

Perspectives épidémiologiques sur le virage ambulatoire des services psychiatriques

Alain Lesage

Volume 21, numéro 1, printemps 1996

Virage ambulatoire

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032379ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032379ar>

[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

Lesage, A. (1996). Perspectives épidémiologiques sur le virage ambulatoire des services psychiatriques. *Santé mentale au Québec*, 21(1), 79–95. <https://doi.org/10.7202/032379ar>



Perspectives épidémiologiques sur le virage ambulatoire des services psychiatriques

Alain Lesage*

Le virage ambulatoire concerne les services psychiatriques. Il réduit en effet le nombre de lits pour hospitalisation de courte durée, poursuit la désinstitutionnalisation des personnes ayant vécu de longs séjours hospitaliers, demande à développer de nouveaux services ambulatoires en guise d'alternative à l'hospitalisation et exige un partenariat tant avec les ressources communautaires qu'avec les services de base. Les pouvoirs publics pressent les services psychiatriques, notamment au plan de l'hospitalisation, de se reconfigurer; ces services obtiennent du reste la plus grande part des ressources financières attribuées aux soins pour *fins de santé mentale* (Rochefort, 1992). Comme l'ont noté plusieurs essais du présent dossier sur le virage ambulatoire, les services psychiatriques répondent à peine à la demande des personnes atteintes de troubles graves et persistants. En outre, ils ne parviennent pas à répondre aux besoins de consultation provenant des services de base et des ressources communautaires.

Dans ce contexte, il serait pertinent pour les services psychiatriques, les services de base, les ressources communautaires, les intervenants, les cliniciens, les gestionnaires et les planificateurs, de disposer d'une perspective épidémiologique tant sur l'importance des problèmes de santé mentale dans la population que sur l'utilisation des services pour *fins de santé mentale*. Ces données procureraient une vision d'ensemble sur le système *de facto*, en faisant le rapport entre les problèmes de santé mentale et la réponse que leur apportent les services de base et les services spécialisés. À cet égard, une série d'études épidémiologiques menées dans l'est de Montréal fournissent des données uniques. Cet article tente d'éclairer le débat sur cette base et à la lumière d'autres études québécoises et internationales.

* Psychiatre, l'auteur est chercheur national de la santé, au Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H.-Lafontaine, à Montréal.

Combien de personnes souffrent de troubles mentaux dans la population? Combien consultent *pour fins de santé mentale*? Quel est le rapport entre ces deux réalités? Toutes les personnes atteintes consultent-elles? Si non, pourquoi? Pourraient-elles par ailleurs bénéficier de la consultation? Sur quelles pistes ces données débouchent-elles en regard du virage ambulatoire?

Définitions et sources d'information

Par *services spécialisés ou services psychiatriques*, on entend ici les services offerts dans 1) les hôpitaux psychiatriques, 2) les départements de psychiatrie des hôpitaux généraux, 3) les urgences de ces hôpitaux, 4) les cliniques externes de psychiatrie. Les services spécialisés doivent également fournir des services de réadaptation. Ils se désignent aussi comme services de *deuxième ligne*, tandis que les services de base renvoient aux services de *première ligne*.

Les services de base sont fournis dans les polycliniques médicales, en bureau privé, en CLSC et par des organismes sans but lucratif tels que les lignes d'écoute ou les Alcooliques Anonymes (Les professionnels et intervenants de ces deux niveaux sont énumérés dans la figure 2, laquelle montre la fréquence d'utilisation de leurs services *pour fins de santé mentale*).

Enfin, les services de *troisième ligne* désignent d'abord les services d'*hospitalisation de longue durée fournis par les centres hospitaliers à vocation psychiatrique*, bien que parfois on ait aussi compté là les services résidentiels, les services de réadaptation et de réinsertion sociale pour les personnes ayant eu un long séjour hospitalier.

Les organismes communautaires se consacrant à la réinsertion sociale de ces personnes sont difficiles à situer dans cette typologie: si certaines de leurs activités s'apparentent à celles de deuxième ou de troisième ligne, ne représentent-ils pas aussi des services de base?

L'enquête épidémiologique dans l'est de Montréal – Il s'agit d'une enquête téléphonique menée auprès d'un échantillon représentatif de 893 adultes choisis au hasard dans l'ancien secteur du Département de santé communautaire Maisonneuve-Rosemont. Ce secteur couvrait essentiellement l'est de Montréal (plus de 440 585 habitants en 1991). La procédure comprenait un échantillonnage aléatoire parmi tous les abonnés téléphoniques. L'entrevue comportait un instrument de dépistage des troubles mentaux, le DISSA, fondé sur la classification du *DSM-III-R de l'American Psychiatric Association* (1987). Ces troubles se retrouvent dans la figure 1, qui en montre la fréquence dans la popu-

lation générale. Signalons que les désordres psychotiques ne sont pas dépistés par le *DISSA* (schizophrénie, troubles affectifs bipolaires ou psychose maniaco-dépressive, par exemple). Les instruments comme le *DISSA* reposent sur la prémisse qu'on peut identifier les personnes chez qui un trouble mental donné serait diagnostiqué si des cliniciens chevronnés les recevaient. Des études de validation menées avec le *DISSA* appuient cette prémisse dans une certaine mesure: plusieurs types de troubles présentent une corrélation adéquate avec l'évaluation indépendante de cliniciens (Kovess et Fournier, 1990).

L'entrevue téléphonique posait aussi des questions sur l'utilisation de différents types d'intervenants et de points de services pour fins de santé mentale. D'autres questions, enfin, portaient sur les raisons de la non-utilisation des services pour les mêmes fins.

Par la suite, 109 personnes échantillonnées parmi les 893 initiales furent invitées à rencontrer un psychiatre et un psychologue pour une entrevue clinique. Cette entrevue visait à réviser la problématique clinique et psychosociale de la personne, les interventions et les services reçus, ainsi que les services désirés mais non reçus. Après quoi les deux cliniciens établissaient par consensus les besoins d'intervention de cette personne, selon une procédure systématique permettant d'enregistrer leur opinion clinique tout en tenant compte de l'avis de l'individu (Lesage et al., 1994).

Activité des services psychiatriques – Les services informatisés des archives de l'hôpital Louis-H.-Lafontaine ont fourni les données concernant le nombre de personnes ayant fréquenté les services d'urgence, d'hospitalisation et de clinique externe. Louis-H.-Lafontaine dessert un secteur d'environ 341 730 habitants, recouvert en 1991 par celui de l'ancien département de santé communautaire Maisonneuve-Rosemont. Cet hôpital psychiatrique de plus de 1 000 lits dont la majorité sont occupés pour de longs séjours hospitaliers (de plus d'un an, pour une moyenne de plus de 15 ans), offre aussi des services de réadaptation (ressources résidentielles protégées, centres de jour, ateliers de travail) avant tout destinés à ces patients. On estime que plus des deux tiers de cette clientèle de quelque 2 000 patients ne proviennent pas du secteur actuellement desservi par l'hôpital. Cette dernière clientèle peut être décrite comme recevant des services de troisième ligne, selon la définition fournie plus haut. L'hôpital offre aussi des services de courte durée, c'est-à-dire de deuxième ligne, à la population du secteur visé par l'accord de sectorisation des services psychiatriques de Montréal, en vigueur depuis les années 70. En plus d'environ 200 lits d'hospitalisation et l'urgence, les services comprennent sept cliniques situées

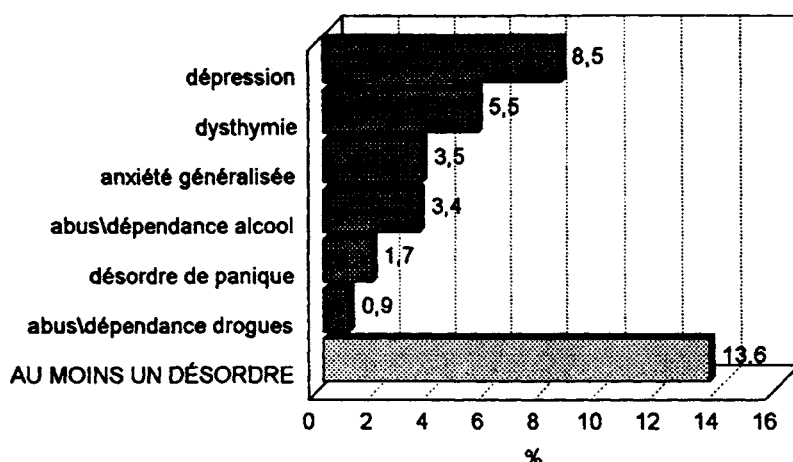
dans la communauté et dotées d'équipes multidisciplinaires: psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, infirmières, conseillers en orientation. On estime que 80 à 85 % des personnes qui utilisent les services de courte durée proviennent du secteur géographique attribué à Louis-H.-Lafontaine.

Prévalence des troubles mentaux dans la population générale

La figure 1 montre la fréquence des troubles mentaux dans la population générale au cours des six derniers mois. Les troubles affectifs dominant (dépression et dysthymie), suivis de près par les désordres anxieux et d'abus d'alcool. La prévalence dans les derniers six mois (près de 13,6%) est moindre que l'addition de la fréquence de chacun des désordres, car une personne peut en présenter plus d'un (comorbidité). La prévalence observée se compare à celle d'une étude-pilote avec une autre entrevue standardisée considérant le même éventail de désordres (Direction régionale de la santé publique du Bas-Saint-Laurent, 1995). Comme on le note dans la recension des écrits de Boyer (1990), la prévalence est comparable à celle rapportée lors de grandes enquêtes épidémiologiques américaines des années 80; toutefois une étude récente souligne une augmentation des taux de prévalence, qui oscillent maintenant entre 20 et 25 % (Kessler et al., 1994). Cette augmentation peut s'expliquer par des facteurs méthodologiques: les instruments de ces enquêtes diffèrent et ils couvrent un éventail plus large de désordres. Dans ces études, les troubles psychotiques sont identifiés chez 1 à 2 % de la population.

Il est intéressant de comparer ces prévalences de troubles mentaux de près de 20% avec les données de l'enquête Santé-Québec en 1987 et en 1992, qui rapportent des prévalences de détresse psychologique du même ordre de grandeur et même une augmentation de cette prévalence entre 1987 et 1992 (Santé-Québec, 1994). Le seuil de détresse avait été fixé de façon arbitraire au Québec en 1987 afin de décrire le quintile (le cinquième ou 20 %) de la population présentant le degré de détresse psychologique le plus élevé. L'échelle utilisée pour mesurer cette détresse comprend beaucoup d'items représentant des symptômes d'anxiété et de dépression. De fait, les études comparatives sur les instruments qui mesurent la détresse psychologique et sur ceux qui mesurent la présence de troubles mentaux montrent un chevauchement d'environ 50 % (Shapiro et al., 1985). Autrement dit, la moitié des personnes identifiées avec un niveau de détresse psychologique élevé se qualifient pour un trouble mental récent. L'absence de recoupement dans l'autre groupe s'explique en partie par la différence dans les périodes couvertes et par la varia-

Figure 1



Étude épidémiologique de l'est de Montréal (N=893)

tion entre les deux méthodologies par ailleurs liées à des cadres conceptuels distincts.

Comparons ce profil de désordres mentaux dans la population générale avec celui de la clientèle des services psychiatriques. Des données sont disponibles concernant deux des sept cliniques de secteur, et elles sont raisonnablement représentatives de l'ensemble des cliniques. En 1993, parmi les 1285 patients du secteur de l'hôpital Louis-H.-Lafontaine ayant fréquenté ces deux cliniques externes, 26,9% avaient reçu un diagnostic principal de schizophrénie, 9,3%, d'une autre psychose, et près de 10%, de psychose maniaco-dépressive. En somme, plus de 45% des patients présentaient un désordre psychotique, ce qui est nettement supérieur à la prévalence de 1 à 2% dans la population générale. Par ailleurs, l'autre 55% des personnes fréquentant les services ambulatoires étaient porteurs de diagnostics principaux de troubles dépressifs, anxieux, de troubles d'adaptation, lesquels sont, à prime abord, très répandus dans la population générale (figure 1).

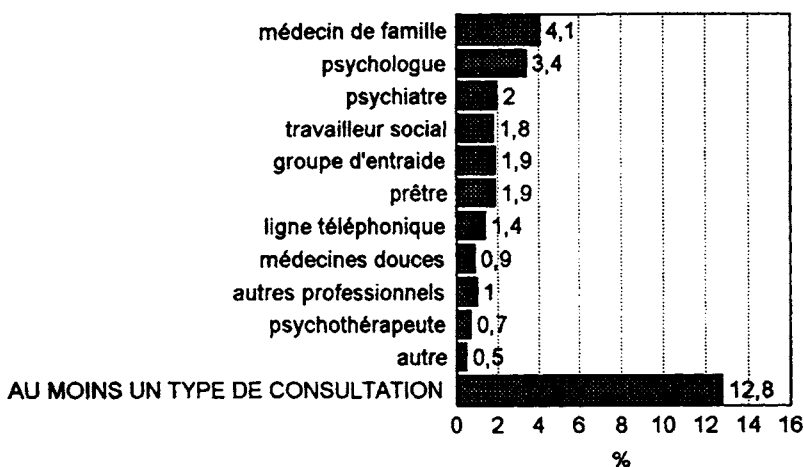
Prévalence de l'utilisation des services pour fins de santé mentale

Lors de l'enquête téléphonique auprès de 893 adultes de l'est de Montréal, on posait la question suivante: «Avez-vous déjà demandé de l'aide (une liste de types de professionnels ou d'intervenants et de points de services était lue) pour des problèmes affectifs, nerveux ou liés

à votre consommation d'alcool ou de drogues? » Les figures 2 et 3 illustrent la fréquence à laquelle divers types de professionnels, intervenants ou points de services ont été sollicités pour fins de santé mentale par la population, dans la dernière année. Plus d'un type de professionnels, intervenants ou points de services pouvaient avoir été consultés. Le médecin de famille représente le type de professionnel de la santé le plus fréquemment consulté pour fins de santé mentale (près de 4% de la population). Cette observation se répète dans la plupart des pays industrialisés, en Europe et aux États-Unis (Regier et al., 1993), ou ailleurs au Canada (Ministère de la santé de l'Ontario, 1994). L'examen des écrits et des études récentes (Lesage et al., 1996a) révèle que les médecins de famille ne prescrivent pas uniquement des médicaments psychotropes, et que, dans plus de 40% des cas, ils n'offrent aucune réponse pharmacologique. En outre, plus de 87% des personnes ayant vu leur médecin de famille pour fins de santé mentale se disaient de passablement à très satisfaites des soins reçus. Par ailleurs, l'ampleur des consultations auprès des psychologues est bien plus importante au Québec qu'en Ontario où des taux de près de 0,8% avaient été notés. Des analyses séparées montrent que la grande majorité des psychologues sont consultés en cabinet privé. On constate aussi le rôle appréciable des ressources de la communauté comme les groupes d'entraide (AA surtout), prêtres, lignes d'écoute.

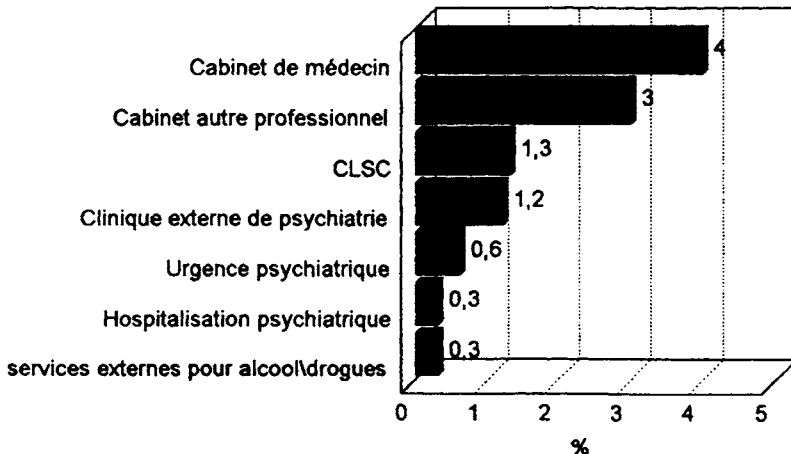
La figure 3 met en perspective le rôle des services spécialisés par rapport aux services de base. Les sources de données sont malheureusement imparfaites, car les questions posées séparément lors de l'enquête ne permettent pas de départager précisément si tel professionnel cité dans la figure 2 était vu dans tel point de service indiqué dans la figure 3 – sauf si un seul professionnel et un seul point de service avaient été vus. Si on considère pour la figure 3 que les services de base incluent les cabinets de médecins, les cabinets privés et les CLSC, et que les services spécialisés incluent les cliniques externes de psychiatrie, les urgences et l'hospitalisation, on constate que la grande majorité des personnes qui consultent pour fins de santé mentale s'adressent aux services de base et non aux services spécialisés. Compte tenu que les répondants peuvent avoir fréquenté plus d'un type de service spécialisé (urgence, clinique externe, hospitalisation), on peut estimer que 1,5% de la population a fréquenté les services psychiatriques. Dans le système *de facto* de l'est de Montréal, les services psychiatriques représentent uniquement une partie du système de soins pour fins de santé mentale et couvrent seulement une minorité des personnes qui consultent à ce titre.

Figure 2



Étude épidémiologique de l'est de Montréal (N=893)

Figure 3



Étude épidémiologique de l'est de Montréal (N=893)

Le volume d'activités des services psychiatriques du secteur n'est pourtant pas négligeable. La figure 4 présente le nombre de personnes en contact avec les services psychiatriques de Louis-H.-Lafontaine d'après les archives informatisées et le taux populationnel évalué à

partir de ces nombres. Ces chiffres entrent tout à fait dans l'éventail de 1 à 3% de la population reçue par les services psychiatriques de plusieurs pays industrialisés (ten Horn, 1986; Wing, 1992; Kovess et al., 1995). La figure 4 montre aussi dans l'utilisation des services des sept cliniques de sous-secteur de l'hôpital des variations importantes, de l'ordre de 1 pour 3 dans certains cas. On peut démontrer que la prévalence des troubles mentaux ainsi que la demande de services est plus grande dans les secteurs qui présentent de plus grands indices de défavorisation sociale (Dohrenwend et al., 1992; Jarman et Hirsh, 1992; Lesage et al., 1996b).

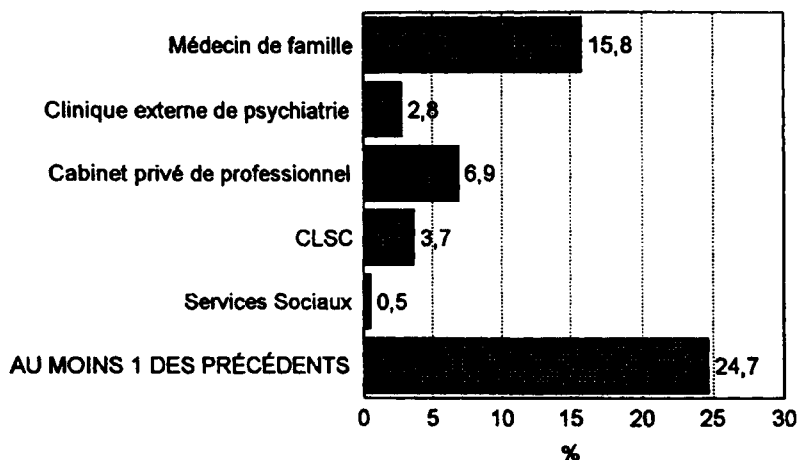
Figure 4

	nombre de patients	taux populationnel (prévalence en 1993)	variation entre 7 sous-secteurs de clinique externe
au moins 1 hospitalisation	776	0,23%	0,13-0,36%
au moins une visite à l'urgence	2091	0,61%	0,33-0,93%
au moins 1 visite en externe	3924	1,15%	0,80-1,60%
au moins 1 contact avec les services précédents	5125	1,50%	0,96-2,07%

Rapport entre la prévalence de troubles mentaux et l'utilisation des services

Toutes les personnes chez qui on a identifié un trouble mental consultent-elles? Si non, pourquoi? – Selon la figure 5, seule une minorité des personnes qui ont récemment présenté un trouble ont consulté les services de base énumérés ou les services spécialisés. Ici encore, les résultats se superposent aux constats concernant la situation en Ontario ou aux États-Unis (Ministère de la santé de l'Ontario, 1994; Regier et al., 1993).

Figure 5



Étude épidémiologique de l'est de Montréal (N=893)

On a demandé aux personnes qui considéraient avoir présenté un problème de santé mentale dans la dernière année pourquoi elles n'avaient pas consulté. La figure 6 illustre leurs réponses, parmi un éventail de raisons proposées. Une personne peut avoir coché plus d'un motif, si bien que l'addition de la fréquence des réponses dépasse 100%. La raison principale n'a pas de rapport avec l'accessibilité ou l'insuffisance des services mais plutôt avec l'attitude des personnes d'après qui les choses vont en quelque sorte s'améliorer. D'autres études épidémiologiques montrent que malheureusement cette perception ne se réalise pas dans la majorité des cas. Ainsi, 60% des personnes avec une dépression majeure en présentaient encore tous les signes un an plus tard (Robins et Regier, 1991). Par ailleurs, les raisons financières et l'ignorance quant à savoir où s'adresser interpellent les services existants, et encore davan-

Figure 6

étude épidémiologique dans l'est de Montréal (109 des 893 répondants)

- (66%) vouloir régler le problème par soi-même
- (50%) penser que le problème se réglerait de lui-même
- (47%) trop cher
- (34%) ne savait où s'adresser
- (32%) a déjà consulté, n'avait pas été aidé
- (9%) pas pouvoir avoir de rendez-vous
- (3%) peur d'être hospitalisé contre son gré

tage, le fait que le tiers des personnes qui avaient déjà consulté considéraient ne pas avoir été aidées.

Une aide bénéficierait-elle à toutes les personnes qui présentent un désordre mental actuellement? – Les entrevues en profondeur éclairent cette question. Selon les cliniciens qui ont réalisé les entrevues, 70% des personnes ayant présenté un désordre récent ont un besoin d'intervention. C'est dire que la majorité des cas identifiés lors d'enquêtes épidémiologiques comme présentant un désordre auraient besoin de soins.

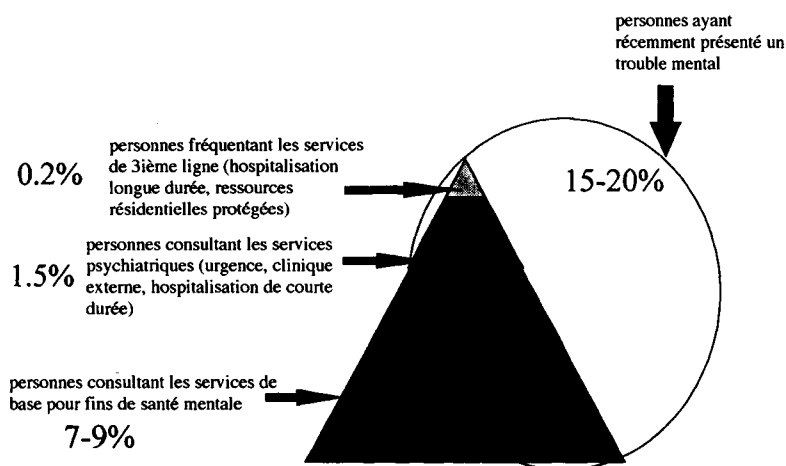
Le caractère exploratoire de l'étude et la taille de l'échantillon n'autorisent pas à fournir des chiffres sur les taux populationnels de besoins d'intervention. Le profil indique toutefois que la majorité des besoins identifiés dans l'échantillon relevait d'interventions psychothérapeutiques individuelles (counselling, thérapie interpersonnelle, cognitive, behaviorale), et moins fréquemment de thérapie de soutien ou de groupe (comme les AA). La médication était parfois indiquée. L'intervention en milieu protégé était très rarement suggérée.

Un modèle épidémiologique du rapport entre les troubles mentaux et l'utilisation des services – La majorité donc des personnes affectées 1) ne consultent pas, 2) ont l'impression (en partie erronée) que leur situation va s'améliorer et 3) pourraient bénéficier d'une intervention psychothérapeutique parfois accompagnée de médication. Les personnes qui consultent s'adressent en majorité aux services de base. Inspirée des travaux de Goldberg et Huxley (1980), la figure 7 résume la situation. Il ne s'agit pas d'un graphique à l'échelle mais plutôt d'une illustration du rapport entre les services de base, les services psychiatriques, les services de réadaptation et les cas de désordre mental dans la population. Dans ce tableau, une partie des personnes qui consultent les services de base pour fins de santé mentale ne présentent pas nécessairement un trouble récent.

Pistes de réflexion en regard du virage ambulatoire

La perspective épidémiologique exposée jusqu'ici présente plusieurs limites. La principale interrogation porte sur la généralisation à la grandeur du Québec des résultats tirés d'études qui portent essentiellement sur la population de l'est de Montréal. Les comparaisons quant à la prévalence des troubles mentaux dans le Bas-Saint-Laurent et ailleurs dans les écrits confirment ces chiffres. L'ampleur du phénomène – près de 1 personne sur 5 souffre de trouble mental – ne doit pas faire de doute. Quant à l'utilisation des services spécialisés, les comparaisons internationales citées et la double source d'information confirment que

Figure 7



1 à 3% de la population fait appel aux services psychiatriques chaque année. Au Québec, il existe une variation entre les secteurs, non seulement en fonction des services disponibles, mais aussi de la demande. Les taux cités donnent une juste perspective pour des secteurs urbains comme le Grand Montréal, Québec et Sherbrooke; il faudrait d'autres études pour confirmer les chiffres exacts ailleurs au Québec.

Se pose aussi le problème de savoir dans quelle mesure les services psychiatriques répondent aux besoins des personnes qui les consultent, voire à ceux des personnes hospitalisées en longue durée. Au-delà de ces incertitudes, la perspective épidémiologique jette un éclairage sur les questions posées au départ et procure quelques pistes en ce qui concerne les services psychiatriques en contexte de virage ambulatoire.

Le rôle des services psychiatriques envisagé dans un système de soins – À ce stade de l'exposé, la question de savoir quel est le ou les meilleurs modèles d'organisation des services psychiatriques n'est pas abordée. Il s'agit plutôt de poser les jalons mis en relief au moyen de l'approche épidémiologique. En résumé, toute organisation fait partie d'un système. L'achalandage ou plutôt le rôle des services psychiatriques dépendra de leur réponse non seulement à l'interface entre la première et la deuxième ligne, mais aussi à la jonction des services psychiatriques et des services de réadaptation.

Un constat s'impose d'abord sur la disproportion entre le taux élevé de troubles mentaux dans la population, à savoir 15 à 20%, et le

nombre réduit de personnes reçues dans les services psychiatriques, en l'occurrence de 1 à 3%, ici ou ailleurs. À moins d'imaginer une augmentation sans précédent des ressources, les services spécialisés ne pourront pas soigner l'ensemble des personnes atteintes ni celles qui désirent être soignées. Dans l'état actuel de leurs moyens, les services psychiatriques ne peuvent pas envisager de mieux répondre ni à la demande de la population ni à celle des patients déjà sous leurs soins, à moins de s'interroger sur leurs interactions. Autrement dit, quels sont les rapports des services psychiatriques avec les services de première et de troisième ligne, avec les ressources communautaires, mais aussi les rapports internes entre leurs composantes respectives? Qui doit-on traiter? Quelles interventions et programmes peuvent uniquement provenir des services spécialisés? Ou encore, être uniquement rattachés aux services de première ligne? Autant de questions indispensables à cette redéfinition.

Le rapport avec les services de réadaptation – Les études énumérées ici décrivent peu les caractéristiques et la trajectoire des personnes hospitalisées à long terme ou des personnes desservies par les services de réadaptation. Seules des études évaluatives concentrées sur ces populations permettraient de mieux cerner leur cheminement et leurs besoins. Le nombre de ces personnes est de 600 à 800 dans le secteur de Louis-H.-Lafontaine, soit environ 0,2% de la population attribuée. Il s'agit d'un petit nombre de personnes parmi celles qui souffrent de troubles mentaux dans la population; ce petit groupe requiert, en outre, des investissements lourds liés à l'hospitalisation ou à la ressource résidentielle protégée qui s'avèrent très coûteuses par rapport à d'autres types de services (Rocheffort, 1992).

La problématique concernant le nombre de lits requis au niveau de la deuxième ligne en psychiatrie (lits parfois dits de *courte durée*) est en partie alimentée par le fait qu'un petit nombre de patients occupe ces lits depuis une longue période. Une gamme de ressources résidentielles protégées leur est nécessaire: places en centre hospitalier à vocation psychiatrique, foyers de groupe, appartements supervisés, et autres; autant de ressources que les services psychiatriques ont considéré de troisième ligne (Coupal, 1989). Or, les services de troisième ligne sont contraints à des réductions importantes de places dans les centres hospitaliers à vocation psychiatrique (Régie Régionale de Montréal-Centre, 1995). Bref, les services de *troisième ligne* ne pourront pas répondre aux besoins des personnes hospitalisées à long terme en services de *deuxième ligne*, à moins – comme en témoigne le point de vue systémique – d'une concertation entre les lignes de services ainsi qu'avec

les ressources communautaires, et d'une vision commune des soins pour personnes atteintes de troubles plus graves et persistants.

On peut aller jusqu'à s'interroger sur la séparation des services de deuxième et de troisième ligne. Dans plusieurs pays européens, les soins spécialisés sont organisés sur une base de secteur sans distinction entre fonctions de deuxième et de troisième ligne, car la priorité est accordée aux personnes atteintes de troubles graves et persistants. Les écrits font valoir les avantages de l'organisation en secteurs sur le plan de la planification et sur le registre des soins aux personnes sévèrement touchées (Strahdee et Thornicroft, 1992). En matière de soins, des avantages tels que la continuité, la coordination, l'intégration et la responsabilité ont été notés dès la mise en place du système de sectorisation en France. Ces principes et ces qualités, considérés essentiels à la réponse aux besoins des personnes atteintes de troubles graves et persistants (Bachrach, 1992), n'ont jamais été remis en question. Dans les secteurs modèles, la priorité accordée à ces personnes s'est conjuguée au développement de divers instruments: suivi communautaire intensif, par exemple, maillage créatif entre les ressources et les organismes communautaires, alliances entre les secteurs (Deci et al., 1995). Au niveau des services spécialisés, ces modèles opèrent avec un nombre de plus en plus réduit de lits de courte et de longue durée. Si les services spécialisés du Québec offraient une plus grande priorité aux personnes souffrant de troubles mentaux graves, qu'advierait-il de leur réponse aux besoins des autres personnes atteintes de troubles mentaux dans la population générale?

Le rapport avec les services de base – Les services psychiatriques touchent avant tout les personnes qui souffrent de troubles psychotiques, en l'occurrence, graves et probablement persistants. En ce sens, ils jouent le rôle auquel on s'attendrait des services de deuxième ligne: offrir des soins aux personnes affectées de troubles qui exigent des traitements spécialisés et complexes, lesquels ne peuvent être dispensés par les services de base. Les résultats décrits jusqu'ici ne nous renseignent pas sur la pertinence des interventions offertes à ces personnes par les services spécialisés; ils ne montrent pas non plus si l'organisation des services est la plus performante possible. On peut donc se demander si le taux d'hospitalisation serait différent si on implantait des alternatives à l'hospitalisation. De fait, attendu la gravité des troubles de la clientèle des services psychiatriques, on peut douter que les services de base puissent aisément offrir ces alternatives.

Des services sont aussi offerts aux personnes affectées de troubles dépressifs, anxieux et autres, fort répandus dans la population géné-

rale. Chez ces personnes, les soins reçus proviennent en majorité des services de base. D'où plusieurs questions. Est-il indispensable que la prise en charge d'une clientèle atteinte de troubles non psychotiques soit faite par les services spécialisés? Les services spécialisés sont-ils les seuls à pouvoir offrir ces interventions? Ou encore, les services de base, publics ou privés, peuvent-ils prendre cette charge supplémentaire? Les médecins de famille réclament un accès rapide à la consultation auprès des services spécialisés, une formation adaptée à la réalité des services de base et, parfois, une prise en charge brève (Kates et al., 1995).

La création de cliniques spécialisées d'anxiété ou de dépression suggérée par des milieux universitaires pour répondre à leurs besoins d'enseignement ou de recherche (Borgeat, 1994), ne constitue nullement une réponse aux besoins de la population (Renaud et al., 1995). Ces cliniques ne pourraient répondre à une demande de cette ampleur. Au mieux, il faut les concevoir comme des lieux d'enseignement et de recherche, favorables notamment au développement d'approches thérapeutiques administrées par les services de base (Sorby et al., 1991), voire auto-administrées (Gould et Clum, 1993). On note aussi le potentiel du nursing psychiatrique communautaire pour procurer des thérapies de soutien et du counselling, et pour recevoir une formation en vue d'offrir des thérapies comportementales (Paykel et al., 1982; Paykel et Griffith, 1983).

Conclusion

Les services psychiatriques peuvent se voir comme les seuls à fournir des services en santé mentale. Mais il en va différemment, comme le montrent les résultats exposés. D'abord, l'analyse indique à la fois une prévalence importante de troubles mentaux dans la population, et une majorité de personnes affectées qui ne consultent pas; ensuite, les personnes qui consultent s'adressent le plus souvent aux services de base; et dans l'ensemble, les services offerts en psychiatrie représentent seulement une partie des services pour *fins de santé mentale* . En somme, vu leur nombre réduit par rapport à l'ampleur des besoins, et attendu leur fonctionnement actuel, les services spécialisés ne peuvent desservir toutes les personnes qui souffrent de troubles mentaux. Cela dit, un point de vue différent émerge quand on envisage les services psychiatriques dans un système global. Dans cette perspective, les services psychiatriques peuvent trouver des alliés en constatant ne pas être les seuls à offrir des soins et des services pour *fins de santé mentale* . Il importe donc de reconsidérer l'interface entre services spécialisés, ressources communautaires et services de base – tels médecins de famille, psychologues, CLSC, entraide. En développant une vision du

rôle des services psychiatriques dans leur ensemble, des gains importants peuvent être réalisés avec les services de base et les ressources communautaires. D'où l'émergence probable de nouvelles collaborations autour des personnes affligées de troubles mentaux.

RÉFÉRENCES

- BACHRACH, L.L., 1992, Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the care of long-term patients, *American Journal of Psychiatry*, 149, 1455-1463.
- BORGEAT, F., 1994, Quelques inconvénients de la psychiatrie de secteur: un plaidoyer contre la sectorisation, *Revue Canadienne de Psychiatrie*, 39, 85-90.
- BOYER, R., 1990, Sur l'épidémiologie des maladies mentales: mise à jour des données récentes, *Santé Mentale au Québec*, XV, 2, 73-88.
- COUPAL, M., 1989, *Projet d'évaluation des besoins des patients psychiatriques de longue durée séjournant en courte durée*, CRSSSRMM, secteur des services de santé mentale.
- DECI, P. A., SANTOS, A. B., HIOTT, D. W., SCHOENWALD, S., DIAS, J. K., 1995, Dissemination of assertive community treatment programs, *Psychiatric Services*, 46, 7, 676-683.
- DIRECTION RÉGIONALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU BAS-SAINT-LAURENT, 1995, La prévalence des troubles mentaux dans le Bas-Saint-Laurent, *Faits saillants de l'enquête santé mentale*, préparé par Gilles Légaré pour l'unité de santé publique de Rimouski.
- DOHRENWEND, B. P., LEVAV, I., SHROUT, P. E., et al, 1992, Socioeconomic status and psychiatric disorders: The Causation-Selection issue, *Science*, 255, 946-952.
- GOLDBERG, D., HUXLEY, P., 1980. *Mental Illness in the Community, The Pathway to Psychiatric Care*, Tavistock, London.
- GOULD, R. A., CLUM, G. A., 1993, A meta-analysis of self-help treatment approaches, *Clinical Psychology Review*, 13, 169-186.
- JARMAN, B., HIRSCH, S., 1992, Statistical models to predict district psychiatric morbidity, in *Measuring Mental Health Needs*, G. Thornicroft, C. R., Brewin, J. K. Wing, eds., London, Gaskell, 62-80.
- KATES, N., DAVINE, J., 1995, *Integrating Mental Health Services in Primary Care Settings*, Congrès de l'Association Psychiatrique Canadienne, Victoria, 21 septembre 1995.
- KESSLER, R. C., MCGONAGLE, K. A., ZHAO, S., NELSON, C. B., HUGHES, M., ESHLEMAN, S., et al, 1994, Lifetime and 12-month prevalence of DSM-

- III-R psychiatric disorders in the United States, *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- KOVESS, V., FOURNIER, L., 1990, The DISSA: an abridged self-administered version of the DIS, Approach by episode, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 179-186.
- KOVESS, V., BOISGUÉRIN, B., ANTOINE, D., REYNAULD, 1995, Has the sectorization of psychiatric services in France really been effective? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 3, 132-138.
- LESAGE, A., FOURNIER, L., CYR, M., TOUPIN, J., BREWIN, C., BEBBINGTON, P., 1994, *Une procédure d'évaluation des besoins d'intervention en santé mentale, Une étude de faisabilité, de fiabilité et de validité menée sur un échantillon représentatif de la population adulte de l'est de Montréal*, 14 juillet 1994, rapport final déposé au programme conjoint en santé mentale CQRS-FRSQ, ISBN 29802210-3-1.
- LESAGE, A., GOERING, P., LIN, E., 1996a, The role of general practitioners in the 'de facto' mental health system, A report from the Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey, *Canadian Family Physician*, sous presse.
- LESAGE, A., CLERC, D., URIBÉ, I., COURNOYER, J., FABIAN, J., TOURJMAN, V., VAN HAASTER, I., CHAN, C. H., 1996b, Estimating local-area needs for psychiatric care: a case study, *British Journal of Psychiatry*, sous presse.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE L'ONTARIO, 1994, *L'enquête sur la santé en Ontario, 1990, Supplément santé mentale*, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, ISBN 0-778-3404-9.
- PAYKEL, E. S., GRIFFITH, J. H., 1984, *Community Psychiatric Nursing for Neurotic Patients, The Springfield Controlled Trial*, The Royal College of Nursing of the United Kingdom, London.
- PAYKEL, E. S., MANGEN, S. P., GRIFFITH, J. H., BURNS, T. P., 1982, Community psychiatric nursing for neurotic patients: A controlled trial, *British Journal of Psychiatry*, 140, 573-81.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE, 1995, *L'organisation des services de santé et des services sociaux sur l'île de Montréal, L'atteinte d'un nouvel équilibre*. RRSSMC, 113 pages.
- REGIER, D. A., NARROW, W. E., RAE, D. S., MANDERSCHIED, R. W., LOCKE, B. Z., GOODWIN, F. K., 1993, The de facto US mental and addictive disorders service system: Epidemiologic Catchment Area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services, *Archives of General Psychiatry*, 50, 85-94.

- RENAUD, S., BOUCHARD, C., GUERTIN, M., 1995, Quelques avantages de la psychiatrie de secteur: plaidoyer pour un dispositif de soins riche et varié, *Santé Mentale au Québec*, XX 1, 261-268.
- ROBINS, L. N., REGIER, D. A., 1991, *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*, The Free Press, New York.
- ROCHFORT, D. A., 1992, More lessons, of a different kind: Canadian mental health policy in comparative perspective, *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 1083-1090.
- SANTÉ QUÉBEC, 1994, *Enquête sociale et de santé 1992-1993*, Faits saillants, Gouvernement du Québec.
- SHAPIRO, S., SKINNER, E. A., KRAMER, M., STEINWACHS, D. M., REGIER, D. A., 1985, Measuring need for mental health services in a general population, *Medical Care*, 23, 1033-1043.
- SORBY, N. G., REAVLEY, W., HUBER, J. W., 1991, Self help programme for anxiety in general practice: Controlled trial of an anxiety management booklet, *British Journal of General Practice*, 41, 417-420.
- STRAHDEE, G., THORNICROFT, G., 1992, Community sectors for needs-led mental health services, in *Measuring Mental Health Needs*, G. Thornicroft, C. R. Brewin, J. K. Wing, eds., London, Gaskell, 140-162.
- TEN HORN, G. H. M. M., GIEL, R., GULBINAT, W. H., et al, eds, 1986, *Psychiatric Case Registers in Public Health: a Worldwide Inventory, 1960-1985*, Amsterdam, Elsevier.
- WING, J. K., 1992, Epidemiologically-Based Mental Health Needs Assessments, *Review of Research on Psychiatric Disorders ICD-10, F2-F6*, Royal College of Psychiatrists, London.