

# Problématique actuelle en santé mentale

## Les patients chroniques hospitalisés dans les départements de psychiatrie des hôpitaux généraux

Yves Lecomte

Volume 16, Number 2, Fall 1991

Crise et intervention

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/032224ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/032224ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Lecomte, Y. (1991). Problématique actuelle en santé mentale : les patients chroniques hospitalisés dans les départements de psychiatrie des hôpitaux généraux. *Santé mentale au Québec*, 16(2), 9–21.  
<https://doi.org/10.7202/032224ar>



## **Problématique actuelle en santé mentale**

---

### **Les patients chroniques hospitalisés dans les départements de psychiatrie des hôpitaux généraux**

---

Yves Lecomte\*

**D**epuis la fin des années 80, la désinstitutionnalisation est redevenue l'objet du discours officiel des autorités gouvernementales québécoise (Politique de santé mentale, 1989) et française (Evin, 1990). L'objectif de traiter les patients dans leur milieu de vie est réaffirmé, et l'hôpital général est favorisé comme lieu de soins et de coordination des services en santé mentale<sup>1</sup>.

À Montréal, les soins psychiatriques sont sectorisés depuis 1962 et chaque secteur est sous la responsabilité d'un des 17 départements de psychiatrie. Cette expérience de trente ans démontre que le traitement des patients chroniques est la pierre d'achoppement de toute politique de désinstitutionnalisation, à cause de l'engorgement des lits de courte durée que leur traitement dans un hôpital général crée.

Pour résoudre ce problème, les solutions institutionnelles et hospitalières sont privilégiées. Peut-on élaborer des solutions, d'orientation psychosociale, tant dans les réseaux institutionnel que communautaire, sera l'objet de cette réflexion? Peut-on résoudre autrement que par les voies habituelles le dilemme permanent du réseau public: quels traitements offrir à des patients qui ne s'adaptent pas aux modes de traitement habituels ou, en contre-partie, auxquels le réseau public ne réussit pas à s'adapter?

---

\* L'auteur, m.a., m.ps., est thérapeute à la clinique externe de psychiatrie de l'hôpital Saint-Luc. Il remercie messieurs Yvon Lefebvre, Michel Roberge et mesdames Céline Mercier et Edwidge Rouleau pour leurs conseils.

Deux difficultés majeures entravent la réflexion et la recherche de solutions nouvelles: l'opérationnalisation d'une définition des patients chroniques, et la parcimonie des données.

### *Les définitions*

Les définitions de la chronicité reposent sur de multiples paramètres qui rendent le consensus et les comparaisons entre les données difficiles. Les paramètres sont l'âge (Pepper et al., 1981): psychosociaux (Sheets et al., 1982); numérique (nombre de jours et d'hospitalisations), etc. Actuellement, la popularité va aux combinaisons de trois paramètres (diagnostic, handicap et durée de la maladie) à partir desquels 19 définitions ont été élaborées (Schinnar et al., 1991; Strauss et Glazer, 1981; Strochack, 1987)<sup>2</sup>.

### *La parcimonie des données*

Les études sur la chronicité sont peu nombreuses au Québec. Par exemple, une seule étude<sup>3</sup> a été faite sur les patients chroniques hospitalisés dans les lits de courte durée à Montréal (Coupal, 1989). Cette étude montre que le tiers (312) des 962 lits de courte durée sont occupés par des patients chroniques, dont 29 % y sont depuis plus d'un an<sup>4</sup>. La variation peut s'étaler de 4 % à 51 % selon les hôpitaux.

Les patients de longue durée dans cette étude sont en majorité des psychotiques; ils ont connu de nombreuses hospitalisations (53 % ont plus de 5 hospitalisations et deux patients ont plus de 50 hospitalisations), et leur symptomatologie est instable dans 64 % des cas. Les deux tiers ont moins de 50 ans, les trois quarts sont célibataires et presque tous sont pauvres, leur potentiel d'employabilité étant très faible. Des troubles physiques de nature plus ou moins incapacitante affectent 60 % d'entre eux, mais moins du tiers nécessitent une aide complète pour les activités d'hygiène ou d'autosuffisance. Enfin, une faible minorité représente un danger pour elle-même ou autrui.

### **Le réseau d'hébergement institutionnel**

L'assise d'une politique de désinstitutionnalisation se trouve dans des lieux d'hébergement diversifiés et adaptés aux besoins et aux ressources de la clientèle. Quels que soient les modes de traitement, les activités de loisirs ou de travail offerts, l'hébergement demeure la clé de la réussite de cette politique. Sinon, celle-ci risque de dégénérer en simple gestion de l'itinérance, et les cas épineux comme Dernier Recours Montréal se multiplieront (Lecomte, 1989).

### *Un réseau d'hébergement psychiatrique*

Le réseau public offre aux patients psychiatriques des structures intermédiaires spécifiques qui accueillent une clientèle classée de légère à lourde en termes d'autonomie et de pathologie. Pour les moins de 35 ans, les structures sont conçues pour des patients qui ont conservé certaines capacités de vivre en société, des patients «plus légers». Ce sont les appartements supervisés (un patient par appartement) et les résidences de transition (9 patients au maximum). Elles sont axées sur la réadaptation et limitent la durée du séjour. Mais, pour les patients plus âgés ou plus handicapés (dont un grand nombre est jeune), les structures de famille d'accueil régulières et spéciales (9 patients maximum), de réadaptation (4 patients au maximum) et les pavillons (10 à 29 patients) sont offertes<sup>5</sup>. Elles sont orientées vers la sustentation, et le séjour n'est soumis à aucune limite de temps.

Afin de respecter leurs objectifs et de s'assurer un fonctionnement harmonieux, toutes ces ressources refusent ou excluent, selon les documents officiels, les personnes qui ont: 1) des comportements dangereux pour autrui ou soi-même; 2) des problèmes d'alcoolisme et/ou de toxicomanie; 3) des problèmes d'itinérance; 4) des comportements incendiaires; 5) des conduites antisociales graves ou répétées; 6) des troubles de comportement majeurs; 7) des problèmes d'incontinence; 8) des problèmes organiques; 9) des traumatismes crâniens; 10) des incapacités physiques incompatibles avec l'environnement physique. Certaines ressources exigent aussi la fidélité au traitement, et le respect rigide des heures de sortie, de repas, etc.

L'analyse de ces critères révèle que les catégories de patients exclus sont: les patients dangereux pour soi ou autrui; les toxicomanes et/ou les alcooliques: les itinérants et les patients qui ont un trouble physique majeur. Il faut remarquer que beaucoup de ces patients se classent dans la nouvelle nomenclature des doubles diagnostics.

Comme un certain nombre de patients est trop handicapé pour vivre même dans les ressources précédentes, le réseau d'hébergement non psychiatrique est alors sollicité par les départements de psychiatrie.

### *Un réseau d'hébergement non psychiatrique*

Aux personnes âgées, le système public offre un autre réseau, créé pour les personnes dont la perte d'autonomie est surtout de nature physique. Il s'agit du réseau d'hébergement et de soins prolongés, qui offre 14582 places à Montréal seulement; de ce nombre, 1420 (9 %) places sont occupées par des personnes de moins de 65 ans. Ce réseau

comprend: 1) les centres d'accueil d'hébergement; 2) les centres hospitaliers de soins de longue durée; 3) les soins prolongés dans les centres hospitaliers de soins de courte durée. Les deux premiers types de centre ont développé huit unités spécifiques pour les patients qui ont des troubles de comportement graves (332 places disponibles).

Pour être accepté, le patient doit avoir des besoins qui correspondent au mandat de ce réseau, soit être en perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, et ne pouvoir demeurer dans son milieu de vie naturel même avec le soutien de son entourage. Si le patient répondant à cette définition souffre de maladie mentale ou d'alcoolisme, sa pathologie ne peut constituer un motif de refus sauf si «l'établissement ne peut y faire face seul ou en collaboration avec d'autres ressources» (Bordeleau, 1989, 7).

Ce réseau fonctionne selon un ratio comptable d'heures/soins requises pour les soins du bénéficiaire, et a développé une méthodologie de sélection en ce sens. Or, ce ratio ne cadre pas avec la logique psychiatrique, ce qui entraîne une certaine incompréhension de part et d'autre, et un durcissement des rapports. Ainsi, une distinction est parfois faite dans ce réseau entre les patients psychiatriques et les autres. Les établissements distinguent alors entre la *majeure* psychiatrique et physique, sous-entendant que le réseau psychiatrique demeure responsable des soins aux patients qu'il réfère. Ainsi, pour qu'un patient psychiatrique soit accepté, certaines institutions exigent un engagement écrit de la part du directeur des services professionnels de l'institution référante. Cet engagement doit stipuler qu'à la suite d'une détérioration de l'état du patient, l'hôpital référant s'engage à le reprendre et à lui fournir les services psychiatriques requis.

Les échanges avec des professionnels ont fait ressortir dans certaines institutions de ce réseau la crainte «d'être pogné avec le patient», et qu'il ne soit plus «sortable». D'autres professionnels déplorent la stigmatisation dont seraient victimes certains patients psychiatriques. Ainsi, dès qu'un de ces patients devient le moins revendicateur, on fait appel immédiatement au réseau psychiatrique contrairement à ce qui se passe dans les autres patients dont les troubles d'agressivité se règlent à l'intérieur du réseau d'hébergement.

Comme ce réseau s'adresse en priorité aux personnes âgées, l'accès en est presque impossible pour les jeunes patients chroniques refusés dans les autres ressources. Ceux-ci se retrouvent dans un vacuum.

Un dernier facteur à considérer, peut-être le plus important pour ces cas chroniques, est la stabilité psychiatrique que les deux réseaux exigent du patient. La crise se trouve exclue des deux réseaux. Où la

vivre alors sinon à l'hôpital? Ainsi, 35 % des patients chroniques hospitalisés, selon le rapport du CRSSMM, résidaient dans une des ressources du réseau d'hébergement avant leur hospitalisation.

### **Le réseau des départements de psychiatrie**

Le réseau public offre maintenant aux patients chroniques l'hôpital général comme lieu de traitement des crises. Selon la loi, les départements de psychiatrie doivent offrir des services médicaux à toute personne qui le nécessite. Mais au-delà de cette exigence légale, d'autres motivations psychosociales soutiennent le recours fréquent à l'hospitalisation pour les patients chroniques.

Les départements de psychiatrie fonctionnent selon un modèle médical de la crise, et ce modèle favorise le traitement de toute crise dans un milieu hospitalier, par une médication et des soins infirmiers. Ce modèle se fonde sur un savoir et sur une efficacité biologique mais aussi sur une perception sociale, à savoir que toute crise psychotique ne peut se résoudre qu'à l'hôpital. Le réseau d'hébergement adhère à cette perception et contribue à son renforcement par son recours rapide au milieu hospitalier.

Entre les réseaux d'hébergement et l'hôpital existe un hiatus: des soins prolongés pour les patients chroniques. Autrefois, ce hiatus était comblé par les hôpitaux psychiatriques. Maintenant, il incombe aux deux réseaux de s'associer pour satisfaire les besoins des patients chroniques. Malheureusement, entre ces deux réseaux dont l'un est à prédominance sociale et l'autre médicale, une dialectique s'est imposée dont la conséquence est la création d'une zone grise dans laquelle se retrouvent les patients chroniques.

### **La dialectique réseau d'hébergement-réseau psychiatrique**

L'impuissance à guérir ou à stabiliser les patients provoque chez les intervenants des deux réseaux un sentiment d'échec ou une agressivité latente envers les patients qui ne répondent pas au traitement. Individuellement, chacun trouve des mécanismes pour échapper à ces affects inacceptables ou insupportables (Mercier, 1988). Collectivement, comment les deux réseaux échappent-ils à cette dialectique?

Le réseau d'hébergement se défend contre les sentiments d'échec, d'agressivité et d'intrusion causés par les patients en imputant au milieu hospitalier la responsabilité exclusive, et il attribue à ce réseau la toute-puissance de guérir les patients en les lui retournant. Dans ce contexte, comment réagit le réseau hospitalier?

### *Une forme de dissonance cognitive*

Le milieu hospitalier ne peut légalement et socialement se soustraire à cette demande. Il accepte les patients mais il ne peut les guérir: il s'ensuit une forme de dissonance cognitive. En effet, ces échecs contredisent la toute-puissance dont on affuble le réseau hospitalier et la perception sociale dont il est prisonnier: les actes ne correspondent pas aux paroles. Au lieu de favoriser une nouvelle approche de la crise psychotique ou un traitement différent dans un autre milieu, on résoud cette dissonance en réclamant davantage d'interventions hospitalières pour traiter les patients, justifiant ainsi après-coup ses décisions antérieures. Cette fuite en avant est si profonde qu'il semble impossible au milieu hospitalier d'abandonner le recours de plus en plus fréquent à l'hospitalisation.

Enfermés dans cette logique, et face aux difficultés posées par les patients chroniques à l'intérieur du système actuel, certains départements ont expérimenté les solutions suivantes: 1) créer plus de lits; 2) échanger des patients avec d'autres institutions, ce qui ne fait que déplacer le problème; 3) transférer petit à petit des patients dans des institutions de soins de longue durée, cette solution dépendant des rapports du médecin avec les responsables du milieu de longue durée; 4) jouer de finesse avec le réseau d'hébergement non psychiatrique en présentant les comportements du patient comme résultant d'une «majeure» physique; 5) hospitaliser les patients dans des lits de médecine et de chirurgie; 6) refuser le transfert d'un patient chronique, qui habite son secteur, d'un autre hôpital ou d'une des ressources du réseau d'hébergement si son dossier est fermé<sup>6</sup>.

### *L'effet halo*

De la même manière que le réseau d'hébergement, le milieu hospitalier recourt en priorité à ce réseau lorsqu'il atteint un plateau dans le traitement des patients chroniques, et que le temps de donner congé survient. La logique ici est que le réseau d'hébergement a la responsabilité et la capacité de fournir des lieux d'hébergement aux patients chroniques. Le recours constant à ces lieux est dû à un effet halo. Selon beaucoup d'intervenants, les patients hospitalisés à plusieurs reprises ne peuvent que continuer à se détériorer, et ils ne pourront vivre dans un milieu d'hébergement autre qu'institutionnel.

Dans l'enquête du CRSSMM, les intervenants estiment que 85 % des patients ont besoin d'un hébergement institutionnel, dont 39 % dans un milieu hospitalier ou dans un centre d'accueil. Pourtant, les données

de l'enquête montrent que peu de patients sont violents, ou ont un problème physique qui nécessite un placement institutionnel, ou ne pourraient s'occuper d'eux et s'auto-suffire si des solutions moins institutionnelles telles le maintien à domicile, l'apprentissage d'habiletés sociales, un soutien dans la communauté, etc. leur étaient offertes.

La dialectique inter-réseaux aboutit à un paradoxe: le milieu hospitalier renvoie les patients chroniques dans le réseau d'hébergement car il ne peut plus rien pour eux, même si leur état psychique est instable; mais ce dernier les refuse en disant qu'il ne peut rien faire pour eux tant que le réseau hospitalier ne les aura pas stabilisés. Que faire?

### **Les avenues possibles**

Dans cette situation apparemment inextricable, cinq voies nous semblent encore possibles: la consultation, la population-cible, le réseau asilaire, les ressources de crise et les ressources d'hébergement.

#### *La consultation*

Au lieu de laisser le débat se dérouler dans les seules instances administratives, il faut y faire entrer les cliniciens du réseau public et les ressources communautaires, car des solutions uniquement administratives risquent de ne pas faire long feu et de nous enfoncer davantage dans la logique actuelle.

#### *Cibler les populations*

Le réseau public doit accorder la priorité aux patients chroniques en consacrant les sommes nécessaires à leur maintien dans la communauté. Comme ces patients constituent un groupe très hétérogène, en termes d'âge, d'aptitudes sociales, d'handicaps physiques, etc., le diagnostic semblant le facteur le plus homogène, il s'avère nécessaire de tenir compte de cette hétérogénéité dans les projets d'intervention, sinon il y aura à nouveau risque de standardisation des interventions et de création d'un groupe d'exclus.

À cet égard, il faut considérer particulièrement un nouveau sous-groupe de patients chroniques qui, si la tendance continue, deviendra le groupe majoritaire. Ce sont les patients au double diagnostic (psychose et toxicomanie et/ou alcoolisme), qui représenteraient au moins 50 % des patients chroniques selon des études américaines (Sciaccia, 1991)<sup>7</sup>. Le ministère de la Santé et des services sociaux vient de reconnaître leur existence en allouant des fonds spéciaux pour leur offrir des soins spécifiques.

### *Le réseau asilaire*

Comme il est difficile à ces patients de trouver un lieu de vie et de traitement approprié, les administrateurs favorisent comme solution à long terme la conversion de lits de courte durée en lits de longue durée et le regroupement des patients chroniques dans des unités psychiatriques.

Depuis plusieurs années, un hôpital général soigne dans une telle unité 40 patients de longue durée, et de façon satisfaisante semble-t-il. Même si cette solution va à contre-courant de la politique actuelle de désinstitutionnalisation, elle n'est pas à rejeter. Elle semble répondre aux besoins d'une clientèle qui ne réussit à trouver aucun lieu adéquat pour elle. Il faudrait peut-être songer à créer de telles unités dans les milieux de vie des patients afin de conserver les liens communautaires sous forme par exemple d'«hostel-ward».

### *Éventail élargi de ressources de crise*

Le réseau des départements de psychiatrie doit élargir l'éventail de ses services au lieu de s'enfoncer dans la politique de l'hospitalisation, et offrir des options de traitement aux patients chroniques en crise afin de ne traiter que les véritables urgences (cf Lefebvre dans le présent numéro). Mais, offrir de nouvelles ressources nécessite une nouvelle conceptualisation de la crise. Brétécher, à Paris, et Turmel à Québec, proposent dans ce numéro une nouvelle conception phénoménologique ou psychanalytique de la crise psychotique. Turmel décrit aussi le traitement des crises psychotiques au 388, une ressource intermédiaire située dans le milieu de vie des patients (Apollon et al., 1990). Rappelons que durant les années 70, Mosher a expérimenté avec succès le traitement de la crise psychotique selon une perspective phénoménologique (Mosher et al., 1975).

Peut-être plus facilement intégrable dans le modèle psychiatrique, DeClerq, à Bruxelles, et Israël à Montréal, proposent un modèle d'intervention de crise intégré à l'urgence de l'hôpital, qui s'inspire de la théorie du stress, et dont l'emploi réussit à diminuer le recours à l'hospitalisation. Zombek, à Bruxelles, décrit aussi un mode de traitement hospitalier différent pour des patients chroniques, qui tient compte des facteurs sociaux et de la nécessité de liens soutenus avec la communauté.

Mais qui dit chronicité dit récurrence des crises. Pour réduire cette récurrence, *un réseau d'halte-crise*, terme proposé par le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale, devrait être mis à la dispo-

sition de ces patients dans chaque sous-région de Montréal. Le recours à ces lieux de crise, véritable soupape de sécurité, permettrait aux milieux de vie existants d'être encore plus tolérants envers leurs patients chroniques et de se sentir davantage appuyés dans leur travail quotidien. Ce réseau permettrait de rendre plus efficace le réseau d'hébergement psychiatrique; il offrirait une véritable solution de rechange à l'hospitalisation.

Le projet Centre de traitement dans la communauté Benoît XV à Québec en est un exemple. Ce projet est responsable d'une population-cible de 50 patients chroniques ayant connu de nombreuses hospitalisations. En leur offrant un refuge en cas de crise et un hébergement temporaire (de plusieurs mois parfois), ce centre a réussi à réduire le nombre d'hospitalisations et la longueur du séjour à l'hôpital de façon significative. Précisément, le CTC permet une réduction marquée du recours à l'unité de soins de l'hôpital, qui est remplacé par un nombre plus élevé de séjours au CTC mais avec des durées moins prolongées qu'à l'hôpital. Autrement dit, les patients utilisent souvent le CTC mais pour de courtes périodes, et délaissent progressivement l'hôpital comme solution à leurs difficultés.

À ce réseau d'halte-crise devraient être associées des équipes d'accompagnement dans la communauté qui soient vouées à cette population-cible, durant le temps nécessaire pour la stabilisation des patients. Le projet de Maria en Gaspésie en est un bel exemple (Nadeau et Bourque, 1991).

Un autre projet qui s'est révélé très bénéfique est Diogène. Il s'adresse à des patients majoritairement psychotiques qui ont des troubles de comportement et d'adaptation psychosociale. L'accompagnement des intervenants a permis à beaucoup de ces patients de se réinsérer dans des milieux de vie, et de recevoir les soins dont ils avaient besoin. Il a aussi permis au réseau institutionnel d'être plus tolérant à leur égard et de s'adapter à leur problématique. Il a enfin permis une réduction du temps d'hospitalisation et du temps de consultation à l'urgence lorsque les patients s'y présentaient (Lefebvre et Coudari, 1992).

### *Éventail élargi des ressources d'hébergement*

#### **— réseau institutionnel**

Il faudrait songer à financer des structures semi-asilaires. De tels lieux existent déjà et réussissent à maintenir dans la communauté des patients extrêmement difficiles, qui ne cadraient dans aucune des ressources du réseau d'hébergement. Ces ressources privées sont devenues

si utiles qu'elle obligeront le réseau public à reviser ses critères d'hébergement qui ne correspondent pas aux besoins de ces patients. Ces structures semi-asilaires, implantées dans la communauté, pourraient constituer une autre forme de pavillons ou de familles d'accueil pour leur financement.

Aux familles d'accueil et aux pavillons, une aide plus soutenue des départements de psychiatrie, sous forme de consultation ou d'intervention régulière dans le milieu, s'avérerait très bénéfique pour maintenir encore davantage ces patients dans leur milieu de vie.

Il en est de même pour le réseau d'hébergement à vocation non psychiatrique. Des expériences dans certaines régions du Québec montrent que la consultation psychogériatrique offerte aux intervenants de ce réseau assure une meilleure tolérance et une meilleure qualité de soins à ces patients, réduisant le recours au milieu hospitalier en cas de crise.

Il faut oser développer de nouvelles formes d'hébergement. Par exemple, dans le célèbre village de Geel en Belgique, une maison de 6 chambres reçoit des patients affectés de la maladie d'Alzheimer. L'aménagement des chambres a été conçu pour optimiser la sécurité, et un système d'intercom relié à un poste à l'hôpital sert de gardien. Aucun surveillant n'est sur place durant la nuit.

#### — réseau communautaire

Heureusement, la plupart des patients chroniques vivent dans la communauté. Pour les patients qui ne peuvent vivre avec leur famille ou le réseau familial élargi, mais qui désirent vivre dans la communauté, il faudrait que la Ville de Montréal poursuive la construction de chambres subventionnées. Cette politique s'est révélée très bénéfique pour les patients chroniques, à condition qu'un soutien continu et multiforme leur soit fourni. Le projet Oasis à Pointe Saint-Charles fournit un autre exemple d'une formule un peu différente: les appartements supervisés. Ce projet a réussi un pari presque impossible à réaliser: intégrer des patients chroniques difficiles dans un milieu de vie urbain. Grâce au soutien d'Action-Santé notamment, l'expérience peut encore se poursuivre malgré les nombreuses embûches qu'elle affronte quotidiennement. On pourrait multiplier ce genre d'expériences et réussir ainsi à moins institutionnaliser les patients chroniques.

## Conclusion

En résumé, les problèmes sérieux et persistants de certains patients chroniques sont la pierre d'achoppement de toute politique qui désire

échapper à l'Enfermement. Ces patients résistent à toute forme d'intervention qui vise à les transformer, à les normaliser. La chronicité est si réfractaire au changement que les intervenants en viennent eux-mêmes à ne plus réfléchir, à ne plus faire appel à leur imagination et à retourner aux solutions asilaires pour l'ensemble des patients.

Si l'on veut transformer le système à l'égard des patients chroniques, le premier piège à éviter est de mettre tout le monde dans le même sac. Même si la nosologie présente ici des difficultés certaines, tous les patients chroniques diffèrent et se ressemblent sous certains aspects, — les études doivent se poursuivre pour améliorer cette connaissance nosologique, dynamique et psychosociale de ces patients. Le deuxième piège est de croire que ces malades n'évoluent pas avec la société ambiante. Au contraire, ils évoluent et ils éprouvent les mêmes problèmes que leurs congénères non malades. Les patients à double diagnostic en sont la preuve. Il ne faudrait pas croire aussi que l'évolution est la même pour tous les patients chroniques. Les études longitudinales sur la schizophrénie démontrent le contraire. Enfin, le troisième piège est de s'ancrer dans des positions idéologiques qui font fi de la réalité. Certains patients nécessitent un milieu protecteur qu'il faut leur fournir. L'objectif sera de cibler les patients de façon à réduire leur nombre au strict minimum, et non en fonction d'un effet halo. Pour les autres patients, les réseaux public et communautaire devraient offrir des lieux d'hébergement et de soins différents, ancrés le plus possible dans la communauté et respectueux des modalités d'adaptation de chacun.

## NOTES

1. Aux États-Unis et en Italie, les centres de santé mentale furent privilégiés comme lieu de traitement pour les patients chroniques. Mais, sous la pression de divers facteurs socio-économico-politiques, les hôpitaux généraux connaissent depuis 1980 une affluence croissante aux États-Unis (Kiesler et Simpkins, 1991).
2. L'étude de Schinnar et al. (1990), réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 222 patients suivis dans un centre de santé mentale communautaire, a trouvé un taux de prévalence s'échelonnant entre 4 % et 88 % selon la définition utilisée.
3. Dans cette enquête, la seule à notre connaissance, les hôpitaux devaient remplir un questionnaire sur les patients hospitalisés entre les 25 septembre et 8 octobre 1988, et répondant à la définition d'un patient de longue durée. Au total, 330 questionnaires ont été remplis. De ce nombre, 16 questionnaires (4,8 %) ont été invalidés. Malheureusement, les 16 patients en question ne furent pas exclus des calculs. Une définition numérique ne

- signifie pas que le patient est chronique; son séjour prolongé peut être dû à la politique de soins de l'institution.
4. À la fin de 1991, la région métropolitaine de Montréal comptait 936 lits de courte durée dans les hôpitaux généraux. Si on y ajoute les lits de courte durée pour adultes et enfants dans les centres hospitaliers à vocation psychiatrique, le total s'élève à environ 1500 lits.
  5. En 1990, le centre Pierre Joseph Triest, chargé des pavillons et des centres d'accueil d'hébergement pour patients psychiatriques, a changé de vocation suite à une décision ministérielle. Les centres d'accueil ont été récupérés par le réseau d'hébergement à vocation non psychiatrique pour personnes âgées. Les patients seront relocalisés dans le réseau psychiatrique.
  6. Lorsqu'un patient n'a pas été vu pendant 6 mois, son dossier peut être fermé, et l'hôpital n'en a plus la responsabilité à moins que le patient n'habite encore son secteur.
  7. Cf. le numéro 50 de *New Directions for Mental Health Services* de l'année 1991.

## RÉFÉRENCES

- APOLLON, W., BERGERON, D., CANTIN, L., 1990, *Traiter la psychose*, GIFRIC, Québec.
- BORDELEAU, L., 1989, *Politique d'admission et de sortie incluant les critères d'admission en milieu d'hébergement et de soins de longue durée applicables dans les régions de Montréal Centre et Laval*, CSSSRMM, Montréal.
- COUPAL, M., 1989, *Projet d'évaluation des besoins des patients psychiatriques de longue durée séjournant en courte durée*, CRSSMM, Montréal.
- DORÉ, M., 1987, La désinstitutionnalisation au Québec, *Santé mentale au Québec*, XII, n° 2, 144-157.
- EVIN, C., 1990, *Circulaire n° 90 du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale*, Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale, Paris.
- KIESLER, C.A., SIMPKINS, C., 1991, The emergence of psychiatric department as quasi-units in general hospitals, *Hospital and Community Psychiatry*, 42, n° 12, 1224-7.
- LECOMTE, Y., 1989, Dernier Recours Montréal: lieu de convergence des exclus, *Santé mentale au Québec*, XIV, n° 2, 10-25.
- LEFEBVRE, Y., COUDARI, F., 1992, *Entre le délit et le délire: apprivoiser le désir*, UQAM-SBSC, Montréal, Ottawa.
- MALO, M.J., TREMBLAY, S., 1984, *«Halte-crise»: un service à développer...*, Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, Montréal.

- MERCIER, C., 1988, La réinsertion sociale: entre l'enthousiasme et l'amertume, *Santé mentale au Québec*, XIII, n° 1, 11-17.
- MOSHER, L.R., MENN, A., MATTHEWS, S.M., 1975, Soteria: evaluation of a home-based treatment for schizophrenia, *American Journal of Orthopsychiatry*, 45, 455-467.
- NADEAU, B., BOURQUE, A., 1991, *La réinsertion sociale en milieu rural québécois: adaptation du modèle de «case management»*, Présentation au troisième Congrès de l'Association mondiale pour la Réadaptation psychosociale, octobre, Montréal.
- PEPPER, B., KIRSHNER, M.C., RYGLEWICZ, H., 1981, The young adult chronic patient: overview of a population, *Hospital and Community Psychiatry*, 32, 463-469.
- Politique de santé mentale*, 1989, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des services sociaux.
- SCHINNAR, A.P., ROTHBARD, A.B., KANTER, R., JUNG, Y., 1990, An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness, *American Journal of Psychiatry*, 147, n° 12, 1602-1608.
- SCIACCA, K., 1991, An integrated treatment approach for severely mentally ill individuals with substance disorders, *New Directions for Mental Health Services*, n° 50, 69-84.
- SHEETS, J.L., PREVOST, J.A., REIHMAN, J., 1982, The young adult chronic patient: three hypothesized subgroups, *New Directions for Mental Health Services*, 14, 15-24.
- STRAUSS, J.S., GLAZER, W., 1982, Treatment of the so called chronically psychiatrically ILL, *Current Psychiatric Therapies*, 207-15.
- STROCHACK, R.D., 1987, Developing alternatives models for long-term care: The «family model» and the therapeutic community, *American Journal of Psychotherapy*, XLI, n° 4, 580-92.