

Mon expérience comme fiduciaire de patients psychiatriques My experiences as a trustee of psychiatric patients

Louise Godin

Volume 10, Number 1, June 1985

Parents et enfants

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/030272ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/030272ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Godin, L. (1985). Mon expérience comme fiduciaire de patients psychiatriques. *Santé mentale au Québec*, 10(1), 93–98. <https://doi.org/10.7202/030272ar>

Article abstract

In this article, the author relates her experience as a trustee of psychiatric patients who are on welfare or under a public trusteeship. She explains the legal context that allows her to be a trustee and the modalities of administering the patient's daily affairs. With the help of concrete examples, she also describes how this management, riddled with difficulties though it may be, nevertheless helps the patients. She then proceeds by giving a provisional assessment of this experience.

Mon expérience comme fiduciaire de patients psychiatriques

*Louise Godin**

L'auteure relate dans cet article son expérience comme fiduciaire de patients psychiatriques qui reçoivent des prestations de B.E.S. ou qui sont sous curatelle publique. Elle explique le contexte légal qui lui permet d'être fiduciaire, et les modalités de gestion des affaires courantes du patient. Elle décrit aussi, à l'aide d'exemples concrets, comment cette gestion rend service aux patients, même si elle est parsemée d'embûches. Elle finit par un bilan provisoire de cette expérience.

Bon nombre de patients des cliniques externes de psychiatrie connaissent des difficultés dans l'administration de leur prestation d'aide sociale, et souvent, le pattern est le suivant: le patient reçoit son chèque d'aide sociale à son domicile le premier du mois; il court alors l'échanger chez le dépanneur du coin. Celui-ci, pour le «dépanner», lui fait parfois payer une commission qui peut aller jusqu'à 4% de la valeur du chèque. Le patient n'a pas d'autre choix que d'accepter cette retenue à la source car, n'ayant pas de compte dans une institution bancaire, il ne peut échanger lui-même ses chèques. Dans bien des cas, d'ailleurs, il n'a pas de pièce d'identité. Ce même dépanneur profite aussi de la circonstance pour se payer la facture que le patient s'est montée au cours du dernier mois. Ce compte est souvent très élevé car le patient ne calcule pas et fait son épicerie au jour le jour. Et chacun sait que c'est plus cher chez le dépanneur...

Une fois ce compte réglé, le patient part pour la fête: il va manger au restaurant, s'acheter de superbes vêtements (à des prix «super»), une télévision, une radio, etc. (articles qu'il devra revendre à bas prix quelque temps après, lorsqu'il sera sans le sou). Si le party est assez gros, il risque même d'oublier de payer son loyer pour le mois. Quand la fête est finie, il se retrouve sans bouffe, sans demeure et sans argent pour payer, entre autres, ses cigarettes. Désorganisé, le patient revient alors à la clinique externe pour rencontrer son thérapeute et lui demander d'être hospitalisé. Encore une fois, l'ar-

gent de l'aide sociale a été gaspillé et le patient se retrouve démun, déprimé.

Confrontée à ce scénario répétitif, une thérapeute de la clinique externe de psychiatrie de l'hôpital St-Luc (secteur Centre-ville)¹ décide en 1975 d'ouvrir un compte conjoint à la banque avec un patient: ce dernier accepte qu'une somme lui soit remise lors de chaque rendez-vous hebdomadaire. À la même période, le secteur Centre-sud de cette clinique externe offre un service identique à un autre patient. L'expérience fait boule de neige. De plus en plus de patients en viennent à être administrés par leur thérapeute. Très vite, les équipes soignantes décident de transférer ce rôle de fiduciaire à la secrétaire pour éviter que le patient ne parle que de problèmes financiers au cours des entrevues.

De fil en aiguille, ce rôle auprès des équipes soignantes évolue: aujourd'hui, même si je reste officiellement «secrétaire médicale», je suis la fiduciaire de 66 patients (40 hommes, 26 femmes) qui me sont référés par les trois équipes de la clinique externe et par le département interne de psychiatrie de l'hôpital St-Luc. Mon rôle de fiduciaire a un double aspect: il s'agit d'un travail autant administratif que social. Voici en quoi il consiste concrètement.

DÉMARCHES POUR DEVENIR FIDUCIAIRE

Dans un premier temps, il faut prendre contact avec l'aide sociale pour être autorisé à devenir fiduciaire du patient. La procédure varie selon que le patient accepte ou non de nous confier cette responsabilité. Nous avons rédigé à cet effet une lettre type

* L'auteure est secrétaire médicale au Centre de santé mentale, clinique externe de psychiatrie de l'hôpital St-Luc.

dans laquelle nous expliquons à l'aide sociale que nous désirons aider tel patient à mieux vivre sur les plans matériel et psychologique. Nous demandons alors à l'aide sociale de bien vouloir désormais émettre les chèques du patient à l'ordre de COSAME Inc. (Communauté et santé mentale)² et de les faire parvenir à notre bureau. Cette lettre doit être signée par le patient ainsi que par le thérapeute et moi-même. Elle atteste que le patient accepte notre aide de plein gré. Nous devons cependant joindre à cette lettre un formulaire officiel du ministère des Affaires sociales (déclaration d'acceptation du fiduciaire, AS-14).

Si un patient refuse de nous donner un mandat de fiduciaire, la loi de l'aide sociale (loi n° 17, 01-11-1970) a prévu la possibilité d'en nommer un d'autorité dans le cas suivant:

«L'aide peut cependant être versée à un fiduciaire lorsqu'un plan de relèvement le prescrit ou lorsque les conjoints:

- a) s'avèrent incapables d'assumer leurs responsabilités en ce qui concerne l'administration de l'aide qui leur est versée;
- b) se comportent de façon nuisible, dilapident les biens de la famille ou gèrent mal leurs revenus.» (article 78, règlement sur l'aide sociale, 1981)

La loi fixe cependant une limite quant à la durée de la fiducie:

«La nomination d'un fiduciaire ne peut avoir lieu pour plus d'un an, et n'est renouvelable, sous même limitation de temps, qu'après avoir refait l'examen du cas. Le bureau local avise par écrit la personne soumise à la fiducie de sa décision et des raisons qui la motivent.» (article 79, règlement sur l'aide sociale, 1981).

La loi pose également certaines contraintes quant aux modalités de gestion:

«Les fonds constitués par l'aide doivent être comptabilisés de façon distincte par le fiduciaire qui en a garde, d'une manière permettant de les identifier facilement et de vérifier leur existence. Les retraits effectués, et les intérêts accumulés, doivent pouvoir être identifiés.» (article 84, règlement sur l'aide sociale, 1981).

Pour devenir fiduciaire d'un patient malgré sa volonté, le travailleur social ou le thérapeute qui en a la responsabilité doit signer un formulaire (avis d'admission et de départ d'un bénéficiaire, AS-60) (formulaire fourni par le C.S.S.M.M.) à cet effet. Cette méthode est surtout employée par les travailleurs sociaux ou les psychiatres du service interne

qui s'en servent pour «accrocher» un patient à la clinique externe: en devenant fiduciaire, ils s'assurent que le patient sera suivi plus régulièrement et qu'il prendra sa médication, évitant ainsi une nouvelle hospitalisation causée par une désorganisation psychosociale.

GESTION DES AFFAIRES COURANTES DU PATIENT

Un aspect important de ma tâche de fiduciaire, une fois le mandat obtenu, consiste à accomplir toutes les démarches nécessaires en vue de gérer les affaires courantes du patient. Plusieurs de ces démarches visent d'abord à garder le contact avec le bureau de l'aide sociale du patient.

Souvent, en effet, le patient «oublie» d'aviser le bureau d'aide sociale des changements intervenus dans sa vie personnelle, ce qui a pour effet de retarder la perception de ses chèques. Chaque année, par exemple, l'aide sociale envoie au domicile du patient un formulaire de «renouvellement de la demande d'aide sociale». La plupart du temps, le patient ne se préoccupe même pas de remplir ce formulaire, ce qui entraîne l'annulation de son aide sociale. Je dois alors contacter son agent d'aide sociale et faire les arrangements nécessaires pour recevoir le chèque du mois courant; par la suite, je dois m'occuper de faire remplir la demande de renouvellement par le patient et poster moi-même le formulaire.

D'autre part, si un patient déménage, je dois voir à ce que tous les papiers soient signés, de sorte que l'aide sociale n'envoie pas le chèque à la nouvelle adresse du patient plutôt qu'à la nôtre (COSAME). Si un patient doit fournir un certificat médical à l'aide sociale, je dois voir à ce que ce soit fait, sinon le chèque du mois suivant sera annulé ou diminué selon le cas. Lorsqu'un patient est hospitalisé, je dois m'arranger pour que l'aide sociale paie les 150\$ alloués pour sa chambre et retourner l'excédent que nous avons perçu pour ce patient. Lorsqu'un patient décède, je dois en aviser l'aide sociale et lui retourner l'argent accumulé au nom du défunt.

Être fiduciaire d'un patient, ce n'est pas que remplir les paperasses de l'aide sociale. C'est aussi servir d'intermédiaire pour régler une multitude de problèmes quotidiens du patient. Par exemple, je dois voir à ce que les factures que les patients

m'apportent soient remboursées par la Curatelle Publique, s'il y a lieu. Je passe aussi beaucoup de temps à régler des problèmes de logement.

Ainsi, lorsqu'un patient veut louer un appartement ou une nouvelle chambre, je lui demande de me fournir le nom ainsi que le numéro de téléphone du propriétaire ou du concierge de l'immeuble où il désire aller. J'appelle alors cette personne pour lui dire que le patient en question reçoit l'aide sociale, que ses fonds sont administrés par l'hôpital St-Luc et déposés en fiducie à la Caisse populaire St-Jacques, et que nous nous occupons de payer son loyer. Cette démarche vise à rassurer les propriétaires qui ont des réticences à louer à certains de nos patients qui ont l'allure quelque peu excentrique. Je leur laisse alors mon nom ainsi que celui du thérapeute responsable du patient. Je leur dis qu'ils peuvent nous appeler si jamais ils ont des problèmes avec leur locataire. (D'ailleurs, nous ne libellons plus nos chèques sous le nom de Centre de Santé mentale: cela faisait peur aux propriétaires! Nous signons sous le nom de Cosame, cela fait plus discret...).

À l'occasion, nous recevons des téléphones de la part de concierges qui se plaignent du comportement de certains patients. Les plaintes sont toujours les mêmes: le patient n'est pas propre, il ne sort jamais ses déchets, il écrit sur les murs, il parle tout seul, il dort le jour et vit la nuit, etc. Je dois alors en parler avec le patient concerné et essayer de voir avec lui comment il pourrait s'adapter à son nouveau milieu sans trop déranger les voisins.

ÉTABLISSEMENT DU BUDGET MENSUEL AVEC LE PATIENT

Comme fiduciaire, l'une de mes tâches essentielles est certes l'établissement du budget mensuel du patient. Concrètement, cela signifie: aider le patient à administrer son «chèque de bien-être».

À cet égard, le premier du mois est toujours une journée bien remplie. Pour plusieurs, cette journée est celle où ils viennent recevoir leur injection et leur médication. Pour eux, c'est aussi le «jour de payer». Lors de cette rencontre, je fais le budget du mois qui vient avec le patient. Les modalités sont généralement les suivantes:

1° Nous voyons ensemble à payer directement (par chèque) le loyer au propriétaire;

2° Je demande au patient de m'indiquer quelles sont ses dépenses spéciales pour le mois (vêtement, dettes, etc.);

3° La somme requise pour ces dépenses (et les autres) est répartie selon le nombre de visites prévues durant le mois. (Ce nombre varie beaucoup selon le type de patients.)

Si un patient a trop de dettes, nous en discutons. J'essaie de lui faire comprendre que plus ses dettes sont élevées, moins il lui reste d'argent pour se rendre à la fin du mois. Mon rôle étant de l'aider à boucler son budget, j'analyse alors avec lui les diverses possibilités de s'en sortir. Je peux lui suggérer de commencer par payer une partie de sa dette au dépanneur (ce dernier peut se montrer insatisfait du montant et lui couper tout crédit, ce qu'il fait d'ailleurs assez souvent). Ou encore, je peux lui conseiller d'aller manger à des endroits où l'on sert la nourriture gratuitement, comme l'Accueil Bonneau ou la Maison du Père, au lieu d'aller au restaurant ou au dépanneur. Pour ses vêtements, je peux l'inciter à aller à l'Armée du Salut ou à l'Accueil Bonneau, où c'est gratuit sinon peu cher. Bref, autant de trucs pour l'empêcher de se retrouver dans un cul-de-sac financier.

LA STRUCTURE ADMINISTRATIVE

L'administration de ce service est sous la responsabilité de deux organismes: Communauté et santé mentale (COSAME) inc., organisme sans but lucratif, et l'hôpital Saint-Luc. Le premier est fiduciaire des argents des patients alors que le deuxième a accepté que je me consacre à cette tâche dans le cadre de mon horaire de travail régulier, jugeant ce service essentiel à cette clientèle.

Pourquoi une telle structure? Un hôpital a plusieurs règles de fonctionnement qui garantissent une saine gestion du budget hospitalier, mais qui ne sont pas adaptées à la gestion financière de patients psychiatriques. À l'hôpital chaque dépense doit en effet être approuvée par plusieurs paliers de décision, ce qui retarde d'autant la rapidité de l'émission d'un chèque. Or, on sait que pour ces patients, la notion de temps est très diffuse et qu'il faut très souvent répondre la journée même à certaines de leurs demandes, si nous voulons éviter une rechute. L'hôpital ne pouvant se plier à ces exigences, la formule mixte actuelle fut donc adoptée.

Un autre motif qui a présidé à ce choix est que cette structure permettait à Cosame de créer un fonds de dépannage pour ces patients. Ce fonds permet en effet de prêter, à des patients en extrême nécessité, une certaine somme n'excédant pas 50\$ afin de payer des coûts essentiels (avances sur le loyer, le chauffage, l'électricité, la nourriture) qui ne sauraient souffrir de délai. Les patients doivent cependant remettre cette somme.

MA RELATION AVEC LES PATIENTS

Outre les aspects administratifs mentionnés jusqu'ici, mon rôle de fiduciaire comporte aussi une importante dimension sociale. Il s'agit de tout ce qui concerne ma relation avec les patients.

Disons d'abord que la relation est plus simple lorsque le patient a accepté notre aide de plein gré. S'il arrive des points de désaccord, je peux alors plus facilement discuter et faire des arrangements avec lui. Par contre, il est plus difficile d'établir une relation de confiance avec les patients qui sont administrés contre leur gré. Ils viennent quand même chercher leur dû, mais ils refusent souvent de rencontrer leur thérapeute ou, s'ils acceptent, ce sera pour une très courte entrevue; on appelle «thérapie de corridor» ce genre de relation plus ou moins expéditive. J'ai même connu un patient qui ne voulait tellement pas être administré par quelqu'un d'autre qu'il ne venait même pas chercher l'argent qui lui était dû!

Habituellement, lorsqu'un thérapeute juge nécessaire de me référer un patient, il en discute d'abord avec moi afin que nous puissions déterminer ensemble le type d'aide que je peux apporter à ce patient. Il me donne alors les informations pertinentes quant à la maladie et à l'histoire sociale du patient.

Bon nombre de cas qui me sont référés sont des cas très «lourds» tant sur le plan psychiatrique que social. Ces patients ont souvent un mode de relation très symbiotique avec leur thérapeute, et le fait que j'entre dans cette relation comme tiers aide à la diluer quelque peu. Ainsi, je peux me permettre d'être plus terre à terre que le thérapeute et leur faire des remarques que ce dernier ne pourrait faire à l'intérieur d'une relation thérapeutique: par exemple, je leur dis de se laver, de se raser, de laver leur linge, etc., en essayant de ne pas les blesser dans leur amour-propre.

D'autres patients, par ailleurs, ont du mal à établir une bonne relation avec leur thérapeute car ils trouvent cette relation trop menaçante et ils ont peur de trop en dévoiler. Comme je laisse souvent la porte ouverte, ils viennent souvent me voir et l'entretien ne dure généralement pas plus de cinq minutes. Je deviens un peu comme leur personne-ressource. C'est comme s'ils ignoraient leur thérapeute. Si, à l'occasion, ils le rencontrent dans le passage, ils auront une «mini-entrevue de corridor» avec lui, mais pas plus. Lorsque je m'aperçois qu'ils délirent trop ou qu'ils deviennent trop accaparants, je dois voir à ce qu'ils rencontrent un thérapeute qui ajustera leur médication ou décidera de les hospitaliser, selon le cas. Quand un patient se laisse ainsi envahir par son délire, la cause immédiate est souvent matérielle: exclusion de son logement, aide sociale annulée, manque de nourriture, etc. Ne pouvant accepter cette dure réalité, il cherche alors à se réfugier davantage dans son monde intérieur, ce qui l'amène à délirer. Si on cherche à l'aider concrètement à régler son problème matériel (par exemple, en lui donnant de l'argent ou en faisant les démarches requises à l'aide sociale), on peut au moins contribuer à réduire son délire ou à lui éviter l'hospitalisation.

Parfois, quand un patient me crée trop de problèmes et que même son thérapeute ne sait plus trop comment on peut l'aider, je me joins aux réunions d'une équipe thérapeutique et nous essayons ensemble d'élaborer un plan de traitement global.

LES CAS SPÉCIAUX

Avec moi, le patient se sent moins en danger qu'avec son thérapeute. Nous discutons d'abord et avant tout de problèmes financiers. Dès les premiers contacts, j'avertis le patient que mon rôle se situe à un niveau très concret et que, même si je peux l'écouter parler de ses problèmes psychologiques, le but de mon travail est d'assurer son bien-être matériel. Souvent, je dis à ceux qui viennent me voir: «Évidemment, lorsqu'on a de l'argent jusqu'à la fin du mois pour manger, boire et fumer, ça aide à garder le moral». Plusieurs acquiescent et certains se trouvent même privilégiés par rapport aux autres assistés sociaux, car la plupart de ceux-ci n'ont jamais d'argent pour se rendre à la fin du mois.

Les patients qui me causent le plus de troubles sont ceux qui ont des problèmes d'alcool ou de drogue. Avec eux, je dois agir comme une mère, c'est-à-dire celle qui contrôle, qui dit oui, qui dit non, qui est bonne ou méchante selon les circonstances. De tels patients ont souvent de la difficulté à respecter les ententes que nous avons faites au début du mois concernant le rythme de leurs visites ou les sommes d'argent qu'ils recevront à chaque fois. Lorsqu'ils ont dépensé leur argent trop vite, ils viennent avant la date fixée et cherchent à modifier notre entente. Ils sont prêts à tout pour m'amener à céder. Plutôt que de m'avouer qu'ils ont dépensé tout leur argent en boisson, ils me racontent mille et une histoires dans le but de m'attendrir. Parfois, je me laisse prendre, mais si la situation se répète trop souvent, je me montre plus vigilante et plus rigide par la suite.

Il me faut beaucoup d'énergie pour arriver à tenir mon bout lorsqu'un patient tient absolument à me faire changer d'idée. Les discussions peuvent alors devenir longues et orageuses. À l'occasion, je dois faire appel à l'aide d'un thérapeute ou d'un psychiatre de l'équipe responsable du patient pour forcer ce dernier à respecter son entente. Il est même arrivé une fois où j'ai dû faire évacuer un patient par les policiers parce qu'il ne voulait rien savoir de ce que je lui disais. Au rendez-vous suivant, il se présentait tel que prévu et il me remerciait d'avoir tenu mon bout! Il avouait avoir «charrié» et il s'excusait en disant qu'il ne recommencerait plus. Il lui arrive encore, hélas, de faire des crises pour avoir son chèque d'aide sociale au complet.

Plusieurs patients prétendent, comme ce dernier, qu'ils sont capables de gérer leur argent tout seuls. Le fait qu'ils soient soumis à un contrôle les frustre, ils se mettent alors en colère contre moi et ils cherchent à me faire peur. Parfois, ils y réussissent. Mon bureau étant assez éloigné des autres, j'ai donc dû me faire installer une sonnette d'urgence afin d'être sûre de recevoir de l'aide au cas où je me sentirais en danger. Avec le temps, j'ai développé de nouvelles tactiques pour faire face à ce genre de patient. Le premier du mois, par exemple, je leur donne un plus gros montant pour qu'ils puissent fêter comme les autres l'arrivée de leur chèque. Pour les semaines suivantes, nous réservons une somme moindre mais raisonnable. Cette nouvelle

façon de procéder semble plaire à plusieurs psychotiques alcooliques.

Plus délicats, par contre, sont mes contacts avec les psychotiques paranoïdes. Je dois absolument gagner leur confiance très vite, sans quoi ils vont m'accuser sans cesse de les voler. Pour leur prouver que je ne fais qu'administrer leur argent, je leur remets une photocopie des différents chèques que je leur donne au cours du mois. Malgré cela, certains trouvent encore à dire que je les vole! Habituellement, la confiance s'établit tout de même après un certain temps.

ÉVALUATION SOMMAIRE

Comme je l'ai mentionné précédemment j'administre les chèques de 40 patients et de 26 patientes, soit environ 10% des dossiers actifs de la clinique externe de St-Luc. La moyenne d'âge des hommes est de 46.9 ans (entre 26 et 60 ans) et celle des femmes de 38.5 ans (de 28 à 52 ans). Le diagnostic est généralement celui de «schizophrénie», de psychose maniaco-dépressive, et comme deuxième diagnostic, on retrouve parfois alcoolisme.

Comme il est très difficile de trouver des mesures objectives qui permettraient d'évaluer l'impact de la gestion des chèques de ces patients, je ne m'en tiendrai qu'à une mesure indicatrice, la moyenne de séjour d'hospitalisation. Avant l'administration de leurs chèques, ces patients avaient connu en moyenne 17.85 mois (de 0 à 144 mois) d'hospitalisation et, après l'administration, la moyenne est baissée à 3.65 mois (entre 0 et 35 mois). Si on se fie à cette mesure, l'administration des chèques semble donc efficace. Cette impression est confirmée d'une autre façon par l'analyse des dossiers individuels. Ainsi, un de mes administrés a été hospitalisé un mois en 5 ans alors qu'il l'avait été 144 mois avant qu'il n'accepte cette gestion.

Je ne voudrais pas donner l'impression que cette gestion est une panacée. Par exemple, l'un des patients n'avait jamais connu d'hospitalisation durant la période antérieure à la gestion de son chèque. Mais, durant les 6 ans qu'il fut administré, il fut hospitalisé 10 mois.

J'aimerais ajouter qu'un de mes objectifs, apprendre au patient à administrer son budget et à se passer de mon aide, n'a pas été complètement réalisé. Lorsque j'essaie de remettre la responsabilité du

budget au patient, il retrouve très souvent ses habitudes antérieures. Il dépense rapidement son argent sans tenir compte du fait «qu'un mois a 4 semaines». En fait, pour lui, «c'est plus facile lorsque tu m'aides à me contrôler», me dit-il. Cette difficulté de prise en charge de son budget par le patient a pour conséquence d'augmenter au cours des ans le nombre d'administrés. Je ne vois pas de solution à ce problème numérique pour l'instant.

Je conclurai ce bref bilan en disant que cette mesure se révèle efficace pour la plupart des patients et fait partie intégrante de leur dispositif de soins. Quant à ceux qui ne peuvent la respecter, ce sont les patients qui ont des problèmes de toxicomanie.

CONCLUSION

Le plus souvent, la désorganisation matérielle entraîne chez les patients une désorganisation psychologique qui les conduira inévitablement à l'hospitalisation. Pour éviter cet engrenage, on me réfère des patients dont je dois administrer la vie matérielle. Dans la plupart des cas, les patients acceptent cette prise en charge de leur argent car ils trouvent plus facile de se faire contrôler que de se contrôler eux-mêmes. Il faut dire aussi qu'il faut beaucoup de retenue pour être capable d'«étirer» 434\$ par mois. «Triper» peut parfois coûter très cher...

Être fiduciaire de patients qui vivent de l'aide sociale c'est être à la fois comptable, psychologue,

bonne maman, confidente, conseillère, presque boxeuse, bref «personne à tout faire». Au bout du compte, cela rend beaucoup service aux patients, mais que d'énergie à dépenser!

NOTES

1. La clinique externe de psychiatrie de l'hôpital Saint-Luc se divisait à l'origine en deux secteurs: Centre-ville et Centre-sud. Depuis 1983, la clinique s'est restructurée et comprend trois équipes.
2. De septembre 1972 à juillet 1974, le Centre de santé mentale communautaire de Montréal assumait les services externes de psychiatrie dans les quartiers Centre-sud et Centre-ville de Montréal. En 1974, les effectifs de cette corporation furent intégrés à l'hôpital Saint-Luc et constituèrent le personnel de la clinique externe de psychiatrie de cet hôpital. Cette clinique externe fut alors nommée Centre de santé mentale. Le Centre de santé mentale communautaire de Montréal demeura toutefois actif en publiant la revue *Santé mentale au Québec*, en fondant *La Chrysalide*, en étant fiduciaire des fonds des colloques annuels en santé mentale. En novembre 1983, il changea de nom pour s'appeler COMMUNAUTÉ ET SANTÉ MENTALE (COSAME) Inc.

SUMMARY

In this article, the author relates her experience as a trustee of psychiatric patients who are on welfare or under a public trusteeship. She explains the legal context that allows her to be a trustee and the modalities of administering the patient's daily affairs. With the help of concrete examples, she also describes how this management, riddled with difficulties though it may be, nevertheless helps the patients. She then proceeds by giving a provisional assessment of this experience.