

Article

« Le processus de désinstitutionnalisation aux États-Unis (deuxième partie) »

Yves Lecomte

Santé mentale au Québec, vol. 13, n° 2, 1988, p. 35-52.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/031456ar>

DOI: 10.7202/031456ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org

Le processus de désinstitutionnalisation aux États-Unis (deuxième partie)

Yves Lecomte*

Dans ce deuxième article, l'auteur analyse l'impact de la désinstitutionnalisation américaine sur les patients, leurs familles, les communautés et le système de soins (les centres hospitaliers, les hôpitaux généraux, les centres de santé mentale communautaire et l'entreprise résidentielle). Ensuite, il développe les différentes hypothèses formulées pour solutionner les problèmes créés par la désinstitutionnalisation. Ces hypothèses sont conformes au courant politique dominant des années 80 dans les services sociaux et de santé: l'intégration de ces services.

« ... Le mouvement a fait plus de bien que de tort. » (notre traduction) (Greenblatt et Norman, 1983, 131).

Après avoir exposé, dans un premier article, les quatre hypothèses sur les origines de la politique de désinstitutionnalisation aux États-Unis, et montré comment son processus s'est caractérisé par une série d'ajustements aux niveaux législatif, légal et fiscal, nous tenterons, dans ce deuxième article, d'en faire un bilan global et d'exposer les diverses avenues de solution aux problèmes rencontrés.

Désinstitutionnalisation et système de soins

L'analyse des relations entre la politique de désinstitutionnalisation et le système de soins se heurte à une difficulté de taille: aucun modèle n'existe à partir duquel nous pouvons structurer les données (Bachrach et Lamb, 1982). Aussi ne faut-il pas se surprendre de l'écart entre les jugements qui font état de la disgrâce et de la honte nationale (Talbot, 1979) ou de l'amélioration de la condition des malades mentaux par rapport à la période asilaire (Estroff, 1981). Cette analyse se révèle donc en grande partie

subjective. Afin de la rendre la plus significative possible, nous ne retiendrons que les données qui font l'unanimité des auteurs et nous n'analyserons que les effets globaux de cette politique sur les lieux qui sont en contact régulier avec les patients chroniques, clientèle prioritairement touchée par la politique de désinstitutionnalisation.

La définition de la désinstitutionnalisation que nous avons adoptée suscite quatre questions: la désinstitutionnalisation a-t-elle véritablement été appliquée? Quel est l'impact global de cette politique sur les lieux d'accueil dans la communauté? Y a-t-il eu humanisation des soins? Comment les lieux de soins ont-ils évolué par rapport à cette politique?

La politique de désinstitutionnalisation: un fait établi?

La dépopulation

Le taux d'occupation asilaire, qui a atteint son sommet en 1955, n'a cessé de diminuer par la suite, enregistrant une chute de 78.5 % en 30 ans, alors que le nombre des hôpitaux d'État était réduit de 322 à 275 entre 1955 et 1980 (Goldman et al., 1983).

Les lieux de résidence

En 1977, Goldman et al. (1983) répartissent les 1,700,000 patients chroniques selon le lieu de résidence: 900,000 vivent dans des institutions (750,000 dans les centres d'accueil et 150,000 en centres hospitaliers pour un séjour de plus d'un an), et 800,000 autres vivent dans la communauté: 650,000 résident dans diverses résidences et 150,000 séjournent à tour

* L'auteur, m.a., m.ps., est thérapeute au Centre de santé mentale, clinique externe de psychiatrie de l'Hôpital Saint-Luc. Il remercie madame Isabel Ferreira, messieurs Denis Maheu et Pierre Duchesneau de la bibliothèque de l'Hôpital Saint-Luc pour leur aide technique dans la réalisation de cet article.

de rôle à l'hôpital entre 3 et 12 mois. Des 650,000 patients résidant en permanence dans la communauté, les auteurs mentionnent, sur la base de données à valider, que de 300,000 à 400,000 vivent dans des chambres et pension (46 à 61 %); de 150,000 à 170,000 sont avec leur famille (23 % à 26 %); le dernier 13 % se répartissant dans les chambres d'hôtel ou tout simplement dans la rue. Selon Lamb (1981), une partie de ces 13 % sont des itinérants perpétuels ou occasionnels.

Lieux d'accueil dans la communauté

Impact sur la fourniture de services par les lieux de soins

Pour bien comprendre l'impact de la désinstitutionnalisation sur les lieux de traitement, il faut se rappeler que le système asilaire offrait en un même lieu tous les services requis par les patients. Bachrach (1976, 1981) a recensé au moins 21 fonctions à l'asile. Une fois sortis de l'asile, les patients doivent se déplacer en divers lieux pour recevoir des services auparavant disponibles en un lieu unique. La multiplicité de ces lieux (phénomène de la décentralisation) a les effets suivants sur l'individu.

• La fragmentation

Le système de soins devient fragmenté car les services sont dorénavant dispensés par une multitude de lieux institutionnels ou communautaires (par exemple, en 1983, 2,000 contrats de services sont signés avec divers établissements de soins dans l'État du Massachusetts), entraînant par le fait même une fragmentation des responsabilités (par exemple, Halpern et al. (1980) mentionnent qu'au niveau fédéral, 11 organismes gouvernementaux gèrent 135 programmes liés directement ou indirectement à la désinstitutionnalisation). À la longue, ces lieux se définissent eux-mêmes des mandats et objectifs en termes de territoires, d'objectifs, de ressources, de clientèle, etc., ce qui crée une duplication des services entre les divers établissements et entraîne des conflits et des luttes de pouvoir et d'intérêts pour l'obtention des fonds disponibles. Mais, ce qui est plus grave, il en résulte souvent une privation de services et une absence de responsabilité pour les patients dont le traitement offre le moins de gratifications: les patients chroniques. C'est le syndrome des patates chaudes (hot potatoes) que chacun veut éviter (Talbot, 1985).

• Les nouveaux syndromes

Cette fragmentation fait naître de nouveaux syndromes: tomber entre les mailles du système (Gruenberg et Archer, 1979) et le phénomène de la porte tournante.

Dans ce nouveau contexte, où l'obtention des soins implique la fréquentation d'établissements dispersés géographiquement, qui ne se sentent pas responsables des patients, quel sort est réservé aux malades lourdement handicapés? Souffrant d'incompétences sociales prononcées, ils sont incapables de rechercher l'aide nécessaire à leur fonctionnement social, de négocier avec les ressources et de soutenir la compétition avec les autres clientèles, moins handicapées, qui sollicitent aussi des services dans les mêmes lieux et qui offrent davantage de compensation au personnel soignant. Les patients lourdement handicapés n'ont pas accès aux services et ils sombrent dans les fissures du système.

Un autre syndrome fait alors son apparition: la porte tournante. Privés de soins et de soutien, laissés à eux-mêmes et à la charge de leur famille, ces patients ont besoin un jour ou l'autre de recourir à l'hôpital pour obtenir un répit et une réponse à leurs problèmes. Et c'est ainsi que débute le cercle vicieux des admissions-réadmissions (60 % des admissions sont des réadmissions: Talbot, 1985); cette solution n'offre pas de perspective valable car cet ultime recours médical, utilisé parfois contre le gré des intervenants, ne peut constituer une réponse satisfaisante à des problèmes de nature très souvent psychosociale.

• Le manque de coordination

La fragmentation s'accompagne d'une discontinuité ou d'un manque de coordination entre les lieux de soins.

Aux problèmes mentionnés précédemment, s'ajoute le fait que ces lieux ne peuvent élaborer un plan de traitement continu qui puisse s'ajuster à l'évolution des besoins de la clientèle. Ces établissements deviennent au contraire plus rigides, démarche qui s'oppose à la véritable continuité des soins décrite par Bachrach (1981), à savoir que le patient bénéficie tout au long de son cheminement d'un suivi durant lequel il reçoit des soins prescrits individuellement pour lui, et composés d'autant de services, d'intervenants et de lieux de traitement que son état l'exige, même si certains de ces services ne sont pas à proprement parler psychiatriques. Le patient peut aussi

se déplacer librement dans ce système en fonction de ses besoins, et sa mobilité ne sera limitée que par eux. L'environnement où se donnent les soins est chaleureux, familial et le patient a des relations interpersonnelles fréquentes avec les autres. L'accès rapide à ces sources de soins et la possibilité constante d'un thérapeute sont assurés au patient. Enfin, grâce à une communication entre les dispensateurs de services, entre les lieux de soins et avec les patients, toute information pertinente au traitement est accessible. Cette situation idéale décrite par Bachrach est l'inverse de ce que rencontrent habituellement les patients chroniques dans le système de soins.

• L'accumulation des services

En réponse aux difficultés est apparu un autre syndrome institutionnel, l'accumulation des services. Selon Gruenberg et Archer (1979), pour corriger les lacunes observées, les institutions ont tendance à ajouter sans cesse de nouveaux éléments de traitement. Au lieu de modifier le système en place, on colmate les brèches. Certes, chaque élément contribue au traitement, mais on ne peut indéfiniment transférer les responsabilités d'un lieu à un autre, d'une profession à une autre, sans accroître l'ignorance de la façon dont chacun aborde les problèmes des patients, et accroître la frustration de ces patients qui en résulte.

Conséquences pour les familles

Confrontés à des lieux de soins qui ne les desservent pas adéquatement, une proportion importante de patients chroniques est soutenue par leur famille. Les coûts psychologique et monétaire de ce soutien sont énormes pour ces dernières, d'autant plus que les familles sont souvent démunies face à ce qui leur arrive, situation parfois perçue comme une calamité. La vie quotidienne est perturbée de même que le rythme de la vie familiale, sociale et de couple; la liberté des familles se restreint au point où elles en viennent à rejeter le patient (Estroff, 1981). De son côté, le patient affronte un climat familial émotif ambivalent dans lequel souffrance et amertume côtoient colère et rejet (Doll, 1976). Scull (1985) attire l'attention sur le fait que les parents vivent un stress énorme car ils doivent tolérer les comportements imprévisibles de leur enfant, parfois menaçants ou violents, en plus de devoir supporter son isolement social, sa passivité et son besoin excessif de sommeil.

Conséquences pour la communauté

La communauté résiste à l'afflux de ces patients car elle craint les coûts élevés que lui occasionnerait un traitement dans la communauté, en termes par exemple de hausse de la criminalité (Baron, 1981).

Freedman et Moran (1984) estiment en effet que les crimes et les actes de violence ont augmenté chez les malades mentaux, entraînant l'accroissement du nombre de patients psychiatriques dans les prisons. Ainsi, en 1980, de 28,000 à 80,000 détenus des prisons fédérales seraient des malades mentaux de même que plusieurs dizaines de milliers d'autres des prisons d'État (Foley et Sharfstein, 1983). Deux facteurs expliqueraient cette augmentation: le nombre croissant de jeunes adultes chroniques, population plus susceptible de commettre des crimes ou des actes de violence à cause de leur vie marginale, et leur consommation de drogues et d'alcool; et l'augmentation du nombre de patients ayant des arrestations antérieures.

Face à cette résistance et même au refus par la communauté de leur fournir soutien, résidence et travail, les patients se concentrent dans des quartiers défavorisés pour y trouver un gîte, dans des lieux vétustes ou dans la rue (par exemple, la moitié des 60,000 sans-abri des rues de New York, Boston, Washington, Baltimore et Philadelphie souffrent de troubles mentaux: Foley et Sharfstein (1983).

Cette résistance est ancrée dans de forts préjugés: «c'est une honte de vivre ainsi; ils troublent notre tranquillité; ils font baisser la valeur de nos maisons; notre qualité de vie n'est plus pareille» entend-on.

L'humanisation des soins

Dans les années 60-70, les critiques de la politique de désinstitutionnalisation sont très sévères. Les institutions et les professionnels sont dénoncés parce qu'ils négligent de satisfaire les besoins des patients chroniques (Bachrach, 1976; Bassuk et Gerson, 1978; Bachrach et Lamb, 1982) et ont tendance à éviter les patients qui offrent moins de gratifications (Gruenberg et Archer, 1979) au profit de patients motivés, plus lucides (Halpern et al., 1980). En effet, les professionnels se sentent incapables de valoriser les besoins de dépendance de ces patients et sentent leur image professionnelle menacée par le manque de progrès de ces patients (Lamb, 1981).

Comme palliatif à l'absence de développement de programmes de traitement communautaire, ces professionnels ont recours à des doses massives de médicaments, courant le risque que cet usage abusif accentue à long terme les problèmes neurologiques et physiques du patient et l'isolement social qui l'accompagne. Selon Crane (1973), ces médicaments sont prescrits pour résoudre des problèmes sociaux dont l'échec de leur résolution entraîne une escalade du dosage et une polypharmacie (the technological fix: Scull, 1976, 86). En résumé, les patients chroniques se retrouvent au dernier rang dans l'ordre des priorités des programmes de soins.

La piètre qualité de vie de ces patients est également dénoncée. Selon Estroff (1981), ces patients vivent des conditions asilaires, sont socialement isolés, stigmatisés et chronicisés. Les arrière-salles des asiles sont remplacées par les ruelles arrière (back alleys) où la chronicité communautaire succède à celle de l'asile (Freedman et Moran, 1984; Norwind, 1982; Kirk et Therrien, 1975; Klerman, 1977). Les patients chroniques ne vivent pas dans la communauté: ils y survivent. Ils ne travaillent pas, reçoivent des prestations d'assistance sociale et n'exercent aucun contrôle sur leur milieu environnant. Pour un nombre important de patients âgés, les conséquences de leur déplacement sont plus dramatiques. C'est le «transfert trauma» (Castel et al., 1979); ce qui entraîne leur détérioration physique et psychologique et un taux de mortalité exceptionnellement élevé.

Les centres d'accueil, qui abritent beaucoup de ces patients, sont devenus des hôpitaux d'État non supervisés, où la qualité de vie est très détériorée. Les patients prennent des doses très élevées de neuroleptiques et deviennent apathiques, anhédoniques, et incapables de fonctionner. De jeunes adultes, mêlés à des vieillards, s'isolent à cause des difficultés de communication. Les conditions de vie sont même pires qu'à l'hôpital (Reich et Siegal, 1973; Chu et Trotter, 1974; Lamb et Goertzel, 1971).

Mais durant la décennie suivante, certains auteurs relativisent les jugements portés sur la désinstitutionnalisation. Greenblatt et Norman (1983) estiment que «ce mouvement a fait plus de bien que de tort». La désinstitutionnalisation a eu une influence positive sur la santé et le bien-être des patients bien qu'elle n'ait pas renversé les influences déshumanisantes qui avaient accompagné les soins institutionnels au cours des décennies précédentes. Klerman (1977) estime que cette politique a transformé un système basé sur

l'hospitalisation involontaire en un système basé sur le traitement volontaire.

Les lieux résidentiels si décriés sont évalués sous un autre jour. Lamb (1981), dans une étude des chambres et pension de Los Angeles, constate que les patients développent un mécanisme d'adaptation par décompression c'est-à-dire qu'ils y trouvent un asile qui les protège des pressions de la vie, un asile qui les supporte, les structure et les traite minimalement par la médication. Le patient y bénéficie d'une grande marge de liberté. Lamb estime également que le style de vie passif, et même la réclusion vécue parfois par le patient dans ces lieux non stressants, semblent présenter le niveau de fonctionnement maximal qu'il peut soutenir sans décompenser. Il ajoute: «Considérant les fonds disponibles, ces lieux ne sont pas en général si mauvais, car ils ne représentent pas une menace à la vie, ni une négligence physique ou autres grossiers abus.» (notre traduction) (Lamb, 1984, 63).

De fait, les auteurs reprennent conscience du fait que les patients chroniques ne sont pas un nouveau problème ni un produit de la désinstitutionnalisation. Si cette politique est responsable vis-à-vis d'eux, c'est de les avoir rendus plus visibles, alors qu'il était facile auparavant de les garder hors de la vue des gens, à l'époque où la plupart résidaient dans les institutions. Les observateurs prennent aussi conscience de ce que les patients les plus visibles ne constituent pas nécessairement les expériences les plus typiques de cette politique. Il est possible qu'une majorité substantielle d'entre eux aient réussi leur réinsertion sociale et qu'ils passent inaperçus aux yeux du public. Donc, certains auteurs relativisent les évaluations des années 70, témoignant en cela d'un nouveau réalisme et d'un changement de valeurs propre aux années 80.

L'évolution des lieux de soins

Devant les bouleversements majeurs du milieu de la santé mentale survenus au cours des 25 dernières années, quel portrait global pouvons-nous tracer de ces transformations?

Les actes de soins

L'analyse des statistiques démontre un accroissement général des actes de traitement psychiatrique et un changement dans la proportion des actes en cure ambulatoire et en cure hospitalière. Aussi,

le taux des actes de cure hospitalière a légèrement augmenté (68 %) alors que celui de cure ambulatoire a augmenté de 1,200 pour cent (cf. tableau 1).

L'augmentation importante des actes ambulatoires dans les cliniques externes de psychiatrie et les Centres de santé mentale communautaire qui a pu être observée permet-elle de conclure que les patients désinstitutionnalisés sont maintenant traités dans ces nouveaux lieux de soins? En dépit de l'opinion généralisée selon laquelle les soins ambulatoires pour les patients désinstitutionnalisés auraient remplacé sur une vaste échelle les soins hospitaliers, et que les soins hospitaliers seraient administrés à ces patients presque toujours dans des lieux moins institutionnels que les hôpitaux d'État (Borus, 1981), Goldman et al. (1983) nous mettent en garde contre cette réponse.

Selon eux, les données statistiques ne permettent pas de conclure qu'il y a eu transfert des clientèles désinstitutionnalisées vers de nouveaux lieux de traitement. Au contraire, ce sont de nouveaux patients, et non les patients désinstitutionnalisés, qui utilisent les services offerts par ces lieux, absents avant 1963. En effet, ces auteurs ont découvert que la plupart des patients suivis en cure ambulatoire n'ont pas connu d'hospitalisations antérieures et n'ont donc pu être transférés de l'asile vers de nouveaux lieux de soins. On ne détient aucune preuve statistique que les patients chroniques soient dorénavant davantage traités en cure ambulatoire qu'en cure hospitalière.

Aussi, il n'y a aucune donnée statistique appuyant l'hypothèse à l'effet que les hôpitaux généraux dotés d'unités de soins psychiatriques soient utilisés par la majorité des anciens patients asilaires, même si le nombre de lits et le nombre d'admission de ces hôpitaux ont augmenté durant la même période (toutefois, il est reconnu que les hôpitaux généraux, surtout publics, traitent une portion de la clientèle chronique).

Les auteurs concluent plutôt que le rôle relatif joué par les hôpitaux d'État dans le système de soins a sensiblement diminué, mais que ces hôpitaux continuent de remplir la même fonction qu'auparavant, bien que de façon différente. Ainsi, en 1977, ces institutions ont dispensé 64 % des journées d'hospitalisation en soins psychiatriques, et le nombre d'actes hospitaliers psychiatriques de ces institutions a augmenté même si un nombre inférieur de patients sont traités à long terme. Donc, les données statistiques ne confirment pas l'hypothèse d'un changement de lieux de soins pour les patients chroniques. En fait, les patients chroniques qui vivent dans la communauté continuent d'utiliser les ressources psychiatriques hospitalières du secteur privé et public mais leur durée d'hospitalisation a diminué et l'usage de services ambulatoires s'est accru. Il semble que la seule population pour laquelle on puisse prouver par des statistiques l'existence d'un réel transfert de lieux de soins soit celle des personnes âgées. Entre 1969 et 1973, la population des personnes âgées de 65 ans

TABLEAU 1

Actes de soins selon les lieux de dispensateurs¹

	1955	1975
Actes hospitaliers	1,309,000 (77%)	1,920,000 (30%)
Hôpitaux d'État et de comté	833,000 (49%)	576,000 (9%)
Hôpitaux des vétérans	085,000 (5%)	192,000 (3%)
Hôpitaux psychiatriques privés	119,000 (7%)	192,000 (3%)
Unité de soins psychiatriques des hôpitaux généraux	272,000 (16%)	576,000 (9%)
Centres de santé mentale communautaire ²	—	384,000 (6%)
Actes ambulatoires	391,000 (23%)	4,480,000 (70%)
Centres de santé mentale communautaire	—	1,472,000 (23%)
Cliniques externes de psychiatrie	391,000 (23%)	3,008,000 (47%)
Total des actes de soins	1,700,000 (100%)	6,400,000 (100%)

1. Adapté de Talbott (1985)

2. Ces Centres n'existaient pas en 1955.

affectée de troubles mentaux a augmenté de 100 % dans les centres d'accueil et a décliné de 30 à 40 % dans les hôpitaux psychiatriques.

Les dépenses selon les lieux de soins

L'analyse des données démontre que le budget global de santé mentale s'est accru de 220 % en 10 ans.

Les dépenses pour les soins en milieu hospitalier (c'est-à-dire les soins dispensés par les hôpitaux d'État et de comté, les unités de soins des hôpitaux généraux et des Centres de santé mentale) ont augmenté de 100 % durant cette décennie; les budgets dévolus aux actes ambulatoires dispensés par ces mêmes trois lieux de soins se sont aussi accrus substantiellement (450 %), alors que pour les soins dans des lieux de longue durée, l'augmentation est de 368 % (cf. tableau 2).

La répartition proportionnelle des dépenses par rapport au budget global dévolu à la santé mentale s'étale comme suit: les soins en milieu hospitalier reçoivent 25 % des dépenses en 1980 contre 40 % en 1971; les soins ambulatoires reçoivent une proportion de 18 % soit 5 % de plus qu'en 1971; et les lieux de soins de longue durée voient leur part augmenter de 4 % (de 28 à 32 %). Donc, les budgets alloués aux soins en milieu résidentiel (hôpitaux, centres d'accueil, etc.) reçoivent en 1980, 57 % des sommes dépensées en santé mentale soit une baisse de 11 % par rapport à 1971 (68 %).

Même si leur poids proportionnel combiné dans le budget global a baissé de 11 %, les hôpitaux et les ressources de transinstitutionnalisation (centres

d'accueil, etc.) ont tout de même connu une augmentation substantielle de leur budget, ce qui fait dire à certains analystes que « le dollar n'a pas suivi le patient » (Freedman et Moran, 1983; Stein et Ganser, 1983).

L'évolution des lieux de soins

• Les hôpitaux d'État et de comté

Au cours des ans, le rôle de ces institutions s'est modifié. Celles-ci ont connu une baisse drastique de leur clientèle et une baisse de leurs actes de soins entre 1955 et 1975 (de 833,000 à 576,000) tout en conservant un taux stable de soins hospitaliers par 100,000 habitants (entre 800 et 850). Elles fournissent moins de traitements de longue durée et davantage de courte durée.

Cette réduction des actes hospitaliers a-t-elle entraîné une baisse de leur budget? A-t-elle réduit la proportion des dépenses qui leur sont allouées comparativement aux autres lieux de soins? Malgré la politique de désinstitutionnalisation, les hôpitaux d'État et de comté ont connu un accroissement substantiel de leur budget qui, de \$1,5 milliard en 1965, est passé à \$4,3 milliard en 1975 (187 % d'augmentation) (Clarke, 1979). En 1977, leur budget représentait 2,7 % du budget global des États. Comparativement aux autres lieux de soins, ces hôpitaux voient leur part des dépenses, pour l'ensemble des services de santé mentale structurés (hôpitaux, lieux de soins de longue durée et ambulatoires), diminuer seulement de 65 % à 41 % entre 1969 et 1979 (Manderscheid et al., 1984).

TABLEAU 2

Les dépenses en santé mentale en 1971 et en 1980¹

	1971	1980
Les soins en milieu hospitalier	3,810,400,00 (40 %)	7,635,000,000 (25 %)
Les soins dans les lieux de longue durée	2,667,280,000 (28 %)	9,772,800,000 (32 %)
Les soins ambulatoires	1,238,380,000 (13 %)	5,497,200,000 (18 %)
Médicaments	571,560,000 (6 %)	1,221,600,000 (4 %)
Médecins	1,238,380,000 (13 %)	5,497,200,000 (18 %)
Dentistes et autres Professionnels	95,260,000 (1 %)	305,400,000 (1 %)
Autres	—	305,400,000 (1 %)
Total	9,526,000,000 (100 %)	30,540,000,000 (100 %)

1. Adapté de Talbott (1985).

Étant donné cet accroissement considérable de leurs budgets, les conditions de traitement de ces institutions se sont-elles améliorées? Okin (1983) répond en traçant un portrait très sombre de la situation. La plupart des asiles sont vétustes et inhospitaliers, et les nouvelles structures reproduisent les conditions asilaires, avec l'aménagement de vastes salles stériles qui ne laissent aucune place à l'individualisation et qui incitent à la passivité. Les programmes de réadaptation sont rares de même que le personnel qualifié. De plus, les énormes problèmes fiscaux que connaissent ces institutions en dépit de leurs budgets considérables rendent l'engagement du personnel difficile, et les contraintes bureaucratiques paralysent tout changement. Selon Garant (1985), les patients hospitalisés sont soumis à de mauvais traitements et les institutions reproduisent le phénomène de l'institutionnalisation.

• Les hôpitaux généraux

De 1946 à 1978, le nombre d'hôpitaux généraux possédant un département de psychiatrie a augmenté de 160 à 925 (173 dans le secteur public et 752 dans le secteur privé: Bachrach, 1985) (s'ajoutent à ces départements 136 autres faisant partie des centres médicaux pour vétérans: Manderscheid et al., 1984). Le rôle de ces hôpitaux s'est aussi modifié au cours des années, comme le démontrent les statistiques du tableau 1. Leur rôle s'est en fait accru à mesure que celui des hôpitaux d'État se réduisait. Il en est de même pour le nombre de lits et le recensement quotidien de patients. Tandis que le nombre de lits des hôpitaux d'État baissait de 39 % entre 1971 et 1975, il augmentait de 23 % dans les hôpitaux généraux, et la moyenne quotidienne de la population était réduite de 41 % dans les hôpitaux d'État et s'accroissait de 22 % dans les hôpitaux généraux.

Selon Bachrach (1985), les hôpitaux généraux sont devenus l'élément stabilisateur des disjonctions du système causées par la politique de désinstitutionnalisation en devenant souvent, par leurs services d'urgence et leurs unités de soins, le seul lieu de soins des patients chroniques. Toutefois, la proportion des patients psychiatriques des hôpitaux généraux considérés comme des patients chroniques est inconnue (Freedman et Moran, 1984).

Cette nouvelle fonction n'est pas sans engendrer de nouveaux problèmes:

— lieu de soins aigus, l'hôpital général doit absorber des patients chroniques, et assumer des fonc-

tions asilaires pour lesquelles il n'est pas préparé: soutien, hébergement, loisir, traitement et réadaptation.

— on assiste à une « chronicisation de la psychiatrie » dans l'hôpital général et même à une détérioration des soins, en plus du débordement des urgences où le traitement des patients en vertu d'une ordonnance de cour crée d'énormes problèmes.

— l'hôpital général doit aussi offrir un gîte aux personnes âgées, ce qui empêche la rotation des lits prévus pour des soins de courte durée.

Face à ces problèmes, les hôpitaux généraux sont divisés quant à leur responsabilité à l'égard des patients chroniques: certains l'acceptent et d'autres hésitent, en particulier les hôpitaux généraux publics, qui sont conscients qu'avec des ressources moindres que les hôpitaux généraux privés, ils traitent plus de cas de personnes lourdement handicapées.

• Les Centres de santé mentale communautaire

Créés de toutes pièces en 1963 afin de devenir la pierre angulaire du nouveau système en santé mentale et de mettre en œuvre la politique de désinstitutionnalisation, que sont devenus les Centres de santé mentale communautaire depuis lors?

En 1977, 675 Centres sont recensés, parmi lesquels 590 Centres sont en opération et 85 autres en voie de développement. Ces Centres, situés à 57 % dans un secteur socio-économique défavorisé, desservent 93 millions d'habitants (43 % de la population américaine). En 1974, ces Centres disposent d'un budget global de \$776 millions, ce qui représente 4,2 % du budget de \$14,5 milliards consacré à la santé mentale, alors que les sommes allouées aux centres d'accueil et aux hôpitaux d'État, représentent respectivement 29,3 % et 22,8 % du budget total. Les deux tiers du budget de ces Centres proviennent de sources gouvernementales (dont 30 % du fédéral et 29 % des États) et l'autre tiers provient de divers autres modes de paiement.

Le mode d'organisation des Centres est très variable: certains consistent en un simple regroupement des services qui existaient avant la création des Centres alors que d'autres sont des organismes indépendants (facilities freestanding) offrant une gamme complète de services sous une administration centrale. Ainsi, 19 % des Centres sont placés sous l'autorité de l'hôpital général; 3 % relèvent des hôpitaux d'État; 2 %, des hôpitaux psychiatriques privés; 64 % sont affiliés mais ne sont pas placés sous l'autorité

de l'hôpital et 12 % sont autonomes et ne possèdent aucune affiliation.

Ce contexte global tracé, qu'en est-il des relations entre la politique de désinstitutionnalisation et les Centres de santé mentale?

Au début des années 70, les critiques des Centres furent très virulentes, à la mesure des aspirations élevées qu'ils avaient suscitées dans les années 60. Le meilleur exemple est le rapport Nader (Chu et Trotter, 1974) qui est intransigeant lorsqu'il affirme que les objectifs de départ n'ont pas été réalisés.

« ... les Centres de santé mentale communautaire n'ont pas atteint leurs principaux objectifs; ils n'ont pas remplacé les hôpitaux d'État; ils ne sont habituellement pas accessibles ... Ils ont perpétué le système de soins divisé en deux classes (riche et pauvre) par l'exclusion des patients pauvres aussi bien que les patients qui ont les problèmes les plus graves ... et les centres ne sont pas tenus responsables envers le N.I.M.H., continuant ainsi de recevoir des fonds du N.I.M.H., qu'ils atteignent ou non ses objectifs. » (Chu et Trotter, 1974, 1975)

Le G.A.O. (1977) ajoute:

« En général, le programme du Centre de santé mentale s'est développé à part du système hospitalier public. Plusieurs Centres de santé mentale n'ont pas envisagé la réduction de l'utilisation des hôpitaux psychiatriques d'État comme un objectif prioritaire et, dès lors, n'ont pas consacré beaucoup d'efforts à cet objectif. Le manque de lien officiel entre les Centres de santé mentale communautaire et les hôpitaux psychiatriques publics fragmente les responsabilités envers les malades mentaux qui ont reçu leur congé des hôpitaux psychiatriques. Ce manque de liens a aussi ralenti la réalisation de deux des objectifs des Centres de santé mentale communautaire: réduire l'utilisation des hôpitaux psychiatriques et fournir un système de soins coordonné aux malades mentaux. » (G.A.O., 1977, 72).

Mais, en 1978, the President's Commission on Mental Health émet un jugement plus nuancé, confirmé cinq ans plus tard par Dowell et Ciarlo (1983)¹.

Les Centres ont amélioré la qualité de leurs services et accru la quantité de soins ambulatoires et hospitaliers administrés aux patients chroniques dans la communauté, et ils offrent 12 programmes obligatoires. Depuis 1975, une foule d'autres services

communautaires se sont ajoutés.

Toutefois, la satisfaction des besoins des patients chroniques par les Centres demeure problématique. La qualité des services destinés à cette clientèle s'est certes améliorée au cours des ans (grâce entre autres aux mesures législatives), mais son rythme n'a pas suivi celui du développement des services destinés aux autres clientèles des Centres.

De plus, aucune étude ne permet de conclure que les programmes des Centres ont réussi à réduire les admissions dans les hôpitaux d'État. Les données démontrent plutôt que les Centres auraient pu davantage développer des alternatives communautaires en faveur des malades mentaux chroniques. Comme les Centres n'ont pas suffisamment pris en charge les soins destinés aux plus handicapés, ou aux personnes en attente d'hospitalisation, les services aux patients désinstitutionnalisés se sont fragmentés et sont devenus inadéquats.

Les Centres ont partiellement réussi à coordonner les services de santé mentale offerts dans leur secteur aux patients chroniques et le suivi des patients provenant des hôpitaux d'État. Toutefois, les hôpitaux et les Centres n'ont pas suffisamment coordonné leurs actions et se sont plutôt développés indépendamment les uns des autres. (en 1974, 3 % des nouvelles références aux Centres originent des hôpitaux d'État: Musto, 1983). Les incitations à la collaboration sont peu importantes et aucune planification commune n'existe pour le traitement des patients chroniques.

Malgré ces succès ou ces échecs relatifs, la Commission estime que les Centres ont substantiellement contribué au développement des services de santé mentale communautaire, et que ces programmes ont créé des services importants et utiles qui n'auraient pas existé autrement. Selon Foley et Sharfstein (1983), les Centres ont accru l'accessibilité aux services de santé mentale, ont généré des fonds additionnels pour les programmes communautaires et ont fourni une alternative aux lieux de soins hospitaliers.

• L'entreprise résidentielle

Une des conséquences importantes de la politique de désinstitutionnalisation est la croissance phénoménale des résidences à but lucratif (centres d'accueil et chambres et pension) dont la vocation est d'accueillir dans la communauté les patients asilaires.

a) Les centres d'accueil

Au milieu des années 70, les centres d'accueil sont les lieux de soins qui hébergent le plus de malades mentaux (750,000 selon Goldman et al., 1981). Au nombre de 17,000, dotés d'une capacité d'accueil de plus de 1,300,000 résidents, ils absorbent \$4,3 milliards ou 29,3 % des coûts de santé directs en santé mentale en 1974.

Leur importance est devenue si grande qu'ils constituent la pièce maîtresse de la politique de désinstitutionnalisation des institutions hospitalières (Shadish et Bootzin, 1981), politique nommée la transinstitutionnalisation.

Shadish et Bootzin (1981) expliquent cette croissance phénoménale comme suit. Autrefois, les asiles remplissaient d'importantes fonctions sociales qui correspondaient à des besoins réels (Bachrach, 1976). Or, lorsque la politique de désinstitutionnalisation a été implantée, ces patients ont fait face à un vacuum, entre autres d'ordre résidentiel, et des clameurs se sont fait entendre pour que soient recréés de nouvelles institutions et des programmes d'hébergement destinés aux patients de ces institutions. Le secteur des centres d'accueil a saisi cette occasion et a répondu favorablement à cette demande. Ce mouvement de création de ces résidences a prospéré car elles pouvaient remplir les fonctions asilaires antérieures en offrant des conditions similaires et même supérieures à celles des autres alternatives, à l'asile, et à un coût moindre. D'autres motifs socio-politiques expliquent aussi cette croissance. Le développement de ces centres d'accueil est conforme aux valeurs américaines, à savoir : la recherche de profits à tout prix par le secteur privé; le besoin de protéger la sensibilité de la classe moyenne à l'égard de la maladie mentale en logeant les patients psychiatriques dans des secteurs défavorisés plutôt que dans son environnement; la confiance dans le savoir médical des professionnels pour assurer les soins, et la croyance que les individus sont seuls responsables de leurs problèmes.

Constatant que le secteur des centres d'accueil souhaitait offrir des services à faible coût et se conformait aux valeurs de la population, les autorités politiques jugèrent qu'il était la solution la plus pragmatique et la plus économique aux besoins d'hébergement des patients désinstitutionnalisés. Une politique fiscale incitant à placer les patients dans ces lieux fut alors élaborée par le biais des programmes Medicare et Medicaid. Le Medicaid a

fourni \$456,275,891 en 1982 pour les soins résidentiels (34 % de ces dépenses vont aux malades mentaux chroniques). En 1973, dans 32 États, 47,9 % des résidents des centres d'accueil spécialisés² reçoivent des prestations du Medicaid pour défrayer leurs coûts de résidences et 52,1 % des résidents des centres d'accueil intermédiaires également (Vladeck, 1980).

La transinstitutionnalisation a donné lieu à un virulent débat entre les partisans et les opposants de cette opération. Les tenants de cette politique justifient leur position par le fait que les centres d'accueil ont une population ignorée par les Centres de santé mentale; qu'ils peuvent fournir des services de soins à un coût moindre que les hôpitaux psychiatriques; qu'ils offrent une atmosphère familiale, à proximité de la famille et permettent aux patients d'être en relation avec la communauté; et que les patients sont moins stigmatisés dans ces lieux. Les opposants soutiennent au contraire que ces lieux sont des arrières-salles situées dans la communauté; que le personnel est inexpérimenté et manque de formation; que les résidents sont dépourvus d'activités de réadaptation et de loisirs; qu'il y a abus des patients; que la rotation du personnel est élevée et qu'il est sous-payé; et que les lieux physiques sont inadéquats de même que les soins médicaux. De nombreux cas de négligence qui ont mené à des sévices et au décès de résidents ont en outre été dénoncés: les piètres conditions sanitaires; les cas de malnutrition et la qualité de nourriture inadéquate; le manque de protection contre les incendies; le manque de soins dentaire et oculaire; le manque de services sociaux; le contrôle inadéquat des médicaments et la surmédication des patients.

Parmi les causes de cette situation figurent le désir de faire des profits à tout prix; la spéculation immobilière; la fraude, les abus, le détournement de fonds des patients en curatelle; l'extorsion des familles; les vols des patients par des employés et par les propriétaires. Les sommes ainsi détournées totaliseraient des milliards dont la moitié proviendrait des fonds publics. C'est pourquoi Vladeck (1980) a intitulé son livre *Unloving Care. The Nursing Home Tragedy*.

Le secteur des centres d'accueil évolue actuellement vers la construction d'unités plus grandes, plus facilement capitalisables à cause des coûts substantiels d'investissement en capital qu'ils nécessitent (ils sont même cotés à la bourse de New York). Scull (1981) met les autorités en garde contre cette situa-

tion de libre marché car de nombreux scandales éclatent périodiquement, révélant les conditions des patients et des rapports politiques entre ce secteur et les élus municipaux. Les profits de cette industrie étant inversement proportionnels aux dépenses, le danger d'une exploitation de la clientèle est d'autant plus présent qu'il existe un laxisme dans la surveillance des critères d'opération édictés par les États, que la clientèle est impuissante à se protéger et est très vulnérable aux moindres stress et changements dans ces institutions (Scull, 1981).

b) Les chambres et pension

Le nombre de patients désinstitutionnalisés a tellement augmenté au cours des ans que les centres d'accueil n'ont pu les absorber (Scull, 1981). Les patients ont alors débordé dans des lieux moins salubres tels les chambres et pension, les hôtels de bien-être, etc. Par exemple, dans la ville de Philadelphie, 15,000 ex-patients logent dans 1,500 chambres et pension de la ville. Ces chambres et pension sont aussi devenues une activité très lucrative. Comme dans le cas des centres d'accueil des scandales éclatent régulièrement; par exemple, dans l'État de New York, il y a eu collusion entre l'establishment politique et l'industrie des chambres et pension. Ces collusions ainsi que des mauvaises conditions de logement offertes par ce secteur sont facilitées par le silence des autorités politiques, qui semblent dépassées par l'ampleur du phénomène de la désinstitutionnalisation (l'État du Missouri compte 755 chambres et pension sans permis qui hébergent en 1976, 10,000 patients). Elles préfèrent tout simplement, comme le Maryland ou l'Oregon, oublier l'existence de ces chambres et pension afin de ne pas avoir à les réglementer.

Ce secteur a aussi connu une transformation importante sous l'impact de la sortie massive de patients des asiles. Par exemple, dans la région de Los Angeles, les soins résidentiels dans la communauté étaient auparavant assurés par de petites familles d'accueil, entreprises économiques marginales qui apportaient un revenu d'appoint à leurs propriétaires. Vers la fin des années 60, une nouvelle forme institutionnelle émerge: les chambres et pension se multiplient de manière à absorber la masse de patients sortant des hôpitaux psychiatriques. Après quelques années, ces nouvelles chambres et pension deviennent la force dominante dans le système de soins résidentiels, en offrant plus de 81 % des lits,

et en étant devenues des entreprises économiquement très importantes (Emerson et al., 1981).

En conclusion, les lieux de soins se sont transformés à cause du mouvement de désinstitutionnalisation, mais la répartition des ressources monétaires n'a guère suivi cette évolution, comme l'indique le tableau 2.

L'intégration des services sociaux et de santé

Depuis le début des années 70, une nouvelle politique de gestion a émergé en réponse au chaos du système ou l'absence de système actuel, pourtant qualifié « the best in the world for the few and the worst for the many » (Talbot, 1983, 107). Nommée Intégration des services sociaux et de santé, cette politique a connu son aboutissement avec l'adoption du Omnibus Budget Reconciliation Act de 1981 (comme nous l'avons vu dans le premier article).

Les fondements de cette politique

Cette politique s'appuie sur le postulat suivant: les liens organisationnels se créent à cause des besoins de changement, de survie et de croissance des organismes dont les caractéristiques déterminent la dynamique des liens (Ten Hoor, 1982).

Ainsi, les organismes développent des liens entre eux si leurs objectifs et leur dimension sont semblables, s'ils ont connu des expériences antérieures positives, et si la hiérarchie supérieure y est favorable. Mais si les organismes possèdent de nombreuses ressources et exercent un contrôle strict sur elles, des relations avec les organismes aux caractéristiques inverses ont moins de chances de se développer. De plus, si le nombre d'organismes établis dans l'environnement ambiant est élevé, le nombre de règlements s'accroît et, au-delà d'un certain seuil, empêche la coordination. Enfin la possibilité de coordination est moins grande si l'environnement dans lequel baignent les organismes est complexe et en constante mouvance, ou stagnant.

Pour que les liens entre les organismes deviennent satisfaisants, leur création doit être graduelle, négociée et non imposée. Par la suite, leur force dépend de la réciprocité, de la coopération, de la rétroaction, de la mutualité des avantages, et de la reconnaissance du besoin d'interdépendance des organismes dans ce réseau. Enfin, la standardisa-

tion doit être dosée car si elle est faible, aucune coordination ne sera possible alors qu'une standardisation trop poussée conduit à une grande réglementation et à la coercition.

Sur la base de ces postulats, le mouvement vers l'intégration tente de rationaliser et de gérer la gamme complète de programmes fédéraux des services sociaux et de santé offerts sous le couvert du Department of Health and Human Services. Comme l'énumération des caractéristiques précédentes le laisse entrevoir, il ne s'agit pas d'une mince tâche.

Les modalités de l'intégration des services

Les modèles de gestion au niveau des comtés et des secteurs

Sous l'égide du département des services sociaux et de santé du gouvernement fédéral, le mouvement vers l'intégration dispose de deux modèles de gestion de services intégrés au niveau des comtés ou des secteurs : un organisme central de services et/ou une corporation publique d'administration des services de santé mentale.

• Un organisme central de services

Cet organisme, privé ou public, planifie, coordonne et développe les services de santé mentale dans une région ou un secteur. Il dispense lui-même les services et/ou les confie par contrats à d'autres organismes (par exemple, dans l'État du Massachusetts, 30 % du budget de santé mentale en 1983 est accordé par l'intermédiaire des contrats de services). Par les contrats, il conserve un contrôle fiscal tout en rendant l'organisme local responsable de la programmation.

Cette voie contractuelle a plusieurs avantages : elle permet de passer outre à la rigidité et à la lenteur du système bureaucratique, et d'offrir des programmes répondant aux besoins locaux. Le financement des services peut provenir de diverses sources et la diversité des services est encouragée. Mais cette forme de gestion a aussi des désavantages : la dépendance à l'égard des services locaux est accrue et occasionne un problème grave si ces services sont de mauvaise qualité, en plus d'augmenter le manque d'imputabilité fiscale et de coordination entre les services.

• Une corporation publique

Cette corporation combine l'imputabilité du secteur public et la flexibilité fiscale et administrative

du secteur privé. Elle accorde des subventions publiques à un réseau d'organismes pour offrir des services, et ce réseau est responsable devant cette corporation quasi gouvernementale, qui doit elle-même rendre compte de ses activités au gouvernement.

• Le modèle de financement

Pour réaliser cette intégration, le mode de financement par subvention globale est utilisé. En opposition aux programmes de financement par catégorie, privilégiés jusqu'en 81 par le gouvernement fédéral, les tenants de cet autre modèle de financement le favorisent pour les raisons suivantes : les programmes de financement par catégorie créent des déficiences au niveau de la gestion, ont de trop fortes exigences d'imputabilité, occasionnent des chevauchements de juridiction, des délais dans la réalisation des projets, requièrent de longues procédures et rendent difficile la satisfaction des normes de coordination (Ten Hoor, 1982).

Avec l'avènement du gouvernement Reagan, les partisans de cette forme de gestion ont soutenu que le moment était venu de réduire les coûts par la consolidation et l'intégration des services, l'approche par population-cible (program categorical) ayant fait son temps.

L'argumentation est la suivante : les États sont dorénavant en mesure de développer des programmes qui satisferont les besoins de leur clientèle, rendant inutile le contrôle antérieur du gouvernement fédéral sur ces programmes. Grâce au programme de subvention globale, il est dorénavant possible de réduire les budgets, de décentraliser la prise de décision et de réorganiser la bureaucratie gouvernementale. Ces changements permettront aux États de faire l'essai de diverses formules pour l'utilisation de sommes mises à leur disposition dans le programme de subvention globale, qui pourraient susciter une coopération plus étroite entre les diverses instances. Par exemple, les comtés collaboreront davantage avec les États et développeront des services communautaires grâce à diverses formules de financement partagé comme le Lanterman Peter Short Act et le Short Doyle Act de la Californie (90 % des fonds sont fournis par l'État et 10 % par les comtés durant 20 ans) ; permettront aux patients de décider où ils veulent dépenser l'argent qui leur est alloué, grâce à des bons d'achat de services ; permettront aux États de rem-

boursier les coûts des services proportionnellement à la population desservie (Talbot, 1978).

Le modèle de gestion au niveau individuel

Sur le plan individuel, la gestion par cas (case management) sert de modèle de coordination et d'intégration des services pour chaque client. C'est un « mécanisme qui relie et coordonne les parties d'un système de distribution des services (à l'intérieur d'un seul établissement ou englobant plusieurs fournisseurs), afin d'assurer un programme global susceptible de répondre aux problèmes des individus » (Austin in Labrecque-Marceau, 1987, 109).

Ce modèle peut être assumé par un professionnel (généraliste, thérapeute), une équipe multidisciplinaire, la famille, un supporteur social, un bénévole, etc. (cf. Labrecque-Marceau, 1987 pour une analyse plus exhaustive de ce modèle).

Le rôle des lieux de soins dans un système intégré

Les suggestions quant au rôle devant être assumé par les lieux de soins dans un système de santé intégré ne sont pas nouvelles. Des recommandations de la Joint Commission on Mental Illness and Health sont mêmes reprises, les faisant apparaître encore d'actualité.

Les asiles

Au lieu de les démanteler, Bachrach (1986) propose de les intégrer au réseau public car malgré leurs lacunes, ces lieux sont importants pour les patients très malades qui ne peuvent vivre dans la communauté, ne serait-ce que pour leur permettre d'y survivre (150,000 selon Goldman et al., 1983). Leur mission serait de développer des programmes de soins spécialisés pour cette clientèle. Ces asiles enlèveraient alors la pression sur les autres composantes du système créée par les besoins de cette clientèle, et leur permettraient ainsi de se consacrer à leur mandat.

Les hôpitaux généraux

Un débat est en cours sur le rôle que devraient jouer ces institutions. Certains soutiennent que ces lieux deviendront un entrepôt pour tous les patients s'ils en assument la responsabilité et compromettront leur objectif d'offrir des soins aigus. Pour d'autres, les hôpitaux généraux doivent au contraire jouer le

rôle pivot d'un système unifié de services de santé mentale, en prenant la responsabilité des soins de tous les malades mentaux (option faut-il le dire, qui n'est pas conforme au rôle traditionnel des hôpitaux généraux). Pour jouer efficacement ce rôle-pivot, l'hôpital général doit remplir les prérequis suivants : connaître ses possibilités d'agir dans la communauté ; reconnaître l'ensemble des besoins des patients chroniques et collaborer avec les autres organismes du secteur tout en cédant une partie de son territoire mais en évitant de perdre son autonomie, grâce à des compromis faits avec ces organismes ; devenir membre actif d'un consortium d'organismes qui offre un programme individualisé à chaque patient chronique, et servir d'agence de sélection, de référence et d'hospitalisation (Bachrach, 1985).

Les Centres de santé mentale communautaire

Selon les analyses (Group for the Advancement of Psychiatry, 1983 ; Freedman et Moran, 1984), ces Centres devraient continuer à jouer leur rôle actuel en établissant comme prioritaires la réadaptation et le traitement des malades mentaux chroniques au lieu de la prévention, et en conservant les programmes essentiels, aux assises financières solides.

Les centres d'accueil et les chambres et pension

• Les centres d'accueil

Shadish (1984) estime que les centres d'accueil ne détériorent ni n'améliorent à long terme les patients parce que le processus d'institutionnalisation n'est plus actif ni pire dans ces lieux que dans les asiles. Certes, le patient ne s'y améliore pas, mais il ne se détériore pas non plus. Selon l'auteur, ces centres d'accueil aident les patients chroniques à maintenir un niveau de fonctionnement social stable, par des soins de gardiennage très valorisés par les patients. De fait, pour ces patients, la recherche du soutien institutionnel d'un centre d'accueil est une réponse adaptative valable à leur difficile situation de vie.

Comme ces centres d'accueil assument les anciennes fonctions de l'asile, aussi nécessaires maintenant qu'auparavant, et que les mécanismes de financement et les réglementations sont déjà en place, Shadish et Bootzin (1981) proposent de les utiliser pour construire un système adéquat de soins pour les malades chroniques. Selon eux, c'est une occasion uni-

que d'améliorer le système actuel sur une vaste échelle, d'autant plus que les alternatives n'ont ni la structure ni les ressources nécessaires pour atteindre l'ensemble des patients chroniques et satisfaire leurs besoins. Ils proposent donc de les utiliser et d'améliorer la qualité de leurs services par une meilleure réglementation.

• Les chambres et pension

Ces maisons d'hébergement, malgré leurs déficiences, remplissent une fonction qu'aucun autre milieu n'offre: une adaptation par décompression (Bachrach et Lamb, 1982; Lamb, 1984; Freedman et Moran, 1984). Il est suggéré de les conserver et d'améliorer leurs services par des exigences plus strictes au niveau des soins et des règlements sur la sécurité, la dimension des résidences, la sécurité et l'humanisation des soins. On propose aussi de les encadrer par une supervision et de leur fournir un programme de soins afin d'améliorer la qualité de vie des résidents et de leur rendre la vie plus facile et satisfaisante sans des efforts de leur part que cela nécessite (Lamb, 1981).

Les réticences à l'égard de la politique d'intégration

Bachrach et Lamb (1982) sont très critiques à l'égard de cette politique. Insister sur l'intégration des services peut, selon eux, être une manœuvre de diversion pour éviter de régler les réels problèmes. La séduction de la solution bureaucratique postulant que tous les problèmes seront résolus simplement par le fait que les organismes acceptent de céder une partie de leur territoire représente un danger. Les professionnels sont en effet des êtres humains aux allégeances culturelles très variées, et les conflits ne peuvent être évités, même par les solutions bureaucratiques. Il faut plutôt reconnaître que des problèmes fondamentaux et territoriaux existent et qu'il n'y aura jamais d'intégration parfaite permettant de régler ces problèmes.

Ten Hoor (1982) émet aussi des réserves sur l'intégration des services. Cette politique ne délimitant pas les populations cibles, son approche de financement par subvention globale ne fournira pas de services égaux à tous et il y aura lutte entre les groupes pour obtention des services, les plus organisés gagnant à coup sûr. De plus, la fragmentation vécue par les dispensateurs de services dans l'approche de

financement par catégorie n'est pas réglée car elle est remplacée par une autre fragmentation, celle vécue par les consommateurs.

Même si, selon l'auteur, la fragmentation est déplorable, elle n'est pas nécessairement un mal: elle offre en effet un plus grand choix au consommateur, et favorise une plus grande flexibilité pour les États et comtés dans le choix des programmes qui constitueront une gamme complète de services.

Conclusion

Marquant la fin d'un siècle de traitement institutionnel des malades mentaux (Merwin et Ochberg, 1983), la politique de désinstitutionnalisation est adoptée en 1963 par le gouvernement américain dans un contexte socio-économico-politique extrêmement favorable.

Les années antérieures et consécutives à la deuxième guerre mondiale secouent en effet profondément les valeurs et les rouages socio-économico-politiques de la société américaine. L'économie capitaliste se modifie profondément, le gouvernement fédéral s'implique dans les différentes sphères de la vie politique dont les programmes de santé et les programmes sociaux, au point que le budget de ces programmes deviendra au cours des ans « le troisième au monde après les budgets globaux des États-Unis et de l'Union soviétique (C.S.M.Q., 1984, 315); et une action communautaire sans précédent a lieu dans divers secteurs: délinquance juvénile, transformation des villes, lutte à la pauvreté, etc. (Rose, 1979).

Ces bouleversements sociaux influencent le domaine de la santé mentale. Durant les années d'après-guerre, la population américaine devient très sensibilisée au milieu déshumanisant dans lequel résident et sont traités les malades mentaux, par l'action conjuguée des objecteurs de conscience, des reportages des media d'information et des études sociologiques faites par divers chercheurs. Les défenseurs des droits des malades mentaux deviennent de plus en plus organisés et mènent une campagne très active en faveur de ces plus démunis parmi les démunis. La communauté psychiatrique développe une ferveur nouvelle dans le traitement des malades mentaux grâce aux nouvelles approches sociales et psychologiques de traitement expérimentées durant et après la guerre, et à la découverte de nouveaux médicaments. Le milieu politique fédéral devient

conscient des besoins de ces malades et, sous la pression d'un lobbying puissant, s'engage davantage dans les programmes sociaux et le domaine de la santé mentale, implication qu'appuient les États vu le poids économique de plus en plus lourd que leur occasionne le financement des asiles. Cette mouvance sociale trouve son aboutissement dans la nouvelle politique adoptée en 1963: la psychiatrie communautaire dont la désinstitutionnalisation est un élément majeur.

Pour adopter cette politique, il faudra 17 années d'expérimentation et de longues tractations politiques. Une fois adoptée, l'opérationnalisation de la désinstitutionnalisation se fait progressivement par une succession de mesures législatives, fiscales et légales entre 1963 et 1981. Les mesures législatives créent les Centres de santé mentale communautaire: 4 lois majeures définissent leurs services et leurs orientations, et 5 lois reconduisent leur financement; les mesures fiscales créent 5 programmes qui fournissent aux démunis (dont les patients) les revenus minimaux suffisant pour vivre dans la communauté, et les mesures légales énoncent 7 droits afin que les patients soient traités en priorité dans la communauté, et reçoivent, si c'est inévitable, un traitement institutionnel humanisant.

Au cours des années 70, cette politique de sortie massive des patients est fortement critiquée. Le traitement des patients ne s'améliore pas mais se détériore; les institutions et leurs professionnels les négligent et abusent de la réponse médicamenteuse; leur qualité de vie diminue dans les centres d'accueil, les maisons de chambre etc., ou ils sont tout simplement laissés à eux-mêmes sur la rue. Les familles écrasées et laissées, elles aussi, à elles-mêmes, vivent souffrance et amertume ou rejet et colère, et les communautés, menacées dans leur sécurité et quiétude (augmentation de la criminalité chez les malades mentaux), repoussent ces indésirables dans les quartiers défavorisés.

Le système de soins est aussi bouleversé et un vocabulaire est créé pour rendre compte des nouveaux syndromes qui s'y produisent: fragmentation, tomber entre les mailles du système, porte tournante, manque de coordination, accumulation des services, patates chaudes. La pratique et le financement se modifient également. Les actes thérapeutiques deviennent majoritairement ambulatoires. Mais, contrairement aux attentes, il n'y a encore aucune évidence que ces soins ambulatoires aient remplacé

les soins hospitaliers particulièrement pour les patients chroniques car le taux d'hospitalisation est demeuré stable au cours des ans. Si les personnes âgées, pour lesquelles il est statistiquement prouvé qu'elles ont été transférées des asiles dans les centres d'accueil, sont exclues, les patients désinstitutionnalisés continuent d'utiliser les ressources psychiatriques hospitalières du secteur privé et public. Quant aux dépenses, le budget global de santé mentale pour toutes les institutions s'est accru entre 1971 et 1980 de 220%. Même si les asiles ont vu leur répartition proportionnelle dans l'ensemble de ce budget réduite, ils ont néanmoins connu une augmentation substantielle de leur budget malgré la fermeture de certains d'entre eux et la baisse substantielle de leur nombre de résidents. Cette constatation fait dire à Stein et Ganser (1983) que «le dollar n'a pas suivi le patient». Et Okin (1983) constate, malgré des budgets accrus, que la plupart des asiles sont encore vétustes et inhospitaliers.

Les départements de psychiatrie dans les hôpitaux généraux dont le nombre s'est accru de 478% entre 1946 et 1978, connaissent une augmentation substantielle du nombre d'actes thérapeutiques au point où, selon Bachrach (1985), les hôpitaux généraux sont devenus l'élément stabilisateur des dysjonctions du système causées par la politique de désinstitutionnalisation. L'entreprise résidentielle connaît également une croissance phénoménale et les centres d'accueil deviennent l'élément clé de la transinstitutionnalisation, au grand encouragement du gouvernement fédéral.

Les Centres de santé mentale communautaires, pierre angulaire de la réforme des services de santé mentale, reçoivent, en 1974, 4.2% du budget total dévolu à la santé mentale et dispensent 29% de l'ensemble de tous les actes en santé mentale (6% des actes hospitaliers et 23% des actes ambulatoires) en 1975. Même si les Centres n'ont pas répondu aux attentes de leurs concepteurs, la Commission présidentielle de 1978 estime qu'ils ont substantiellement contribué au développement des services de santé mentale communautaire et ont créé des services importants et utiles qui n'auraient autrement pas existé.

Plusieurs facteurs expliquent que le programme des Centres de santé mentale n'ait pas été implanté à l'ensemble des États-Unis (au nombre de 691 en 1980, ils ne couvrent que 52% de la population à l'heure actuelle) et n'ait pas rempli ses mandats: «une

implantation sous différentes administrations et différents contextes économiques a entraîné des difficultés financières et la résistance des États à assumer seuls la responsabilité du programme; la sortie des patients des hôpitaux psychiatriques avant que suffisamment de ressources communautaires soient disponibles et la difficulté de transférer les ressources des hôpitaux aux soins communautaires, le système restant malgré tout très médicalisé; le manque d'intégration réelle de la population au projet et les objectifs trop nombreux attribués au C.M.H.C., amenant ainsi la diffusion des efforts et des ressources (C.S.M.Q., 1986, 314).

Il faudrait ajouter deux autres facteurs: leur création a permis à une clientèle non desservie par le milieu asilaire d'accéder à des services auparavant inexistantes, mais souvent au détriment des malades mentaux chroniques; et l'absence de modification du pouvoir décisionnel et financier a permis au milieu institutionnel de persister et de drainer autant sinon plus de nouvelles ressources financières que les Centres.

Les années 80 sont caractérisées par l'arrêt du développement des structures, le ralentissement de la politique de désinstitutionnalisation (seulement 2 % des patients désinstitutionnalisés durant les dernières 30 années le sont entre 1980 et 1985), et le désengagement du gouvernement fédéral. Le développement des Centres de santé mentale est terminé, leur programme est confié aux États, et leur financement par le gouvernement fédéral est réduit de 25 %. Après 35 ans d'implication active, ce gouvernement se désengage et conserve l'autorité sur un seul programme destiné aux patients chroniques, le système de soutien communautaire, auquel il consacre un financement minime (\$6 millions en 1983) alors que les besoins des malades mentaux chroniques étaient évalués à \$15 milliards en 1980 (Department of Health, 1980).

La décennie 80 consacre enfin l'adoption de la politique de gestion nommée intégration des services sociaux et de santé qui privilégie la consolidation des mandats des quatre principaux partenaires institutionnels: les centres hospitaliers psychiatriques, les hôpitaux généraux, les centres de santé mentale et l'entreprise résidentielle privée. Cette politique se concrétise comme suit: les hôpitaux généraux joueraient un rôle-pivot dans un système intégré et unifié et auraient la responsabilité des soins de tous les malades mentaux de leur secteur. Les centres hos-

pitaliers psychiatriques développeraient des programmes de soins ultra-spécialisés pour les patients qui ne peuvent vivre dans la communauté; les Centres de santé mentale communautaire assureraient la réadaptation et le traitement des malades mentaux chroniques dans la communauté, et l'entreprise résidentielle privée s'occuperait des fonctions d'hébergement, d'entretien, etc. des malades mentaux chroniques dans la communauté.

Notes

1. La Commission présidentielle et Dowell et Ciarlo (1983) ont aussi évalué les Centres sous différents autres aspects.
 - a) Les Centres ont réussi à accroître la quantité et la qualité des soins, surtout ambulatoires et d'hospitalisation partielle. En 1975, ils offrent 12 services différents en plus d'en avoir développé d'autres comme les programmes de visites à domicile, des maisons de transition, etc. Les Centres ont changé l'orientation des soins en santé mentale qui étaient auparavant basés sur des soins hospitaliers en des soins donnés dans la communauté. Selon Langsley (1980), ces Centres ont fourni des services à des groupes qui ne recevaient aucun service auparavant.
 - b) Les Centres devaient éliminer le système de deux classes: le traitement des patients pauvres à l'hôpital d'État et des patients riches dans les cliniques privées. Les Centres ont amélioré la disponibilité, et l'accessibilité des services publics aux jeunes et aux vieillards, aux minorités, aux personnes socio-économiquement défavorisées (52 % des patients dans les secteurs défavorisés et 48 % des patients dans les secteurs riches le sont); et possiblement aux résidents des secteurs ruraux. Toutefois, des inégalités persistent dans l'accessibilité des services.
 - c) Les Centres de santé mentale n'ont pas atteint l'objectif de maximiser la participation des citoyens dans les programmes communautaires. Certains Centres ont voulu contrôler la communauté alors que les conseils d'administration des autres ne sont pas suffisamment représentatifs des communautés locales. Toutefois, il faut souligner qu'aucun autre service en santé mentale n'a pu développer le niveau de coopération citoyens-soignants atteint par les Centres de santé mentale.
 - d) Les Centres de santé mentale ont fait l'erreur de trop insister sur leur capacité de prévenir la maladie mentale. Leurs programmes de prévention ont trois faiblesses: les ressources allouées aux activités de prévention sont minimes par rapport aux autres activités; le programme de consultation et de formation ne s'appuie pas sur des connaissances prouvées expérimentalement, et il y a peu de données démontrant son efficacité à prévenir la maladie mentale. Toutefois, ce programme a amélioré les connaissances et attitudes des divers soignants. Mais, selon le G.A.P. (1983), ce programme a eu une incidence négative sur les programmes de prévention tertiaire: réadaptation et suivi.
 - e) Quant à l'objectif de dispenser des services efficaces, une comparaison service par service entre les Centres et les autres lieux de soins permet de conclure que les Centres peuvent ne pas être l'approche la plus efficace. Toutefois, les Centres

ont des objectifs plus vastes que les autres lieux de service unique. Pour donner une idée juste de cette évaluation, il faudrait mesurer l'impact global de la gamme de services qu'ils offrent sur les communautés.

f) Finalement, les données disponibles sur la diminution de la souffrance des individus et l'accroissement de leur fonctionnement psychosocial semblent prouver que les Centres atteignent ces objectifs, mais le nombre peu élevé d'études contrôlées ne permet pas de conclure définitivement sur ce point.

2. Les centres d'accueil comprennent des centres d'accueil spécialisés (skilled nursing facilities), centres qui accueillent des patients gériatriques qui ont besoin de soins continus, et des centres d'accueil intermédiaires (intermediate care facilities) qui fournissent un gîte et une aide médicale minimale.

Références

- Austin, C.D., 1983, cité dans Labrecque-Marceau, M.P., 1987, La coordination des plans de services, *Santé mentale au Québec*, XII, no. 1, 108-116.
- Aviram, V., 1981, Facilitating deinstitutionalization: a comparative analysis, *International Journal of Social Psychiatry*, 27, 23-32.
- Bachrach, L.L., 1978, A conceptual approach to deinstitutionalization, *Hospital and Community Psychiatry*, 29, no. 9, 573-78.
- Bachrach, L.L., 1980, Is the least restrictive environment always the best? Sociological and semantic implications, *Hospital and Community Psychiatry*, 31, no. 2, 97-103.
- Bachrach, L.L., 1980, Overview: model programs for chronic mental patients, *American Journal of Psychiatry*, 137, no. 9, 1023-31.
- Bachrach, L.L., 1981, A conceptual approach to deinstitutionalization of the mentally retarded: a perspective from the experience of the mentally ill in Bruininks, R.A., Merjers, C.E., Sigford, B.B., Laksin, K.C., eds, *Deinstitutionalization and Community Adjustment of Mentally Retarded People*, American Association on Mental Health, Washington, 51-67.
- Bachrach, L.L., 1981, Continuity of care for chronic mental patients: a conceptual analysis, *American Journal of Psychiatry*, 138, no. 11, 1449-1456.
- Bachrach, L.L., Lamb, H.R., 1982, Conceptual issues in the evaluation of the deinstitutionalization movement in Stahler, C.J., Task, W.R., eds, *Innovative Approaches to Mental Health Evaluation*, 139-161.
- Bachrach, L.L., 1983, An overview of deinstitutionalization, *New Directions for Mental Health Services*, no. 17, 5-13.
- Bachrach, L.L., 1985, General hospital psychiatry: overview from sociological perspective, *American Journal of Psychiatry*, 138, no. 7, 879-887.
- Baron, R.C., 1981, Deinstitutionalization at risk: public response to community care in Rutman, I.D., ed., *Planning for Deinstitutionalization*, Human Services, Monograph Series, no. 28, 121-140.
- Bassuk, E.L., 1984, The Homelessness Problem, *Scientific American*, 251, no. 1, 40-45.
- Bassuk, E.L., Gerson, S., 1978, Deinstitutionalization and mental health services, *Scientific American*, 238, no. 2, 46-53.
- Borus, J.F., 1981, Deinstitutionalization of the chronically mentally ill, *New England Journal of Medicine*, 305, 339-42.
- Brown, P., 1981, The mental patient's rights movement and mental health institutional change, *International Journal of Health Services*, II, no. 4, 523-540.
- Brown, P., 1984, The right to refuse treatment and the movement for mental health reform, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 9, no. 2, 291-313.
- Clarke, G.J., 1979, In defense of deinstitutionalization, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 57, no. 4, 461-479.
- Comité de la santé mentale, 1986, *Sortir de l'asile*, Éditeur officiel du Québec, Québec.
- Comité de la santé mentale du Québec, 1985, *L'efficacité de la réadaptation*, Éditeur officiel du Québec, Québec.
- Crane, C.E., 1973, Clinical psychopharmacology in its 20th year, *Science*, 181, 124-8.
- Doll, W., 1976, Family coping with the mentally ill: an unanticipated problem of deinstitutionalization, *Hospital and Community Psychiatry*, 27, no. 3, 183-5.
- Dowell, D.A., Ciarlo, J.A., 1983, Overview of the community mental health centers program from an evaluation perspective, *Community Mental Health Journal*, 19, no. 2, 95-125.
- Emerson, R.M., Rochford, E.B., Shaw, L.L., 1981, Economics and enterprise in board and care homes for the mentally ill, *American Behavioral Scientist*, 24, no. 6, 771-85.
- Estroff, S.E., 1981, Psychiatric deinstitutionalization: a socio-cultural analysis, *The Journal of Social Issues*, 37, no. 3, 116-132.
- Freedman, R.I., Moran, A., 1984, Executive summary of the report Wanderers in a promised land: the chronically mentally ill and deinstitutionalization, *Medical Care*, 22, no. 12, supplement, 1-60.
- Garant, L., 1985, *La désinstitutionnalisation en santé mentale. Un tour d'horizon de la littérature*, Secrétariat à la coordination de la recherche, Québec.
- Goldman, H.H., Gattozzi, A.A., Taube, C.A., 1981, Defining and counting the chronically mentally ill, *Hospital and Community Psychiatry*, 32, no. 1, 21-27.
- Goldman, H.H., 1983, The demography of deinstitutionalization, *New Directions for Mental Health Services*, no. 17, 31-40.
- Goldman, H.H., Adams, N.H., Taube, C.A., 1983, Deinstitutionalization: the data demythologized, *Hospital and Community Psychiatry*, 34, no. 2, 129-134.
- Greenblatt, M., 1974, Historical forces affecting the closing of state mental hospitals cité dans Scull, A.T., 1977, *Decarceration*, Prentice-Hall, N.J., 139.
- Greenblatt, M., Norman, M., 1983, Deinstitutionalization: health consequences for the mentally ill, *Annual Review of Public Health*, 4, 131-54.
- Grob, G.N., 1983, Historical origins of deinstitutionalization, *New Directions for Mental Health Services*, no. 17, 15-29.

- Group for the Advancement of Psychiatry, 1983, *Community Psychiatry: A Reappraisal*, Mental Health Materials Center.
- Gruenberg, E.M., Archer, J., 1979, Abandonment of responsibility for the seriously mentally ill, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 57, no. 4, 485-506.
- Kirk, S.A., Therrien, M.E., 1975, Community mental health myths and the fate of former hospitalized patients, *Psychiatry*, 38, 209-17.
- Klerman, G.L., 1977, Better not well: social and ethical issues in the deinstitutionalization of the mentally ill, *Schizophrenia Bulletin*, 3, no. 4, 617-631.
- Labrecque-Marceau, M.P., 1987, La coordination des plans de services, *Santé mentale au Québec*, XII, no. 1, 108-116.
- Lamb, H.R., Goertzel, V., 1971, Discharged mental patients are they really in the community?, *Archives of General Psychiatry*, 24, no. 1, 29-34.
- Lamb, H.R., 1981, Maximizing the potential of board and care homes, *New Directions for Mental Health Services*, no. 11, 19-34.
- Langsley, D., 1980, The community mental health center: does it treat patients?, *Hospital and Community Psychiatry*, 31, 815-9.
- Manderscheid, R.W., Witkin, M.J., Rosenstein, M.J., Bass, R.D., 1984, A review of trends in mental health services, *Hospital and Community Psychiatry*, 35, no. 7, 673-4.
- Mechanic, D., 1980, *Mental Health and Social Policy*, Prentice-Hall, N.Y.
- Merwin, M.R., Ochberg, F.M., 1983, The long voyage: policies for progress in mental health, *Health Affairs*, 2, 96-127.
- Norwind, B.L., 1982, Developing an enforceable « right to treatment » theory for the chronically mentally disabled in the community, *Schizophrenia Bulletin*, 8, no. 4, 642-51.
- Okin, R.L., 1983, The future of state hospitals, should there be one?, *American Journal of Psychiatry*, 140, no. 5, 577-581.
- Okin, R.L., 1985, Expand the community care system: deinstitutionalization can work, *Hospital and Community Psychiatry*, 36, no. 7, 742-45.
- Peele, R., Luisada, P.V., Lucas, M.J., Rudisell, D., Taylor, D., 1977, Asylums revisited, *American Journal of Psychiatry*, 134, no. 10, 1077-1081.
- Reich, R., 1973, Care of the chronically mentally ill: a national disgrace, *American Journal of Psychiatry*, 130, 911-2.
- Rose, S.M., 1979, Deciphering Deinstitutionalization: complexities in policy and program analysis, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 57, no. 4, 429-460.
- Scull, A., 1981, A new trade in lunacy, *American Behavioral Scientist*, 24, no. 6, 741-54.
- Scull, A., 1985, Deinstitutionalization and public policy, *Social Sciences of Medicine*, 20, no. 5, 545-52.
- Shadish, W.R., Bootzin, R.R., 1981, Long-term community care: mental health policy in the face of reality, *Schizophrenia Bulletin*, 7, no. 4, 580-585.
- Shadish, W.R., Bootzin, R.R., 1981, Nursing homes and chronic mental patients, *Schizophrenia Bulletin*, 7, no. 3, 488-498.
- Shadish, W.R., 1984, Lessons from the implementation of deinstitutionalization, *American Psychologist*, 39, no. 7, 725-38.
- Smith, C.J., Hanham, R.Q., 1981, Deinstitutionalization of the mentally ill: a time path analysis of the american states, 1955-1975, *Social Sciences of Medicine*, 16, 161-178.
- Stein, L.I., Ganser, L.J., 1983, Dollar follows The patients: Wisconsin's system for funding mental health services, *New Directions for Mental Health Services*, no. 18, 1-15.
- Talbott, J.A., ed., Unified mental health systems: utopia unrealized, *New Directions for Mental Health Services*, no. 18.
- Talbott, J.A., 1978, *The Death of Asylum*, Grune and Stratton, N.Y., 125-149.
- Talbott, J.A., 1979, Care of the chronically mentally ill still a national disgrace, *American Journal of Psychiatry*, 136, no. 5, 688-9.
- Talbott, J.A., 1983, The future of unified mental health services, *New Directions for Mental Health Services*, 18, 107-111.
- Talbott, J.A., 1985, Psychiatric care in the United States: past, present and future in Amyot, A., Leblanc, J., Reid, W., eds., *Psychiatrie-Psychanalyse. Jalons pour une fécondation réciproque*, Gaétan Morin, Chicoutimi, 251-268.
- Ten Hoor, W.J., 1982, United States: health and personal social services in Hokenstad, M.C., Ritvo, R.A., eds, *Linking Health Care and Social Services*, Sage Publications, London, 25-59.
- The President's Commission on Mental Health, 1978, *Report of the Task Panel on Cost and Financing*, U.S. Government Printing Office, 1-53.
- The President's Commission on Mental Health, 1978, *Report of the Task Panel on Deinstitutionalization, Rehabilitation and Long Term Care*, U.S. Government Printing Office, 356-74.
- The President's Commission on Mental Health, 1978, *Report of the Task Panel on Legal and Ethical Issues*, U.S. Government Printing Office, 1359-1515.
- The President's Commission on Mental Health, 1978, *Report of the Task Panel on Community Mental Health Centers Assessment*, U.S. Government Printing Office, 312-338.
- Vladeck, B.C., 1980, *Unloving Care. The Nursing Home Tragedy*, Basic Books, New York.
- Warren, C.A.B., 1981, New forms of social control, *American Journal of Science*, 24, no. 6, 724-40.
- Watt, J.A., El-Guebaly, N., 1981, The chronic mental patient, *The Canadian Journal of Psychiatry*, 26, 494-501.

SUMMARY

In this second article, the author analyses the impact of American deinstitutionalization on patients, their families, the communities and the health care system (medical clinics, general hospitals, community mental health centres and residen-

tial concerns). Following his analysis, the author develops the various hypotheses produced to solve the problems created by deinstitutionalization. These hypotheses follow the dominant political theme of the 80s in the area of health and social services: the integration of services.