

Le virage ambulatoire en psychiatrie : une perspective globale

Yvon-Jacques Lavallée

Volume 21, numéro 1, printemps 1996

Virage ambulatoire

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032381ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032381ar>

[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

Lavallée, Y.-J. (1996). Le virage ambulatoire en psychiatrie : une perspective globale. *Santé mentale au Québec*, 21(1), 111-122.
<https://doi.org/10.7202/032381ar>



Le virage ambulatoire en psychiatrie: une perspective globale

Yvon-Jacques Lavallée*

Le virage ambulatoire se définit comme le transfert en milieu ambulatoire d'activités traditionnellement offertes dans le cadre d'une hospitalisation. L'aspect ambulatoire met l'accent sur les soins et services dispensés à des malades qui ont la capacité de se déplacer pour les recevoir. Quand on parle de virage ambulatoire, on se réfère à un changement dans les pratiques qui permet de soigner de façon efficace et sécuritaire certains malades sans avoir à les hospitaliser, ou encore en réduisant de façon significative la durée de leur hospitalisation (Gosselin, 1996; Nadeau et Boyle, 1995). Le virage ambulatoire se situe dans un contexte global, avec certaines particularités pour la psychiatrie. La compréhension de ce contexte devrait nous permettre une adaptation pertinente, malgré des contraintes majeures. De plus, nous avons le devoir de réfléchir sur la dynamique mondiale qui a contribué à la situation actuelle pour oser proposer des changements, même en dehors de la vision restreinte de nos pratiques professionnelles. Après avoir étudié le contexte, il conviendra de décrire un nouveau paradigme qui guidera nos interventions cliniques et leurs résultats auprès de la clientèle. Le nouveau paradigme comporte des enjeux et des défis qui sont de taille. En envisageant logiquement les risques à prendre et les luttes à livrer, il y aura la probabilité de répondre le mieux possible aux besoins des malades. Afin d'assurer les droits et libertés, le virage ambulatoire doit s'effectuer dans un cadre juridique, autant pour les établissements et les médecins que pour les usagers. Ensuite, il faudra dresser la liste de services modifiés ou nouveaux, mais certainement diversifiés, à l'enseigne de l'imagination et de la créativité. La recherche évaluative favorisera la critique sur la qualité et la quantité des nouvelles façons de faire. Enfin, que nous réserve le futur? Le développement des services est en

* L'auteur est médecin psychiatre et directeur du département de psychiatrie à la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke. Il est également chef du département de psychiatrie au Centre universitaire de santé de l'Estrie.

jeu, même si tout le savoir faire existe. Alors, comment rendre disponibles les services pour maintenir ou améliorer la qualité de vie? L'évolution de la société fait l'objet de réflexion. Les être humains seront invités à être davantage philosophes et peut-être même spirituels, pour situer les grandes valeurs du vécu collectif et de liberté.

Le contexte

Le virage ambulatoire n'est pas nouveau pour la psychiatrie. En effet, c'est depuis les années 60 que la politique de désinstitutionnalisation en santé mentale est implantée. On a beaucoup critiqué cette politique, qui a semblé se faire sans préparation et sans alternative à l'hospitalisation. Les gens semblent actuellement davantage sensibilisés à des moyens alternatifs pour continuer le virage ambulatoire. Malgré la bonne volonté, la situation n'est pas sans créer des inquiétudes profondes. Ainsi, pour le psychiatre communautaire en présence d'un individu en psychose aiguë, il n'y a pas d'alternative pratique à l'hospitalisation. Il est temps de critiquer certaines affirmations, comme par exemple que l'institution est le problème, que les services dans le milieu constituent la meilleure solution et qu'il existe des alternatives à l'hospitalisation. C'est au moins depuis deux décennies qu'on fait le tout pour le tout afin d'éviter les hospitalisations (Davis, 1996).

Le virage ambulatoire se situe dans une problématique encore plus globale. C'est la crise des finances publiques, dont les données sont vraiment inquiétantes; l'augmentation majeure des coûts du système de soins est une source de tension importante. Cette crise des finances publiques émane d'un déséquilibre économique à l'échelle mondiale. On parle des faillites du système libéral (George, 1995). Il est surprenant qu'on en soit arrivé à un tel état de déséquilibre. Pourtant, la productivité a beaucoup augmenté depuis que l'économie d'entreprise a fait suite à l'économie de subsistance. Aujourd'hui, la production agricole est mécanisée et il n'y a plus de paysans qui peinent à la sueur de leur front. L'industrie automobile, par exemple, est robotisée et les êtres humains ont moins besoin d'effectuer des tâches routinières, abrutissantes. Il était prévu que l'économie du marché mène à davantage de liberté pour l'entraide et les loisirs. Or, la mondialisation de l'économie et l'informatisation génèrent pertes d'emplois et diminutions de revenus dans l'ensemble du monde occidental. En circonscrivant davantage les facteurs économiques, il est intéressant de constater que le phénomène d'accumulation de la dette «réglemente» l'économie mondiale en étranglant les institutions nationales. Les gestionnaires de fonds jouent un très grand rôle sur les marchés financiers et ils sont de moins en

moins présents dans l'économie réelle. Pourtant, ce n'est pas l'argent qui manque. En effet, si les transactions quotidiennes de devises sont de l'ordre de mille milliards de dollars (U.S.), quinze pour-cent seulement de ce total correspondent à des échanges réels. Le plus grave, c'est que l'accumulation des dettes publiques dote les institutions bancaires et financières du pouvoir de dicter leur loi aux gouvernements dans les domaines non seulement économique, mais aussi social. Chossudovsky (1995), dans un article du journal *Le Monde diplomatique*, explique certains facteurs économiques. « Depuis le début des années 80, une grande partie des dettes des grandes sociétés et banques ont été effacées et transformées en dettes publiques. Ce phénomène de « conversion » est un élément central de la crise: les pertes ont été systématiquement transférées à la charge de l'État. De plus, une bonne partie des subventions publiques, au lieu de stimuler la création d'emplois, ont été utilisées pour financer les concentrations d'entreprises, des technologies limitant la main d'œuvre. Les dépenses de l'État ont ainsi contribué à la concentration de la propriété et à une diminution sensible de la force de travail industriel, cependant que la disparition d'entreprises moyennes et petites et la mise au chômage de salariés (qui sont aussi des contribuables) accélèrent la diminution des rentrées fiscales. (...) L'accumulation des dettes publiques et les pressions exercées sur l'État par ses créanciers se situent au cœur de la crise, situation qui nécessite une « régulation sociale » effective, une intervention sur les marchés financiers afin de désarmer des spéculateurs à l'action déstabilisatrice. (...) Le système libéral a fait faillite, il convient de le reconnaître, de réformer les pratiques du commerce mondial et de mettre en œuvre une politique planétaire au service des pauvres ». Les sociologues, les économistes et les philosophes, et pourquoi pas nous du système de santé, sommes invités à une réflexion profonde et pratique pour trouver des solutions. De toute façon, le changement se produira. La question est de savoir selon quelles méthodes.

Un nouveau paradigme

Devant la crise des finances publiques, le modèle du virage ambulatoire sera à l'enseigne de l'économie d'argent (Gobeil, 1996). Il peut aussi favoriser les expériences décentralisées, originales et créatives. Avant le virage ambulatoire, on s'assurait que les services soient bien produits. Avec le virage ambulatoire, on met l'accent sur le meilleur coût possible en faisant bien les bonnes choses et en s'assurant des résultats *pertinents* auprès de la clientèle. Le virage ambulatoire est d'ailleurs un paradigme centré sur la clientèle plutôt que sur les producteurs de service.

Avant le virage ambulatoire, la réglementation était lourde et coûteuse puisqu'il fallait des personnes pour la gérer. Le virage ambulatoire va favoriser la déréglementation. Le virage ambulatoire s'assurera d'avoir des indicateurs de performance globale, comme le coût d'un épisode de soins, le rapport coût/résultat, la satisfaction de la clientèle. Auparavant, on avait des indicateurs de productivité des services en ayant des données sur le coût de chaque unité de service. Le nouveau modèle va mettre l'accent sur la plus-value de chacun des professionnels, alors qu'auparavant on s'en tenait aux coûts des ressources humaines dans leur ensemble. Avant le virage ambulatoire, les interventions curatives étaient au premier plan, alors que maintenant la promotion et la prévention en santé seront favorisées. Avant le virage ambulatoire, on avait l'image du patient «couché» et dépendant alors que maintenant il s'agit du patient «vertical», capable de s'auto-déterminer et d'influencer son environnement. Sur le plan de la structure, c'était les divers directorats administratifs qui étaient les instances de gestion alors que le virage ambulatoire favorisera la gestion par programme clinique, mieux centrée sur le cheminement du patient dans sa demande de soins et services. Enfin, le nouveau paradigme favorisera les réseaux intégrés de soins, à la différence des établissements qui, auparavant, veillaient à leur indépendance. Il est possible que le réseau intégré se réalise plus difficilement dans les grandes villes.

Les enjeux et les défis

Animées par le nouveau paradigme du virage ambulatoire, nos actions ne seront pas dépourvues de risques et de luttes (Harvey, 1995). Pour réussir, le virage ambulatoire doit concentrer ses efforts à opérer des changements dans les façons de faire (Bouchard, 1996). Entre les partenaires, des mécanismes de collaboration et de coordination devront s'établir, que ce soit entre les centres hospitaliers de courte durée, de longue durée, les CLSC, etc. Les missions et les cultures devront s'arrimer. Au niveau des clientèles, on mettra l'accent sur l'information, la sensibilisation, et la prise en charge de sa santé. Les programmes d'éducation prendront de l'importance et devront être bien organisés de manière à répondre aux attentes des patients, qui apprécient déjà d'ailleurs d'avoir des séances d'information en groupe. Pour éviter le dérapage à cause des multiples intervenants, la continuité des soins devra être assurée. En ce qui a trait aux ressources humaines, la formation devra être assurée afin de répondre à de nouveaux besoins ou à de nouvelles façons de faire. La gestion du changement ne devra pas s'improviser. Il faut s'attendre à ce que le personnel soit davantage mobile et

qu'il accepte le décloisonnement professionnel. On peut s'attendre alors à des luttes pour des privilèges. Il y a également des enjeux économiques, l'objectif étant de diminuer les coûts. Il y aura donc moins d'argent dans le système, même si on insiste sur la création d'une marge de manœuvre pour le réinvestissement dans les services ambulatoires. La tentation sera grande d'en investir le moins possible pour faire face aux déficits budgétaires. Dans tout ce processus de virage ambulatoire, la notion d'imputabilité deviendra centrale. N'importe qui ne pourra pas faire n'importe quoi, car le rendement sera mesuré.

Les enjeux et les défis touchent à la liberté thérapeutique et la relation médecin-patient. Ce sont des concepts sacrés dont on a toujours voulu préserver la pureté. Le virage ambulatoire constitue-t-il une limite à la liberté thérapeutique? La réponse est oui et non. La réponse est oui si la contrainte se définit comme l'obligation d'offrir des services de qualité; comme l'utilisation de la ressource la mieux adaptée, eu égard aux besoins de la clientèle, aux normes de soins les plus récentes, aux résultats (efficacité) et aux coûts (efficacité). C'est aussi une limite à la liberté thérapeutique si la contrainte se définit comme la nécessité de travailler en équipe; l'obligation d'œuvrer dans un réseau plutôt que dans une institution isolée; l'appartenance à la clientèle plutôt qu'à l'institution; la plus grande dépendance vis-à-vis des autres membres de l'équipe. À l'inverse, le virage ambulatoire n'est pas une contrainte à la liberté thérapeutique s'il est vu comme une occasion d'offrir des services de meilleure qualité; de maintenir l'accessibilité aux soins de santé (réduction des coûts); de réduire le traumatisme de l'hospitalisation; de maintenir la personne le plus près de son milieu naturel. Ce n'est pas non plus une contrainte à la liberté thérapeutique s'il est vu comme une occasion de réduire les risques associés à l'hospitalisation traditionnelle et de réduire le fardeau financier des soins de santé sur le budget de l'État et des individus. En résumé, il y a de nouvelles limites à la liberté thérapeutique lorsqu'on pense à l'évaluation de la pertinence des actes professionnels, à l'évaluation des résultats et à l'implication de nouveaux intervenants dans l'évaluation des soins, comme les organismes gouvernementaux, les institutions et les industries privées. On pense aussi au nouveau mode possible de rémunération médicale comme la capitation.

Aussi, qu'en est-il des risques à la relation patient-médecin (Duplessis, 1996)? Le virage ambulatoire va amener une nouvelle définition des façons de faire sur le plan médical et également au niveau d'autres professionnels, a fortiori chez les infirmières. Il reste que le fondement même des soins, c'est la relation patient-médecin. Le Col-

lège des médecins du Québec affirme que 50% des plaintes sont dues à des problèmes au niveau de la relation patient-médecin. Une bonne relation patient-médecin suppose des soins de qualité basés sur la compétence, la compréhension, l'empathie, l'efficacité et l'efficience. Le facteur principal est la *confiance*. Cette relation médecin-patient a fort évolué à travers le temps. Elle est maintenant diminuée à cause des multiples intervenants. Le problème se pose à propos de l'intégration des nombreux intervenants. Il est suggéré que ce soit l'infirmière et le médecin de famille, en tandem, qui aient cette responsabilité.

Cadre juridique du virage ambulatoire

Il est nécessaire de remettre en contexte certaines définitions, obligations et responsabilités pour bien comprendre le cadre juridique dans lequel doit évoluer le virage ambulatoire (Gosselin, 1996). Les établissements ont pour fonction d'assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins spirituels. Ces services visent à réduire ou à solutionner des problèmes de santé et de bien-être et à satisfaire les besoins de la population. À cette fin, les établissements doivent gérer avec efficacité et efficience les ressources humaines, matérielles et financières et collaborer avec les autres intervenants du milieu. Les établissements doivent notamment veiller à ce que les services qu'ils dispensent le soient en continuité et en complémentarité avec ceux dispensés avec d'autres ressources de la région et que l'organisation de ces services tiennent compte des besoins de la population à desservir. Ce sont les fonctions des établissements qui sont ainsi définies dans la loi sur les services de santé et les services sociaux.

La mission d'un Centre local de services communautaires (CLSC) est d'offrir en première ligne à la population du territoire qu'elle dessert des services de santé et des services sociaux courants, de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre s'assure que les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou pour leurs familles soient rejointes, que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ces installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile. Si nécessaire, le CLSC s'assure que les personnes soient dirigées vers les centres ou les organismes les plus aptes à leur venir en aide. Ainsi définie, la mission d'un CLSC comprend évidemment des services de première ligne en santé mentale.

La mission d'un centre hospitalier est d'offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés. À cette fin,

l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, principalement sur référence, des personnes qui requièrent de tels services ou de tels soins, s'assure que leurs besoins soient évalués et que les services requis, y compris les soins infirmiers et les soins psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation, leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

Ainsi décrite, la mission des centres hospitaliers et des CLSC fait une large part à la complémentarité. En utilisant l'expression «principalement sur référence», la loi indique la mission de deuxième ligne du centre hospitalier, autant en ce qui a trait aux services d'hospitalisation que de cliniques externes. Pour assurer des soins de qualité, la complémentarité entre les différentes ressources s'avère nécessaire; dans le cadre du virage ambulatoire, cette notion devient encore plus importante. C'est ainsi que la loi prévoit la possibilité de contrats de services professionnels selon certaines modalités. Un établissement peut conclure avec un autre établissement, un organisme ou toute autre personne, une entente pour l'une ou l'autre des fins suivantes: 1) la prestation de certains services de santé ou de services sociaux; 2) la prestation ou l'échange de services professionnels en matière de services de santé ou de services sociaux.

Le médecin traitant voit aussi ses responsabilités définies. Il importe qu'un médecin responsable soit bien désigné comme médecin traitant et soit disponible dès la prise en charge du patient et ce, jusqu'à la solution de son problème ou jusqu'à ce qu'un autre médecin le prenne en charge. Ainsi, le médecin doit assurer un suivi médical et ne pas abandonner son malade une fois le traitement administré. Dans les contraintes du virage ambulatoire, les problèmes du système ne seront pas une excuse en ce qui a trait aux responsabilités de suivi (Tôth, 1996). Les informations et les arrangements doivent être clairs et précis lors du congé médical ou du transfert.

En bref, le cadre juridique du virage ambulatoire a comme valeur de base la qualité d'abord et implique la collaboration de tous les intervenants de la santé (secteurs publics et privés) ainsi que la participation de la population (l'utilisateur et ses aidants).

Liste des services en santé mentale

L'exploration des services doit se faire à l'enseigne de la diversité afin de répondre à un grand éventail de besoins, surtout comme alternatives à l'hospitalisation. Il faudra veiller au respect des droits des

patients en même temps qu'engager leur responsabilité pour une participation active dans la prévention et dans les traitements. C'est ainsi que l'organisation des services nécessaires au virage ambulatoire devrait dynamiser la distribution des soins, y compris pour les personnes souffrant de trouble mental grave et persistant.

Les hôpitaux de jour et les centres de jour sont appelés en premier lieu à servir d'alternative à l'hospitalisation. Il existe déjà une belle réflexion sur l'instauration de ces services externes en santé mentale (Gauthier et Bernier, 1995; Jacques, 1996). En particulier pour l'hôpital de jour, les services devront s'adapter aux pressions de la demande afin d'éviter les débordements dans les salles d'urgence et dans les unités d'hospitalisation. Pour l'implantation réussie d'un hôpital de jour, certains éléments sont essentiels: un réseau intégré de services, comprenant toute la gamme de services; une coordination des ressources impliquées directement dans le fonctionnement de l'hôpital de jour se concrétisant par des rencontres statutaires hebdomadaires; une cohérence dans le cheminement de la clientèle à travers les ressources afin d'éviter les dédoublements d'une part et, d'autre part, de se retrouver avec un client sans suivi ou sans ressource, ce qui nuirait à son cheminement et sa réadaptation; une continuité dans les services; une flexibilité et une rapidité dans l'intervention auprès de la clientèle dès son arrivée dans le réseau afin que l'orientation se fasse sans délai et au bon endroit.

Les cliniques de crise permettront des interventions rapides en externe pour les patients qui présentent des problématiques psychotiques ou suicidaires. L'équipe engagée dans l'intervention de crise devra assurer un fonctionnement de grande disponibilité, y compris sur le plan médico-psychiatrique. Il est maintenant possible d'identifier un groupe de patients qui bénéficient de l'intervention de crise et qui, après avoir reçu un traitement circonscrit, ne nécessitent pas de suivi hospitalier. Il est possible de décrire les divers rôles que peut jouer un service de crise de même que sa structure et son fonctionnement (Israël, 1991).

Module d'intervention sans rendez-vous: un service d'entrevues sans rendez-vous permet de diminuer les interventions à l'urgence et d'offrir une intervention rapide avant que la condition ne se détériore.

Service d'urgence psychiatrique: le service d'urgence psychiatrique ne doit pas suppléer au manque d'organisation des autres ressources en santé mentale. C'est ainsi que le mécanisme d'information sur les services accessibles en santé mentale dans le réseau public et communautaire doit être précisé. Ainsi, l'urgence psychiatrique ne deviendra pas le lieu principal d'entrée dans le système. De plus,

l'organisation de l'accueil doit inclure une ressource responsable de l'évaluation sommaire de la clientèle en santé mentale dès son arrivée, afin de trouver une réponse rapide et appropriée à ses besoins. Les établissements doivent s'assurer que le personnel de l'urgence soit bien formé pour travailler avec les personnes aux prises avec des problèmes d'ordre mental. Enfin, des ressources concertées et complémentaires doivent être prévues pour assurer le suivi des alcooliques et des toxicomanes, qui se présentent souvent à la salle d'urgence.

Comité des usagers en psychiatrie: afin de rendre davantage responsables les patients de leurs soins et traitements et de la prévention en santé mentale, il sera utile d'avoir leurs points de vue et leurs suggestions. Le comité des usagers pourrait être aussi l'occasion de fournir de l'information émanant de l'organisation des services.

Modules éducationnels: les patients ont grandement besoin d'information sur leur maladie et sur les moyens d'y faire face (Amiot, 1995). L'expérience démontre que les séances d'information en groupe sont très appréciées par les usagers et qu'elles contribuent à les rassurer sur leur problématique. Les patients deviennent ensuite beaucoup plus motivés pour se prendre en main. Ces modules éducationnels doivent être adaptés pour les diverses psychopathologies.

Divers modules d'intervention doivent être instaurés pour répondre à la panoplie de besoins: thérapie brève, thérapie conjugale et familiale, thérapie de groupe, intervention psychologique, intervention sociale, intervention ergothérapique, etc.

L'organisation en cliniques spécialisées selon diverses psychopathologies a l'avantage de circonscrire des besoins spécifiques et d'instaurer des interventions appropriées. Ainsi, la clinique de schizophrénie fournira des services bien différents de la clinique des troubles anxieux. Diverses autres cliniques peuvent être instaurées, comme la clinique des troubles de l'humeur, la clinique des troubles borderlines. Il ne faut pas faire une religion d'une organisation en cliniques spécialisées. Il est important d'avoir une clinique externe générale qui pourra répondre aux besoins de patients qui n'ont pas toujours une symptomatologie si spécifique.

Dans le cadre du virage ambulatoire, les soins à domicile occupent une place importante. Cependant, ils exigent beaucoup de temps, ce qui peut en faire des interventions coûteuses. Il faut donc cibler ce genre d'intervention pour des usagers qui en ont un besoin bien identifié.

Enfin, dans une philosophie d'efficience et d'efficacité, l'établissement devra avoir un esprit critique sur les interventions pour qu'elles

soient optimales. Des questions sont à poser sur la fréquence et la longueur des interventions psychothérapeutiques et sur l'efficacité de certaines approches. C'est à ce niveau que s'insère la recherche évaluative dans la prestation des soins et services.

Les aidants naturels ont des besoins qui sont de mieux en mieux connus. Leurs stressés sont nombreux et ont été examinés par plusieurs chercheurs (Biegel et al., 1991; Holden et al., 1982; Maheu et al., 1987). Le soutien qu'apporte l'équipe en santé mentale aux aidants naturels est un facteur de multiplication d'interventions. Il y a nécessité des interventions professionnelles pour l'amélioration de leur bien-être et pour l'adaptation à leurs nouveaux rôles (Lamb et al., 1978; Morgan, 1989).

Cette panoplie de services exige un personnel nombreux et qualifié. Même si on limite les interventions au niveau le plus efficient possible, il reste que les besoins sont grands et qu'il faut investir en personnel si le virage ambulatoire doit s'exercer d'une façon convenable.

Conclusion

Les Toffler (1995) disent: «Une bonne partie du secteur de la troisième vague s'affaire à offrir un éventail étourdissant et sans cesse renouvelé de services. Au lieu de décrier l'essor du secteur des services, de lui reprocher perpétuellement d'être une source de faible productivité, ne faut-il pas expressément le soutenir, l'étoffer – ou, tout au moins le libérer des vieilles entraves? Pour améliorer la qualité de vie de sa population, il faut à l'Amérique plus de services, non moins (...) Une politique économique de la troisième vague ne doit pas trier les gagnants et les perdants mais éliminer tout ce qui fait obstacle à la professionnalisation et au développement des services de nature à rendre la vie moins stressante, frustrante et impersonnelle. Reste que cette approche n'est encore celle d'aucun parti politique».

Le futur, qui permet un certain optimisme, doit s'appuyer sur le savoir, la diversité et l'imagination collective (Toffler, 1995). Il doit susciter des milliers d'expériences décentralisées. C'est peut-être ainsi qu'on pourra sortir des systèmes mondiaux étouffants et indisciplinés. Le gouvernement pourrait ainsi faire contrepoids et sortir de l'influence des créateurs mondiaux, qui font la pluie et le beau temps.

RÉFÉRENCES

AMIOT, M.A., 1995, L'enseignement, une part importante des activités des infirmières, *Le Devoir*, Montréal, 21 et 22 octobre.

- BIEGEL, D.E., SALES, E., SCHULZ, R., 1991, *Family Caregiving in Chronic Illness*, Sage, Newbury Park, Ca.
- BOUCHARD, L., 1996, *Qu'est donc le virage ambulatoire? – Le virage ambulatoire: du discours à la réalité*, Colloque Yvon Blais, Montréal, 22 mars.
- CHOSSUDOVSKY, M., 1995, Sous la coupe de la dette, *Le Monde diplomatique*, Paris, juillet.
- DAVIS, S., 1996, The trouble with closing the asylums, *The Globe and Mail*, Toronto, 18 mars.
- DUPLESSIS, P., 1996, *Le virage ambulatoire et la pratique médicale. – Le virage ambulatoire: du discours à la réalité*, Colloque Yvon Blais, Montréal.
- GEORGE, S., 1995, Le danger d'un chaos financier généralisé, *Le Monde diplomatique*, Paris.
- GOBEIL, M., 1996, *Le virage ambulatoire et ses impacts sur la profession infirmière – Le virage ambulatoire: du discours à la réalité*, Colloque Yvon Blais, Montréal.
- GOSSELIN, G., 1996, *Le virage ambulatoire et les établissements de santé – Le virage ambulatoire: du discours à la réalité*, Colloque Yvon Blais.
- HARVEY, C., 1995, Préserver la qualité des soins, *Le Devoir*, Montréal, 21 et 22 octobre.
- HOLDEN, D.F., LEWINE, R.R.J., 1982, How families evaluate mental health professionals, resources, and effects of illness, *Schizophrenia Bulletin*, 8, 4, 626-633.
- ISRAËL, M., 1991, L'intervention de crise dans un établissement hospitalier: aspects théoriques et pratiques, *Santé mentale au Québec*, XVI, 2, 237-252.
- GAUTHIER, N., BERNIER, M., 1995, *Proposition pour élaborer un cadre d'orientation relatif à deux services externes en santé mentale – Document de travail*, Direction de la promotion de la santé et du bien-être et du service de la santé physique et mentale, Québec.
- JACQUES, L., 1996, L'hôpital de jour en psychiatrie, *Le Devoir*, Montréal, 21 et 22 octobre.
- LAMB, H.R., OLIPHANT, E., 1978, Schizophrenia through the eyes of families, *Hospital and Community Psychiatry*, 29, 12, 803-806.
- MAHEU, P., GUBERMAN, N., DORVIL, H., 1987, *Amour, Bain, Comprimé ou l'ABC de la désinstitutionnalisation*, Rapport de recherche soumis à la Commission Rochon, Département de travail social, Université du Québec à Montréal.

- MORGAN, S.L., 1989, Families' experience in psychiatric emergencies, *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 2, 1265-1269.
- NADEAU, J.A., BOYLE, P., 1995, Le virage ambulatoire: mythes et réalités, *La Presse*, Montréal, 18 juin.
- TOFFLER, A., TOFFLER, H., 1995, *Créer une nouvelle civilisation: la politique de la Troisième Vague*, Fayard, 1995.
- ROLLIN, P., 1996, *Le virage ambulatoire et la liberté thérapeutique du médecin – Le virage ambulatoire: du discours à la réalité*, Colloque Yvon Blais, Montréal.
- TÔTH, F., 1996, *Le virage ambulatoire: conséquences sur la demande en responsabilité médico-hospitalière – Le virage ambulatoire: du discours à la réalité*, Colloque Yvon Blais, Montréal.