi.org/10.7202/032374ar>



## **Virage ambulatoire en santé mentale et patients souffrant de troubles sévères et persistants**

---

Dominique Bédard\*

**D**ans sa définition actuelle, le virage ambulatoire en santé mentale a la particularité de mettre l'accent non seulement sur tous les services, sauf l'hospitalisation dont il réduit d'ailleurs l'importance, mais également sur un transfert de responsabilités relevant de la psychiatrie à des organismes plus près de la population.

Ainsi, on octroie de nouveaux rôles aux C.L.S.C. en plus d'en compléter d'autres qui relèvent déjà de leur juridiction, si bien que ces organismes de première ligne a) répondront davantage aux demandes d'évaluation et de traitements et b) assumeront le suivi de patients souffrant de troubles sévères et persistants.

De même, on met sur pied des organismes communautaires voués à l'intégration sociale des patients par une assistance directe et une aide à leur entourage.

En même temps, on « dégraisse » les services psychiatriques: a) par une réduction du nombre de leurs lits et de leur personnel des services externes; b) par un transfert notamment de centres de jour et de centres de réadaptation relevant de services spécialisés, à des C.L.S.C. ou à des organismes communautaires; et c) par une réallocation des ressources financières.

À plusieurs égards, ce virage n'a rien de très nouveau pour qui suit l'évolution des services de santé mentale. Au cours des dernières décennies, c'est par milliers que des lits ont été fermés; on a aussi créé de nombreux services externes, résidentiels et de réadaptation, voire des organismes communautaires. Il est vrai, cependant, que le succès n'a pas toujours couronné ces efforts considérables, les bavures de la *désinstitutionnalisation* en étant une illustration.

---

\* L'auteur est médecin et psychiatre à l'Hôtel-Dieu de Lévis.

Élément plus caractéristique, on veut situer à d'autres niveaux de nombreuses interventions, actuelles et nouvelles, afin de les rapprocher de la population et de solliciter sa participation. Il fut un temps où on demandait à la psychiatrie de tout faire, alors que maintenant on cherche à impliquer d'autres intervenants, plus appropriés et, on l'espère, à un coût moins élevé.

Voyons de plus près ce qu'il en est. Nos commentaires ne porteront forcément que sur quelques points – parmi ceux que nous jugeons essentiels – et toucheront principalement les patients souffrant de troubles sévères et persistants.

### **La réduction du nombre de lits**

Tout en admettant qu'il y a trop de lits et que les arguments apportés pour en préconiser la réduction sont valables, et même en retenant les solutions de rechange, nous déplorons l'absence de toute étude sérieuse des politiques et des conditions d'hospitalisation. Les autorités ferment les yeux sur de nombreuses anomalies et contraintes qui ont trait à l'hospitalisation et entachent le réseau des services de santé mentale.

Souvent des salles d'urgence débordent de patients psychiatriques, dans l'attente que des lits se libèrent; et pour mettre un terme à cet engorgement, on précipite le départ de patients hospitalisés. On nous enseigne pourtant que, dès son hospitalisation, le patient doit bénéficier d'un plan de soins allant jusqu'à stipuler autant que possible la date du départ et, s'il y a lieu, les mesures à prendre pour ne pas le retarder.

Pour d'autres patients, dans les mêmes circonstances, on écarte le recours à l'hospitalisation, qu'on privilégierait dans un autre contexte, mettant ainsi en danger leur santé, sinon leur vie, alors que nous déplorons au Québec un taux de suicide effarant!

Les hospitalisations ne répondent qu'à des états ou situations d'urgence et les admissions *électives*, toujours indiquées, sont devenues impossibles. On dit pourtant que des services de psychiatrie qui font table rase de ces indications manquent à leur mandat.

Des patients, à leur détriment, séjournent trop longtemps à l'hôpital, faute de ressources de substitution plus appropriées, et faussent ainsi malgré eux les politiques d'hospitalisation.

À des fins d'hospitalisation, on dirige à tort des patients vers des hôpitaux psychiatriques plutôt que de leur offrir la même possibilité dans un département de psychiatrie d'hôpital général. On confond volontiers ces services hospitaliers et à cet égard, il y a autant de poli-

tiques que de Régies régionales. Cette confusion caractéristique reflète à ce chapitre une autre abdication du Ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce qui se passe dans la région de Québec, en particulier, a de quoi inquiéter. La Régie régionale, avec l'appui d'un grand nombre de psychiatres, est en train de mettre sur pied des politiques rétrogrades. Son exploit de réussir la fusion de la Clinique Roy-Rousseau et du Centre hospitalier Robert-Giffard nuira aux patients plutôt que de les servir.

D'autres patients prennent le chemin de l'Institut Philippe-Pinel sans aucune raison valable. C'est particulièrement vrai dans la région de Montréal où les hôpitaux psychiatriques, trait d'union entre les départements de psychiatrie et l'Institut, ont été supprimés avec la libération de leur mandat régional.

Pour de nombreux toxicomanes, l'hospitalisation d'office avec sevrage assuré serait le seul espoir d'une nouvelle vie. Tous les organismes reliés à leur traitement et à leur réadaptation n'acceptent les patients, règle générale du moins, que sur une base volontaire.

Des conditions d'hospitalisation confondent à toute fin pratique des patients qui sont en cure fermée (hospitalisation obligatoire) et d'autres qui ne le sont pas.

Des départements de psychiatrie d'hôpitaux généraux, même récemment construits, ont des unités carcérales dignes d'une prison, misant ainsi sur le béton plutôt que sur le personnel.

Des patients hospitalisés devant subir leur procès, judiciairisés à tort et souvent pour des peccadilles, sont soumis à un rituel préjudiciable et inutile lorsque des agents de la paix viennent les chercher. D'abord placés face au mur et soumis à la fouille, ils sont ensuite *embarqués* dans un fourgon, menottes aux poignets et souvent chaînes aux pieds. Une fois rendus à la Cour, dans l'attente des délibérations, on les place en cellule avec des prévenus de droit commun de tout acabit.

D'autres patients prennent plutôt le chemin de la prison à cause de lacunes dans l'accessibilité aux services de santé. Plus aberrant encore, alors que les lieux de détention sont congestionnés, des instances gouvernementales en préconisent l'extension sous forme de quartiers relevant du Ministère de la Sécurité publique – dans des hôpitaux psychiatriques pour des groupes ayant reçu une sentence. Des tentatives ont été faites déjà, heureusement sans succès. N'allons pas croire pour autant que ces projets sont abandonnés. Tôt ou tard, on reviendra à la charge en alléguant au surplus la congestion des prisons dont le nombre, on le sait, sera réduit. Bien sûr, on ne peut nier le droit que possèdent ces personnes de recevoir les traitements que leur état requiert. Encore faut-

il, dans la recherche d'une solution, distinguer celles qui présentent en cours d'incarcération un épisode de troubles psychiques de celles qui sont aux prises avec des troubles spécifiques de comportement et pour lesquelles, en tant que groupe, on désire instituer une thérapie commune.

Dans le cas de patients judiciairisés, les hôpitaux n'ont le plus souvent aucune autorité sur les admissions et les durées de séjour.

D'autres facteurs s'ajoutent pour identifier de plus en plus à un criminel le malade mental ayant des démêlés avec la Justice, même si le code et la Commission d'examen tentent de faire la différence, dans un langage trop souvent judiciaire. À cet égard, le mandat de l'Institut Philippe-Pinel doit être repensé et on doit s'interroger sur l'hospitalisation dans ce milieu de gens ayant reçu sentence. Il serait préférable qu'ils soient traités là où ils sont détenus, voire dans un pavillon attenant. C'est de façon exceptionnelle qu'ils pourraient, considérés individuellement, être transférés provisoirement dans un hôpital psychiatrique. Faut-il s'étonner de la construction sur les terrains de l'Institut Philippe-Pinel d'un centre de prévention en remplacement partiel du Centre Parthenais? Il y a des instances décisionnelles aussi bien que des conseillers qui n'ont pas pris leurs responsabilités, par ignorance, indifférence ou facilité, et qui pourtant enjoignent la population d'abandonner ses préjugés envers le malade mental.

Nous ne pouvons passer sous silence cette *nouveauté*, que nous connaissons mal cependant, qui s'implanterait surtout dans la région de Montréal: des unités spécifiques pour malades mentaux dans des centres hospitaliers de longue durée ou dans des centres d'accueil. Est-ce un retour en arrière ou un pas en avant? On nous donne souvent l'impression de considérer l'hôpital psychiatrique gigantesque comme un sine qua non au phénomène de l'*institutionnalisation*. Même si le gigantisme est à proscrire, le même phénomène peut se produire dans un pavillon d'accueil de faible capacité.

Il est donc urgent de réviser les politiques d'hospitalisation, en cessant d'abord d'opposer l'hospitalisation au virage ambulatoire et de mettre l'accent, sans nuance, sur les seuls méfaits de l'hospitalisation de longue durée à l'égard de patients souffrant de troubles sévères et persistants. À cet égard, d'autres organismes comme l'Association des hôpitaux, l'Ordre des médecins et les diverses associations médicales ont à exercer leurs responsabilités. Aucun ne pourra plaider ignorance.

Il y a toujours cette autre solution: fermer les yeux, minimiser les faits, leur donner une interprétation justifiant leur existence ou sa propre

inaction, mettre l'accent sur des réalités plus réjouissantes, rejeter la responsabilité sur d'autres et, ultime argument, se réjouir en se comparant à d'autres.

### **Relations entre C.L.S.C. et services externes de psychiatrie**

Le virage ambulatoire en santé mentale signifie notamment que les C.L.S.C. constituent la porte d'entrée principale des services de soins et que les services externes de psychiatrie n'interviennent qu'à leur demande. Leur travail terminé, les services externes de psychiatrie *retournent* aux C.L.S.C. les patients qu'ils leur avaient confiés. Dans leurs rapports mutuels, les omnipraticiens en cabinet privé et les psychiatres doivent tenir compte de cette nouvelle réalité.

C'est un changement majeur même si déjà il existe des liens entre les C.L.S.C. et les services externes de psychiatrie. Jusqu'ici aléatoires ou arbitraires, ces liens prennent maintenant une nouvelle envergure et reposent sur des décisions politiques et des programmes définis. Mais c'est aussi un changement problématique, en raison de nombreuses ambiguïtés qui risquent d'en compromettre la réussite, comme celles qui touchent la définition des équipes de santé mentale dans les C.L.S.C. et la place des omnipraticiens dans ces équipes.

#### *Ambiguïtés de la définition des équipes de santé mentale en C.L.S.C.*

Les équipes de santé mentale dans les C.L.S.C. opèrent une sélection des patients, et les professionnels en cause exercent leur action uniquement envers ces patients. C'est donc, à notre avis, *un service de deuxième ligne qui se retrouve au niveau de la première ligne*. Faut-il se surprendre alors de cette suggestion qui n'est pas encore abandonnée d'abolir totalement et sans la moindre hésitation les services externes de psychiatrie? L'argument est tout trouvé et rejoint notre opinion sur la définition des équipes de santé mentale des C.L.S.C.: pourquoi deux équipes de deuxième ligne? En nous ralliant à l'idée que les équipes de santé mentale dans les C.L.S.C. sont des services de première ligne, où seraient donc les équipes de deuxième ligne si on abolit les services externes de psychiatrie?

Faut-il rappeler qu'à l'occasion d'un conflit, un ex-ministre de la santé avait, voici quelques années à peine, annoncé le transfert de tout le personnel des services externes de psychiatrie dans les C.L.S.C.? Il en avait même fixé la date. Heureusement, cette décision d'importance, aussi improvisée qu'incongrue, n'a pas eu de suite, mais cette velléité a toujours ses racines dans certains milieux. Imaginait-on un instant les

conséquences d'une telle aberration? Ainsi, ce sont non seulement les patients touchés directement qui en feraient les frais, mais bien d'autres aussi, par un certain retour à une pratique asilaire de la psychiatrie. A-t-on pensé également que les psychiatres, pour se dégager d'une pratique rétrograde, se feraient les protagonistes de services surspécialisés dont la justification ou l'ampleur serait douteuse et le coût onéreux? Aussi, a-t-on idée des conflits qui surgiraient aussi bien dans les demandes d'hospitalisation qu'au terme des séjours hospitaliers? Aux protagonistes de cette aberration, les autorités doivent signifier leur total désaveu.

Nous sommes bien conscients de la stérilité d'un débat sur cette définition des équipes de santé mentale dans les C.L.S.C. L'important, à défaut d'un consensus souhaitable, réside donc dans une prise de position dénuée de toute interprétation ambiguë concernant le personnel des services externes de psychiatrie: quels que soient l'importance, le mandat et les rôles des équipes de santé mentale des C.L.S.C. *l'existence des services externes de psychiatrie ne peut et ne doit être remise en cause.* Autre chose est d'en réviser la composition à la lumière des développements en cours.

#### *Ambiguïtés sur la place des omnipraticiens dans l'équipe de C.L.S.C.*

Nous ne sommes pas convaincu que les C.L.S.C. attachent tous une grande importance au rôle des omnipraticiens au sein de leurs équipes. Aussi des omnipraticiens s'accommodent trop facilement de la place restrictive qui leur est offerte. La dimension psychosociale de la maladie, de toute évidence, est du ressort de professionnels de plusieurs disciplines, mais on ne peut oublier que seul le médecin a une connaissance de la pathologie et que la médication fait souvent la différence entre l'hospitalisation et le *suivi* en externe.

Aux C.L.S.C. qui ne comptent aucun médecin dans leurs rangs ou pas assez, et subordonnent leurs espoirs de recrutement aux plans des effectifs médicaux (plus régionaux que reliés aux établissements), il incombe davantage d'établir des liens de collaboration avec les omnipraticiens en cabinet privé, même si leurs conditions de pratique, il faut en convenir (et c'est là un autre écueil) ne favorisent pas toujours la création de liens fonctionnels.

Les C.L.S.C. doivent comprendre qu'il leur faut d'abord utiliser les recours de première ligne avant de s'adresser aux services externes de psychiatrie. L'avis préalable d'un omnipraticien est indispensable.

Ces propos nous conduisent aux commentaires suivants.

La multiplication des intervenants de diverses instances dans la poursuite d'un objectif devenu interdépendant conduit à un nécessaire partenariat, en l'occurrence à l'établissement de liens étroits et harmonieux entre départements de psychiatrie et C.L.S.C. Des ambiguïtés comme celles que nous avons évoquées y sont un obstacle majeur; il faut s'interroger sur leur origine: ignorance, confrontations idéologiques, luttes de pouvoirs.

Les services de psychiatrie doivent offrir une grande disponibilité et exercer notamment un rôle de supervision à l'égard des équipes de santé mentale des C.L.S.C. Et les C.L.S.C doivent se montrer sensibles à cette ouverture et faire appel aux services de psychiatrie à des fins d'évaluation et de traitement en comptant reprendre *leurs* patients, une fois terminées les interventions de deuxième ligne.

Les services de psychiatrie et les C.L.S.C. doivent faire preuve de professionnalisme, en substituant la notion de complémentarité à celle d'opposition. Du même coup, on rendrait théorique ou folklorique cette antinomie: accessibilité en première ligne contre compétence en deuxième ligne.

### **Relations entre organismes communautaires et départements de psychiatrie**

Les organismes communautaires, auxquels nous attachons une très grande importance, ont à éviter des embûches qui leur sont propres. Ils courent le danger de nier l'existence de la maladie mentale ou de la minimiser; de réduire l'importance de la thérapie, voire d'y constituer un obstacle; de mal défendre les droits du malade; et parfois même et paradoxalement d'outrepasser et leur définition et leurs mandats en voulant exercer des rôles normalement dévolus à des services de psychiatrie. On doit les écarter de toute juridiction sur les Centres de Jour et les Centres de réadaptation<sup>2</sup> dont les responsabilités dépassent l'entraide, le support, l'occupation, les loisirs, l'accompagnement ou toute forme d'assistance aux patients et à leurs proches.

Comme à l'égard des C.L.S.C., les départements de psychiatrie ont la responsabilité d'établir un dialogue de complémentarité envers les organismes communautaires, et ces derniers, celle de mieux reconnaître le rôle essentiel des services de psychiatrie.

### **Relations entre C.L.S.C. et organismes communautaires**

Les C.L.S.C. et les organismes communautaires doivent également entretenir entre eux des liens de collaboration identiques à ceux



qu'on leur souhaite d'établir avec les services de psychiatrie. L'importance de bien définir les mandats respectifs est également un *sine qua non*.

Les organismes communautaires lorgnent également du côté des C.L.S.C. dans leur velléité d'exercer des rôles qui ne leur appartiennent pas. Sera-t-il éventuellement nécessaire de créer d'autres organismes communautaires en remplacement de ceux qui auront cessé de l'être ? Il est quand même rassurant de constater que des organismes communautaires qui ont pris leur envol il y a déjà quelques années conservent ou prennent des attitudes objectives.

### **Capacité des services de première ligne et des organismes de prendre la relève ou d'assumer leurs nouveaux rôles**

C'est un grand défi, notamment pour les C.L.S.C., de prendre la relève et d'assumer un nouveau rôle. Aux conditions, indispensables, que nous avons abordées, s'ajoutent celles d'adjudger le personnel requis et d'apporter à ceux qui assurent le *suivi* des patients<sup>3</sup> la formation et, combien important, le support des services de psychiatrie. Assurer dans de mauvaises conditions le *suivi* de patients présentant des troubles sévères et persistants produira un essoufflement rapide et un désistement certain. Bien plus, il y aurait le danger non seulement d'un retour à la case départ mais d'une multiplication stérile et onéreuse d'intervenants.

### **La couverture totale et efficience des réformes**

Le virage ambulatoire s'inscrit dans un contexte, si bien que son succès ne dépend pas que de lui-même. Il n'y a pas seulement les problèmes liés à l'hospitalisation auxquels le virage ne doit pas servir d'écran. On peut citer ces organismes destinés au traitement et à la réadaptation des toxicomanes, qui ne cessent de se multiplier sans être l'objet du moindre contrôle. Risquent d'ailleurs d'y perdre leur réputation ceux qui sont crédibles et compétents. Nous pensons aussi à toutes ces ressources résidentielles de substitution, dont les *foyers clandestins*, à l'égard desquelles n'existe aucune véritable politique de contrôle ou d'évaluation. Bien plus, la tolérance, souvent par pénurie, infirme la spécificité de ces diverses ressources en y dirigeant pêle-mêle des patients. Beaucoup de pavillons psychiatriques, en raison de leur isolement ou d'une capacité trop grande, loin de rejoindre leur objectif d'insertion sociale, contribuent plutôt à l'*institutionnalisation* de leurs patients.

Le virage ambulatoire ne doit donc pas être considéré comme une panacée. Les patients continueront d'être malades. Autres choses sont les découvertes scientifiques. Autres choses également sont les orientations qui définissent une société et modèlent la santé mentale et que les programmes de prévention ne peuvent infirmer.

Le virage a aussi à gérer l'impact des phénomènes affectifs qui imprègnent nécessairement tout chambardement profond et dont les attitudes et le comportement qui en découlent sont très révélateurs. On ne peut d'ailleurs être insensible aux bouleversements que connaîtront bon nombre de travailleurs dans cette opération d'envergure, encore plus cruelle, il est vrai, dans les autres sphères de la médecine.

Le virage ambulatoire a un avenir et rien ne doit être épargné pour qu'il le conserve. Il est subordonné à de nombreuses conditions que nous jugeons indispensables comme celle de mettre un terme aux ambiguïtés. Nos commentaires, même restrictifs, mettent en relief la nécessité pour la psychiatrie de relever le défi. Elle se doit de collaborer et de redéfinir sa pratique.

### Notes

1. Des malades hospitalisés se suicident, il est vrai. Ce n'est pas l'indication de leur hospitalisation qu'il faut remettre en cause mais plutôt les mesures de sécurité intra-hospitalières.
2. Centres de jour et Centres de réadaptation sont devenus des expressions galvaudées. Il faudra bien leur donner un sens précis si on désire en attribuer la juridiction aux organismes dont ils doivent relever.
3. Autre exemple d'ambiguïtés: qui fait le *suivi* des patients, les C.L.S.C., les organismes communautaires, les uns et les autres?



Le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) et l'Association des groupes d'intervention en défense des droits - santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ) organisent un colloque sur le traitement de la folie au Québec. Ce colloque se veut un moment pour partager et s'appropriier, au-delà des divers milieux, les enjeux actuels dans le domaine de la santé mentale.

Trente ans après le rapport Bédard, déclencheur d'une première vague de désinstitutionnalisation, et au coeur de la réorganisation des services de soins de santé et des services sociaux, il est primordial de revenir à des questions de fond. En créant un espace où pourront se rencontrer les usagers-ères et les intervenant-e-s de divers milieux (communautaire, institutionnel et universitaire), nous chercherons les consensus qui permettraient d'influencer cette réorganisation.

En attente du bilan de la *Politique de santé mentale du Québec*, nous croyons qu'il est urgent que les réseaux d'influence et de discussions s'élargissent.

**Les 24 et 25 octobre 1996 au Centre des congrès de Laval.**

**Tables rondes**

**La désinstitutionnalisation de la folie, 30 ans après le rapport Bédard : historique et enjeux actuels**

Dr Hubert Wallot, M. Léonard Aucoin et Mme Jocelyne Lamoureux

**Autres modèles de désinstitutionnalisation**

*Invités spéciaux*

Dr Franco Rotelli de Trieste, Italie  
Dr Jean-Luc Roelandt de Lille, France

**Peut-on aborder autrement la folie au Québec**

Mme Lorraine Guay,  
M. Pierre Maheu (à confirmer),  
Dr Marie-Carmen Plante (à confirmer)

**Du contrôle social à la solidarité sociale**

M. Bruno Roy, M. Gilles Bibeau  
et Mme Gisela Sartori

**Ateliers**

**L'intégration sociale et économique, conditions de la désinstitutionnalisation :**  
L'accès à un logement / L'accès au monde du travail / L'accueil de la communauté et ses résistances / L'impact de la désinstitutionnalisation sur les femmes et les familles / L'exclusion sociale et la santé mentale (circuit du collectif l'Autre Montréal)

**La désinstitutionnalisation dans le contexte de la réorganisation du système des soins de santé et des services sociaux :**  
Virage des politiques sociales et leur impact sur la santé mentale / La désinstitutionnalisation du point de vue des travailleurs-euses en santé mentale / Les plans de désinstitutionnalisation / La désinstitutionnalisation sous la contrainte de l'économie

**La désinstitutionnalisation et le renouvellement des pratiques en santé mentale :**  
La désinstitutionnalisation du point de vue des usagers-ères / La conception de la santé mentale et les modèles d'intervention / La désinstitutionnalisation de la santé mentale et le respect des droits des usagers-ères / Les femmes et la santé mentale : *Va te faire soigner, t'es malade* (15 ans plus tard)

Pour plus d'informations, contactez Diane Matte au RRASMQ (514) 523-7919