

L'état des hôpitaux psychiatriques publics aux États-Unis en 1996

The State of the State Mental Hospital in 1996

Leona L. Bachrach

Volume 22, Number 2, Fall 1997

Le rôle des hôpitaux psychiatriques

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/032414ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/032414ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Bachrach, L. L. (1997). L'état des hôpitaux psychiatriques publics aux États-Unis en 1996. *Santé mentale au Québec*, 22(2), 33-52.
<https://doi.org/10.7202/032414ar>

Article abstract

Objectives: This analytical review is intended to update the author's earlier writings on the position of the state mental hospital within the spectrum of services for long-term mental patients and to provide a perspective for the next generation of service planners. Methods: Findings and commentary are organized around four major questions. First, what is the prevailing view of state mental hospitals today, and how does it compare with the view that existed in the first half of this century? Second, what individuals tend to be served in state mental hospitals today? Third, what has been the fate of mentally ill persons who are no longer served in state mental hospitals? Fourth, what is an appropriate role for the state mental hospital in today's uncertain and rapidly changing systems of care? Results and conclusions: Individual state mental hospitals vary in the composition of their resident populations, the content of their services, and the overall quality of their care. Although they have been superseded by community-based service structures in some places, they continue in general, as the result of their multifunctionality, to occupy a critical place in systems of care. Renewed efforts to integrate them as full partners within those systems must be undertaken.



L'état des hôpitaux psychiatriques publics aux États-Unis en 1996

Leona L. Bachrach*

Objectifs : Cette revue analytique a pour objectif de mettre à jour les écrits précédents de l'auteure sur la place des hôpitaux psychiatriques publics dans l'éventail des services pour personnes souffrant de troubles mentaux chroniques, et de fournir une perspective à la prochaine génération de planificateurs des services. **Méthodes :** les résultats et les commentaires sont organisés autour de quatre grandes questions. 1) Quel est actuellement le point de vue dominant au sein des hôpitaux psychiatriques publics, et comment se compare-t-il à celui qui prévalait au cours de la première moitié du siècle ? 2) Quel genre d'individus a tendance à être desservi par ces hôpitaux aujourd'hui ? 3) Quel a été le sort des personnes qui n'ont plus accès aux services des hôpitaux psychiatriques d'État ? 4) Quel serait un rôle approprié de l'hôpital psychiatrique au sein d'un dispositif de soins incertain et en constante évolution ? **Résultats et conclusions :** les hôpitaux psychiatriques varient dans la composition de leur population, le contenu de leurs services et la qualité générale de leurs soins. Bien qu'ils aient été remplacés à certains endroits par des structures à orientation plus communautaire, ils continuent en général, à cause de leur caractère multifonctionnel, d'occuper une place centrale dans les systèmes de soins. Des efforts soutenus s'avèrent nécessaires afin d'intégrer les hôpitaux psychiatriques publics comme partenaire à part entière au sein de ces systèmes.

Je suis très inquiet des hôpitaux psychiatriques d'État que je visite en plusieurs parties du pays. Ils sont démoralisés et se sentent oubliés. L'intérêt (et l'argent) est allé aux nouveaux programmes communautaires, qui ne fournissent pas de réponse aux malades chroniques.

— Maxwell Jones, 1978

Pour une raison ou une autre, ç'a été en quelque sorte mon lot d'écrire à intervalle de dix ans sur l'état des hôpitaux psychiatriques publics aux États-Unis. Dans une monographie intitulée *Deinstitutionalization : An analytical review and sociological perspective*, j'ai décrit la variété des fonctions, pour plusieurs subtiles et inattendues, que les

* L'auteure, Ph. D., est professeure de recherche en psychiatrie au Maryland Psychiatric Research Center, institution rattachée à l'université du Maryland School of Medicine.

Cet article est un extrait d'un texte paru dans la revue américaine *Psychiatric Services*, en octobre 1996, au vol. 47, n°10, sous le titre *The State of the State Mental Hospital in 1996*.

hôpitaux psychiatriques devaient assumer dans le passé et continuaient d'exécuter même si les services communautaires commençant à se développer rapidement (Bachrach, 1976).

J'ai alors suggéré que ces fonctions étaient centrales et ne pouvaient pas être écartées, expliquant qu'une désinstitutionnalisation réussie dépendrait de la capacité et de la volonté de la communauté d'assumer la panoplie des fonctions d'un hôpital psychiatrique public. Comme Jones (1978), j'étais préoccupée par le fait que les soins dispensés par les programmes communautaires ne répondaient pas adéquatement aux besoins des malades souffrant de troubles sévères et persistants.

Dix ans plus tard, en 1986, dans la revue *Hospital and Community Psychiatry*, j'écrivais que même si certaines communautés avaient réussi davantage que d'autres, le transfert nécessaire des fonctions de l'hôpital public aux agences communautaires ne s'était fait, au mieux, qu'en partie (Bachrach, 1986). J'ai fait alors quatre prédictions : l'hôpital d'État était destiné à survivre comme site important de services pour malades chroniques dans un proche avenir ; loin d'être monolithique, son caractère varierait d'un État et d'une communauté à l'autre ; il continuerait de servir comme un lieu parmi toute une variété de lieux importants de soins pour malades chroniques ; enfin, il était destiné à être accablé de crises d'identité et d'insuffisances financières pour des années. J'ai également souligné qu'aussi longtemps que l'hôpital d'État servait de force vitale dans la dispensation des services, cet établissement devait être perçu comme partie intégrante du continuum des services pour ces patients.

En date de 1996, appuyée par un corpus de littérature qui continue de s'accroître malgré les vues de certains sur le rôle amoindri des hôpitaux d'État, je maintiens encore mes opinions. Rien de ce que j'ai vu ou lu au cours des deux dernières décennies ne m'amène à les changer.

Pourtant, en préparant cet article, je me trouve plus réticente que je ne l'étais auparavant à m'aventurer quant à ce que l'avenir réserve aux hôpitaux psychiatriques publics. Les changements profonds dans la dispensation des services qui accompagnent la croissance des soins de cette décennie, se sont produits si rapidement qu'il est trop tôt pour dire comment les malades chroniques s'en tireront (Bachrach, 1996). Que nous soyons aux États-Unis en plein cœur d'une révolution du système de santé m'apparaît évident, et moi la première, je ne suis pas du tout disposée à anticiper les conséquences pour ceux qui souffrent de troubles sévères et persistants.

En conséquence, je consacrerai mes efforts à certaines observations sur l'état de ces hôpitaux publics alors que nous approchons du 21^e siècle. Les objectifs de cet article sont doubles : mettre à jour mes écrits précédents sur ce sujet et fournir une certaine perspective aux futurs planificateurs, qui auront sûrement du pain sur la planche. Des citations de la littérature courante, incluant des articles de périodiques répertoriés dans *Medline*, des rapports de journaux, des livres récents sur les dispositifs de services en santé mentale et une variété d'écrits dans la littérature « grise » généralement pas indexés aux archives traditionnelles, seront parsemés de commentaires et d'observations issus d'un long intérêt professionnel et d'une préoccupation personnelle pour le sort des personnes souffrant de maladie mentale chronique.

Quatre grandes questions interreliées revenant constamment dans la littérature actuelle servent de toile de fond à ce compte-rendu analytique. Elles portent sur les perceptions contemporaines dominantes de l'hôpital psychiatrique public, sur les caractéristiques des patients qu'il dessert, sur le sort de ceux qu'il ne dessert plus, et sur le rôle approprié de cet hôpital au sein du système actuel. Bien que ces questions ne représentent qu'une partie de celles qui sont discutées dans la littérature, je les ai choisies pour leur actualité et pour la fréquence, explicite ou implicite, de leur mention. Leur popularité révèle que la controverse sur les hôpitaux d'État n'est pas morte et que, malgré des coupures continues et leur dépeuplement des quarante dernières années, les experts en mesurent encore la valeur pour les patients, leur pertinence au sein du système plus large de soins et leur viabilité en général.

Quatre questions

Quel point de vue domine aujourd'hui sur les hôpitaux psychiatriques d'État et comment se compare-t-il avec celui de la première moitié du siècle ?

Cette question critique peut être paraphrasée en termes plus directs, peut-être moins polis : est-ce que les hôpitaux psychiatriques d'État sont aujourd'hui « meilleurs » que dans la première moitié du siècle ? Sont-ils davantage ou moins humains, et les traitements offerts aux patients sont-ils plus appropriés ou moins ?

Il est difficile de répondre, car les hôpitaux d'État dans le passé étaient des établissements diversifiés qui variaient grandement selon leur milieu, les traitements offerts, la compétence de leur personnel, et jusqu'à ce jour, ils continuent de l'être.

Aujourd'hui comme alors, certains ont des programmes innovateurs de soins et de réhabilitation pour malades chroniques (Ozarin, 1989). D'autres servent de portail au sein d'un système plus large de soins (Shapiro, 1983). Cependant, d'autres établissements, tout en répondant aux besoins de base des patients, ne semblent offrir rien de plus qui pourrait promettre de l'espoir ou de la croissance. Plus encore, il n'existe pas de critères standardisés et universellement acceptés qui permettent de mesurer le caractère et la qualité d'un hôpital psychiatrique d'État, et encore moins de comparer des catégories d'établissements au cours de périodes différentes.

Cependant, en 1996, les hôpitaux psychiatriques publics de diverses parties des États-Unis sont la cible d'attaques graves. Au New Jersey, selon un article du *New York Times* (1996), « une série d'incidents humiliants » ont eu lieu — incluant des suicides de patients, de la négligence du personnel, et des agressions sexuelles de patients par des membres du personnel — dans un hôpital psychiatrique public. À New York, un patient violent et homicidaire qui avait obtenu son congé a tué une femme en la poussant sous un wagon de métro. Cet incident a été largement perçu comme le résultat d'une mauvaise décision de l'hôpital ; le commissaire d'État en santé mentale fut renvoyé à la suite de l'événement (Dugger, 1995).

Dans le district de Columbia, des patients de l'hôpital St-Elizabeth ont été obligés de dormir enveloppés dans leur manteau à cause d'un problème de chauffage (Harris, 1995). À la lumière de ces incidents et d'autres (Strauss, 1996), l'hôpital risque d'être fermé, malgré les appuis de professionnels (Peele et Chodoff, 1996). En Illinois, une enquête d'un comité d'experts a conclu à des allégations de négligence du personnel, de grossière incompétence et de conditions inhumaines de vie au sein de tous les hôpitaux psychiatriques publics. Il est à noter toutefois que l'objectivité des experts a été sérieusement remise en question par les autorités gouvernementales (*Chicago Tribune*, 1996).

Pour plusieurs qui se souviennent des premières années de la désinstitutionnalisation, il y a du *déjà vu* dans ces événements : des révélations de traitements inadéquats et de conditions inhumaines étaient chose courante à cette époque. Toutefois, même alors les hôpitaux publics avaient leurs partisans et leurs détracteurs, et des points de vues polarisés sur les mérites de la désinstitutionnalisation étaient courants.

Au début des années 70, les opinions sur le rôle et l'efficacité de l'hôpital psychiatrique public semblent plus modérées (Bachrach, 1976). Dingman (1974) observe en 1974 que plusieurs établissements à

orientation communautaire n'avaient pas plus de succès à répondre aux besoins des malades aux troubles sévères que les hôpitaux publics. Selon lui, peu importe les problèmes inhérents à l'hôpital psychiatrique, il était « impensable » de s'en défaire complètement.

Au cours de la décennie 70, des efforts concrets pour relier les hôpitaux publics aux services communautaires connaissent une certaine popularité aux États-Unis, dans des initiatives décrites comme un système unifié de soins (Smith et al., 1977 ; Talbott, 1983). En rétrospective, il était peut-être relativement facile au cours de cette décennie de tenter de construire des dispositifs de soins qui permettaient la coexistence — même la coopération active — des hôpitaux publics et des agences communautaires. C'était une époque où il semblait n'y avoir aucune limite aux ressources disponibles pour les services en santé mentale, et les initiatives expérimentales étaient encouragées (Dinitz et Beran, 1971). Mais la compétition féroce actuelle pour les fonds entre les différentes entités (Freudenheim, 1995 ; Petrila, 1995) a mené à une espèce d'impasse, et il semble, à en croire le ton de la littérature, que nous nous dirigeons vers la façon de pensée ou d'agir des débuts de la désinstitutionnalisation.

Ainsi, aucun point de vue prédominant sur les hôpitaux psychiatriques publics n'existe aujourd'hui. Des réactions polarisées sur les services rendus par ces établissements — et même sur leur présence pour le soin des malades chroniques — abondent, et un progrès réel ou apparent pour rapprocher les opinions antagonistes est, au mieux, en suspens.

Nous ne pouvons, non plus, faire de comparaisons valides entre l'hôpital public d'aujourd'hui et celui d'hier. Parce que nous manquons de critères standardisés qui nous permettraient de le faire de manière globale, nous sommes destinés à nous en tenir aux limites imposées par les critères historiques. Nous devons évaluer ces établissements seulement à l'intérieur d'une période de temps et non d'une période à une autre.

Quels individus tendent à être desservis par les hôpitaux psychiatriques publics aujourd'hui ?

Quant au nombre de patients, l'hôpital psychiatrique public a connu dans l'éventail des services pour malades chroniques un déclin significatif au cours des quatre dernières décennies. Le nombre absolu de patients y résidant a baissé de 86 % — de 560 000 personnes en 1955 à 77 000 aujourd'hui. La baisse relative est encore plus impressionnante pour la même période. En 1995, un total de 339 sur 100 000 personnes

vivant aux États-Unis résidaient dans un hôpital psychiatrique public ; aujourd'hui seulement 31 sur 100 000 personnes y séjournent un jour ou l'autre — une baisse de plus de 90 % (Bachrach, 1986 ; Center for Mental Health Services, 1995).

De la documentation supplémentaire sur la baisse de la présence de l'hôpital psychiatrique public est fournie par des statistiques comparatives sur le lieu des épisodes de soins des patients. En 1955, un total de 63 % de tous ces épisodes aux États-Unis se sont produits dans un hôpital psychiatrique, comparativement à seulement 16 % en 1990 (Redick et al., 1994).

Pour plusieurs détracteurs de la situation actuelle, la présence de 77 000 individus qui continuent de résider dans un hôpital psychiatrique public est probablement vue comme excessive, et comme une preuve que la désinstitutionnalisation — le remplacement de l'hôpital psychiatrique d'État par une gamme de services communautaires pour le soin de personnes souffrant de troubles sévères et persistants (Bachrach, 1976) — n'a pas progressé suffisamment ni assez rapidement. Pour d'autres, toutefois, ce nombre établit un seuil des limites absolues de la désinstitutionnalisation : la population des hôpitaux psychiatriques ne peut être réduite au delà d'un certain minimum (Thompson et al., 1993 ; Wines, 1988). Et pour d'autres encore, qui voient avec inquiétude la population grandissante d'individus qui souffrent de maladie mentale être soit mal servie ou pas servie du tout dans nos pénitenciers et dans nos rues (Lurigio et Lewis, 1989 ; Satel, 1996), le nombre est sans doute trop petit et on pourrait l'augmenter pour accommoder les besoins d'individus qui sont largement ignorés par les services communautaires actuels.

Parmi les individus qui continuent d'utiliser les hôpitaux psychiatriques publics aujourd'hui, qui est représenté ? Le véritable nombre d'usagers au cours d'une période d'un an est substantiellement plus élevé que le compte d'usagers un jour ou l'autre, et généralement, la liste de ces établissements inclut, comme par le passé, des nombres mesurables de personnes de trois sous-groupes importants (Bachrach, 1978 ; Wing, 1975) :

- Des patients âgés en soins prolongés — des individus qui ont résidé dans l'hôpital pour une longue période, souvent plus de cinq à dix ans, et qui sont considérés comme étant trop à risque pour obtenir leur congé ;
- Les nouveaux patients en soins prolongés — les patients admis plus récemment qui ne seront vraisemblablement pas retournés de sitôt dans la communauté ;

- Les patients en bref séjour — admis récemment qui y séjourneront pour une ou deux semaines ou même moins, et qui reviennent souvent pour y être réadmis de façon répétitive.

Les patients en bref séjour, particulièrement ceux avec de multiples admissions, représentent une majorité dans plusieurs sinon dans tous les établissements (Appleby et al., 1993 ; Geller, 1992). Toutefois, la composition précise de la population des hôpitaux psychiatriques publics varie d'un établissement à l'autre, et il y a probablement autant de réponses à la question qu'il y a d'hôpitaux.

Quel a été le sort des personnes souffrant de maladie mentale qui ne sont plus desservies par les hôpitaux psychiatriques d'État ?

Il y a vingt ans, le terme « malade mental chronique » était considéré acceptable et couramment utilisé lorsqu'on se référait aux personnes en hôpital psychiatrique public (Bachrach, 1988). Dans ma monographie de 1976 (Bachrach, 1976), j'ai défini les malades mentaux chroniques comme des « personnes qui sont, ont été ou pourraient avoir été — sans le mouvement de désinstitutionnalisation — sur les listes des hôpitaux psychiatriques publics ». Aujourd'hui, sensibilisée par la détresse que ce terme a causé à plusieurs personnes qui souffrent de troubles sévères et persistants (Bachrach, 1992 ; Bachrach, 1993), j'essaie souvent de substituer d'autres termes. Mais la définition offerte en 1976 cerne précisément cette troisième question. Outre les individus qui pourraient être sur la liste des hôpitaux un jour ou un autre, quel a été le sort de cette population ?

Encore une fois, il n'y a pas de réponse simple. Selon diverses sources, plusieurs de ces personnes ont été traitées avec succès dans des services communautaires (Cohen, 1990 ; Warner, 1995) bien que — comme c'est le cas pour les populations en hôpital psychiatrique public — les pourcentages diffèrent largement parmi les communautés selon les variables discutées plus haut.

Pour ces personnes, la philosophie de base de la désinstitutionnalisation — l'idée que les soins communautaires sont plus humains et plus thérapeutiques que ceux des hôpitaux psychiatriques (Bachrach, 1976) — est facile à démontrer parce que leur qualité de traitement et de vie est grandement améliorée comparativement à un hôpital psychiatrique public. Plusieurs expriment beaucoup plus de satisfaction sur les circonstances de leur vie lorsqu'elles les comparent avec celles de l'hôpital

psychiatrique, et, vraiment, certains patients, malgré leur maladie, ont atteint un certain degré de « normalisation » dans leurs activités quotidiennes. Certains vivent de façon autonome, travaillent. Ces réussites étaient relativement rares à l'époque où les hôpitaux dominaient le système de soins.

Mais ces généralisations s'appliquent seulement à certains individus souffrant de maladie mentale. D'autres qui ont dans le passé séjourné dans un hôpital psychiatrique public ont été retournés dans la communauté où il y a peu ou aucun programme pour eux et plusieurs finissent dans la rue. D'autres, un pourcentage grandissant de la population totale de personnes souffrant de maladie mentale, n'ont jamais été admis dans un hôpital psychiatrique public, ou dans un autre établissement (Bachrach, 1978; Bachrach, 1992), souvent à cause de « politiques de détournement des admissions » (Geller, 1991) — quelquefois rien de moins qu'un euphémisme pour n'offrir aucun service (Dionne, 1978; Sullivan, 1979).

Même là où les soins communautaires ont été bien conçus et financés adéquatement — même au sein de systèmes de soin où l'espoir, l'effort et la compétence clinique ont été investis dans des entreprises à orientation communautaire — certaines personnes souffrant de maladie mentale sont traitées inadéquatement ou tout simplement pas. Par exemple, les « nouveaux patients chroniques » ont trouvé très difficile de survivre dans la communauté. Parmi les problèmes, l'accès facile à l'alcool et à d'autres substances a grandement exacerbé leurs symptômes psychiatriques et interféré avec toute amélioration de leur condition que les soins communautaires auraient pu bonifier (Satel, 1996; Bachrach, 1996; Lamb et Shaner, 1993).

On estime qu'entre le tiers et la moitié de la population des sans-abri aux États-Unis souffrent de troubles mentaux sévères et persistants (Lamb et Bachrach, 1992), et plusieurs auraient pu dans le passé être desservis dans un hôpital public. Qu'ils soient « mieux » dans la rue est une question de jugement personnel, mais il est juste de dire à tout le moins que leur besoins de base pour la nourriture, un abri, les vêtements et les soins médicaux seraient mieux comblés dans un environnement hospitalier (Belkin, 1992).

Une autre portion significative de la population desservie antérieurement par les hôpitaux psychiatriques publics peut se retrouver dans les prisons et autres établissements du service correctionnel. Plusieurs de ces individus éprouvent beaucoup de difficultés à obtenir des services en santé mentale après leur sortie.

Comment expliquer ces faits troublants en regard de la promesse des services communautaires de prendre soin des personnes souffrant de cette maladie ? Le sort de ces personnes peu ou mal desservies est en partie attribuable à certains facteurs comme la résistance des communautés à les intégrer à la société, la fragmentation des services des systèmes communautaires, et les problèmes persistants de financement (Bachrach, 1989 ; Bachrach, sous presse). D'autres complications surgissent sans doute du fait que rien dans le monde de la planification des soins en santé mentale semble immuable pour longtemps, un fait qui rend difficile la tâche de planifier, de justifier et de soutenir de nouveaux programmes. De vieilles structures de service disparaissent et de nouvelles pratiques de dispensation de services sont introduites même si le soutien politique pour améliorer les soins en santé mentale devient de plus en plus incertain (Bachrach, sous presse ; Bachrach, 1991). Même le langage de la prestation des soins en santé mentale change dramatiquement avec les promesses sous-entendues dans les concepts de traitement d'un jour (Bachrach, 1994).

Ainsi, il n'est pas surprenant que les gouvernements de l'État ou au niveau local, pris à répondre à une multitude de groupes de pression aux intérêts variés, ont largement manqué de ressource — et souvent aussi d'intérêt et de volonté — pour répondre adéquatement aux besoins des patients souffrant de troubles sévères et persistants (Kammer, 1995 ; Wolpert, 1995). Ironiquement, maintenant que nous avons davantage d'expérience pour nous guider dans nos efforts futurs pour remplacer les hôpitaux d'État par des établissements communautaires alternatifs, nous sommes placés devant la réalité que les soins pour malades mentaux ne sont plus seulement une question de conscience sociale et d'expertise professionnelle. Il s'agit aussi, malheureusement, d'une question de politique et de changement de priorités dans les services. L'idéalisme des années 60 quand les services communautaires étaient largement endossés et poursuivis — avec un financement apparemment illimité — a été remplacé, au moins temporairement, par des considérations terre à terre de réduction de coût dans le design de système de soins en santé mentale (Bachrach, 1996 ; Petrila, 1995).

Comment alors résumer la réponse à cette troisième question ? Je soumettrai, dans un premier temps, que le sort des gens qui ne sont plus desservis par les hôpitaux publics a été si varié qu'il est difficile de faire quelque jugement sommaire sur leurs circonstances de vie ou même sur les endroits où ils se trouvent. Certains s'en sont sortis de façon admirable ; d'autres ont éprouvé des conditions de vie du moins aussi indésirables et quelque fois plus menaçantes et inhumaines qu'ils auraient pu

connaître comme résidents d'un hôpital public. Et bien que nous possédions aujourd'hui la technologie pour améliorer les soins de ces individus mal desservis — sous forme d'identification de cas, d'*outreach* et de case-management, de multiples possibilités de résidence, d'intervention et de réadaptation, et de programmes spéciaux de double diagnostic (Cohen, 1990; Warner, 1995; Zealberg et al., 1993; Carling, 1993), — leur sort, étant donné le climat politique actuel et la baisse des ressources, est, au mieux, une gêne pour la communauté en santé mentale et pour la société et, au pire, une tragédie immense pour ces individus et leurs familles. Est-il alors temps de remettre l'hôpital psychiatrique public au centre du locus de notre système de soins ? Il n'y a pas de réponse claire à cette question puisqu'il s'agit largement d'une question de jugement : les convictions personnelles de chacun doivent être considérées.

D'un côté, les motifs de ceux qui prônent une renaissance des soins de l'hôpital psychiatrique sont souvent bien humains et ne devraient pas nécessairement être écartés comme réactionnaires (Lamb et Shaner, 1993; Brill, 1985; Zaleski et al., 1979). De l'autre côté, ceux qui sont disposés à regarder la coupe de la désinstitutionnalisation comme étant à moitié pleine plutôt qu'à moitié vide sont, pour leur part, justifiés de craindre qu'un retour massif aux soins dispensés dans les hôpitaux psychiatriques pendant cette conjoncture, minerait le lent mais sûr progrès dans la création des systèmes de soins communautaires (Bachrach, sous presse).

Des traitements et des soins excellents et inférieurs se retrouvent dans les deux environnements, et ni l'un ni l'autre ne peut être décrit comme fondamentalement « meilleur » pour tous les patients en toutes circonstances. Ainsi, des efforts pour en arriver à une coexistence productive sont clairement à l'ordre du jour. Il est impérieux que nous tentions encore une fois, comme nous l'avons fait début 70, de dépolariser les opinions extrêmes sur la question des soins en hôpital psychiatrique public. Les gens dont la vie a été contrariée par une maladie mentale sévère ne doivent pas être victimisés davantage par l'intransigeance d'idéologues ou par la « rectitude politique » de pragmatistes (Lamb, 1994; Wilson, 1993).

Quel serait le rôle approprié pour l'hôpital psychiatrique public au sein d'un système incertain et en constante évolution ?

Il n'est pas suffisant de reconnaître que les hôpitaux psychiatriques publics continuent d'occuper une niche critique au sein de dispositifs de soins dans plusieurs communautés. Nous devons aller plus loin et tenter

de décrire cette niche même si la tâche est jalonnée de risques. Tenter de définir la place appropriée de cet hôpital au sein du système de soins nous encourage trop souvent à jouer un « jeu de géographie » où l'hôpital est vu comme une collection de briques et de mortier, non comme un établissement — à certains endroits le seul — où fournir des services spécifiques.

Les règles d'un tel jeu ne sont pas subtiles; y gagne qui appuie n'importe quel établissement *autre* que l'hôpital psychiatrique public, largement perçu idéologiquement comme indésirable. Les gestionnaires sont en fait encouragés à jouer à ces jeux de géographie chaque fois que leurs programmes sont évalués par les sources de financement ou des conseils d'établissement qui utilisent comme critères des index d'hôpitaux : baisse du nombre des admissions, des patients résidants, des longueurs de séjour. Des mesures plus subtiles de services appropriés, de qualité de soins et de qualité de vie (Munetz et Geller, 1993 ; Bachrach, sous presse ; Bachrach, 1980) donnent relativement peu de points dans de telles parties.

Les jeux de géographie sont grandement populaires parce qu'ils simplifient des événements complexes, et pour se garder de leur séduction, plusieurs étapes doivent être entreprises. Premièrement, les gestionnaires et les fournisseurs de services doivent reconnaître que malgré l'existence de modèles pour certains systèmes de soins dans des communautés américaines, la croissance des services communautaires dans ce pays est loin d'avoir réussi à éliminer le besoin de l'hôpital psychiatrique public. La question, si on lit bien entre les lignes de la littérature, n'est pas tant de savoir si la communauté a le potentiel voulu pour fournir un éventail de services (Becker et Schulberg, 1976 ; Okin, 1995), mais plutôt si elle possède les ressources et la volonté de le faire. Ces ingrédients critiques absents, les soins en hôpital psychiatrique public doivent encore être vus comme un élément essentiel dans n'importe quel continuum de services.

En mettant l'accent sur des statistiques comme des index de résultats importants, le jeu de la géographie tend à nous décourager de regarder de plus près ce que fait véritablement un hôpital psychiatrique public. Ainsi une deuxième étape importante pour s'en garder est d'évaluer l'éventail complet des services fournis par ces établissements (Munetz et Geller, 1993).

La littérature révèle que les hôpitaux psychiatriques publics, aujourd'hui comme par la passé, remplissent un éventail étonnant de fonctions. Non seulement ils surveillent de près le cours de la maladie

d'individus sévèrement handicapés, mais ils fournissent de plus des traitements psychiatriques, des soins médicaux, un refuge à court ou à long terme, des soins résidentiels, des interventions de crise, une structure sociale et une définition de rôle (Bachrach, 1976; Bachrach, 1984; Wasow, 1993). Non que tous les hôpitaux dispensent tous ces services ni, non plus, qu'ils offrent toujours les options les plus désirables. Toutefois, à plusieurs endroits, les hôpitaux d'État peuvent être les seuls établissements à fournir même les soins les plus minimaux et le refuge pour personnes en grand besoin d'assistance. Dans ces cas, ce sont les patients qui sont les vrais perdants des jeux de la géographie.

Plus encore, ce ne sont pas seulement les patients qui sont desservis par ces hôpitaux d'État. Pour leur famille, l'hôpital peut fournir un répit et un soulagement grandement nécessaire, autant que de l'éducation et du support (Craig et al., 1987). Pour le système de soin, il peut fournir une avenue aux individus qui semblent plus difficiles à rejoindre et ainsi leur permettre d'être traités. Pour la communauté de professionnels, l'hôpital peut offrir des occasions de recherche et de formation sans pareilles (Douglas et al., 1994; Miller, 1981). Pour la société, l'hôpital psychiatrique public peut être un endroit servant à la ségrégation et au confinement d'individus dangereux. Pour les communautés locales, enfin, particulièrement en milieu rural, l'hôpital psychiatrique public peut fournir une assiette fiscale ainsi que des possibilités d'emplois.

Cette liste partielle des fonctions des hôpitaux psychiatriques publics (Bachrach, 1976) fournit certains indices du rôle propre de ces établissements au sein des systèmes actuels de soins dans presque toutes les communautés. Si les hôpitaux étaient seulement un endroit offrant des soins médicaux et psychiatriques, leur fonctions pourraient facilement être remplacées par d'autres établissements de court terme ou de soins prolongés. Si l'hôpital était seulement un centre de détention, ces fonctions pourraient être prises en main par le système judiciaire. S'il était seulement un établissement résidentiel pour personnes souffrant de troubles sévères et persistants, il pourrait être facilement remplacé par un complexe domiciliaire. Et bien que les agences communautaires aient à certains endroits assumé une ou plusieurs ou encore l'ensemble de ces fonctions avec succès, aucune entité à service unique n'a encore réussi à égaler la multifonctionnalité de l'hôpital psychiatrique.

En bref, que les fonctions auxquelles s'identifie l'hôpital soient bien ou mal exécutées — que les conditions de vie y soient inhumaines ou les traitements inspirants — il y a un noyau de services, dont le contenu varie d'une place à l'autre, qui semble encore appartenir à l'hôpital psychiatrique public. Reconnaître ce fait n'équivaut pas nécessai-

rement à endosser l'existence indéfinie de l'hôpital psychiatrique public ; il s'agit seulement de reconnaître une réalité.

Le psychiatre britannique John Wing (1975) résumait de façon éloquente le concept par lequel le rôle de l'hôpital psychiatrique public devait être évalué. « La qualité de vie vécue par le patient et sa famille est le critère final par lequel les services doivent être jugés. Un bon hôpital est mieux qu'une auberge ou un environnement familial minables. Un environnement familial sain est mieux qu'un hôpital minable ou qu'une auberge minable. La même chose s'applique pour l'environnement quotidien — travail ouvert, enclaves dans des entreprises ordinaires, ateliers de réadaptation ou centres de jour protégés. Une dénonciation universelle de n'importe quel type d'établissement peut s'avérer nuisible puisqu'elle n'est pas fondée sur des principes rationnels d'évaluation, de traitement ou de soins. »

RÉFÉRENCES

- APPLEBAUM, P. S., 1991, Barring the state hospital door, *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 351-352.
- APPLEBY, L. A., DESAI, P. N., LUCHINS, D. N., 1993, Length of stay and recidivism in schizophrenia: a study of public psychiatric hospital patients, *American Journal of Psychiatry*, 150, 72-76.
- BACHRACH, L. L., 1976, *Deinstitutionalization: An Analytical Review and Sociological Perspective*, National Institute of Mental health, Rockville, Md.
- BACHRACH, L. L., 1978, A conceptual approach to deinstitutionalization, *Hospital and Community Psychiatry*, 29, 573-578.
- BACHRACH, L. L., 1980, Is the least restrictive environment always the best? Sociological and semantic implications, *Hospital and Community Psychiatry*, 31, 97-103.
- BACHRACH, L. L., 1986, Deinstitutionalization: what do the numbers mean?, *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 118-121.
- BACHRACH, L. L., 1986, The future of the state mental hospital, *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 467-474.
- BACHRACH, L. L., 1988, Defining chronic mental illness: a concept paper, *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 383-388.
- BACHRACH, L. L., 1988, Transient patients in a Western state hospital, *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 123-124.

- BACHRACH, L. L., 1991, The 13th principle, *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 1205-1206.
- BACHRACH, L. L., 1992, «The chronic patient» : in search of a title, *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 867-868.
- BACHRACH, L. L., 1992, What we know about homelessness among mentally ill persons: an analytical review and commentary, *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 453-464.
- BACHRACH, L. L., 1993, Organizational issues and expertise in care innovation: applying the principles of continuity of care, in Wolf, J., van Weeghel, J., Utrecht, J., eds., *Changing Community Psychiatry: Care Innovation for Persons With Long-Term Mental Illness in the Netherlands*, Netherlands Institute of Mental Health.
- BACHRACH, L. L., 1993, Should «The chronic patient» be replaced? Reader responses, *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 817-818.
- BACHRACH, L. L., 1994, *The Semantics of Mental Health Service Delivery*, presented at the annual meeting of the Ontario Psychiatric Association, Toronto, Jan. 28.
- BACHRACH, L. L., 1996, Deinstitutionalization: promises, problems, and prospects, in Knudsen, H. C., Thornicroft, G., eds., *Mental Health Service Evaluation*, Cambridge University Press.
- BACHRACH, L. L., LAMB, H. R., 1989, What have we learned from deinstitutionalization, *Psychiatric Annals*, 19, 12-21.
- BACHRACH, L. L., sous presse, Deinstitutionalization in the US, in Chichester, L. J., ed., *Caring in the Community*, Wiley, Sussex.
- BACHRACH, L. L., 1984, Asylum and chronically ill psychiatric patients, *American Journal of Psychiatry*, 141, 975-978.
- BACHRACH, L. L., 1996, Managed care: II. some «latent functions,» *Psychiatric Services*, 47, 243-244-253.
- BECKER, A., SCHULBERG, H. C., 1976, Phasing out state hospitals: a psychiatric dilemma, *New England Journal of Medicine*, 294, 255-261.
- BELKIN, L., 1992, Treating the sick can mean clothing them too, *New York Times*, Nov. 24, p. B1, B2.
- BIGELOW, D. A., CUTLER, D. L., MOORE, L. J., 1988, Characteristics of state hospital patients who are hard to place, *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 181-185.

- BRILL, N. Q., 1985, Deinstitutionalization and the rights of society, *American Journal of Social Psychiatry*, 3, 54-59.
- CARLING, P. J., 1993, Housing and supports for persons with mental illness: emerging approaches to research and practice, *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 439-449.
- CARR, A., 1992, The scary situation in our shelters, *Washington Post*, Dec. 13, p. C8.
- CASPER, E. S., 1995, Identifying multiple recidivists in a state hospital population, *Psychiatric Services*, 46, 1074-1075.
- CENTER FOR MENTAL HEALTH SERVICES, 1995, *Additions and Resident Patients at End of Year, State and County Mental Hospitals, by Age and Diagnosis, by State*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, Md.
- CENTER FOR MENTAL HEALTH SERVICES, 1995, *Double Jeopardy: Persons With Mental Illnesses in the Criminal Justice System: A Report to Congress*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, Md.
- CHICAGO TRIBUNE, 1996, The ACLU has a tainted case, *Chicago Tribune*, June 26, p. 14.
- COHEN, N. L., ed., 1990, *Psychiatry Takes to the Streets*, Guilford Press, New York.
- CRAIG, T. J. H., HUSSEY, P. A., KAYE, D. A., 1987, Family support programs in a regional mental health system, *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 459-460.
- CRAIG, T. J., LASKA, E. M., 1983, Deinstitutionalization and the survival of the state hospital, *Hospital and Community Psychiatry*, 34, 616-622.
- CRAIG, T. J., GOODMAN, M. A., SIEGEL, C., 1984, The dynamics of hospitalization in a defined population during deinstitutionalization, *American Journal of Psychiatry*, 141, 782-785.
- DINCIN, J., ed., 1995, A pragmatic approach to psychiatric rehabilitation: Lessons from Chicago's Thresholds Program, *New Directions for Mental Health Services*, 68.
- DINCIN, J., WASMER, D., WITHERIDGE, T. F., 1993, Impact of assertive community treatment on the use of state hospital inpatient beddays, *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 833-838.

- DINGMAN, P. R., 1974, The case for the state mental hospital, in *Where Is My Home : Proceedings of a Conference on the Closing of State Mental Hospitals*, Scottsdale, Ariz., Menlo Park, Calif., Stanford Research Institute.
- DINITZ, S., BERAN, N., 1971, Community mental health as a boundaryless and boundarybusting system, *Journal of Health and Social Behavior*, 12, 99-108.
- DIONNE, E. J., 1978, Mental patient cutbacks planned, *New York Times*, Dec. 8, p. B3.
- DOUGLAS, E. J., FAULKNER, L. R., TALBOT, J. A., 1994, A ten year update of administrative relationships between state hospitals and academic psychiatry departments, *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 1113-1116.
- DUGGER, C. W., 1995, State called patient violent, then let him roam, *New York Times*, Jan. 7, p. 1, 26.
- DUMONT, M. P., 1995, Our lady of the state hospital, *Readings: A Journal of Reviews and Commentary in Mental Health*, 10, 8-11.
- FISHER, W. H., SIMON, L., GEBER, J. L., 1996, Case mix in the «downsizing» state hospital, *Psychiatric Services*, 47, 255-262.
- FODERARO, L. W., 1994, Mental hospitals for unwilling gain support in New York State, *New York Times*, June 17, p. A1, B4.
- FREUDENHEIM, M., 1995, States shelving ambitious plans on health care, *New York Times*, July 2, p. 1, 20.
- FRIEDRICH, R. M., FLORY, C. B., 1996, Is there hope for those who require long-term care? «The forgotten population,» *NAMI Advocate*, (Newsletter of the National Alliance for the Mentally Ill), Mar.-April, p. 4.
- GELLER, J. L., 1986, Rights, wrongs, and the dilemma of coerced community treatment, *American Journal of Psychiatry*, 143, 1259-1264.
- GELLER, J. L., 1991, 1991, «Anyplace but the state hospital»: examining assumptions about the benefits of admission diversion, *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 145-152.
- GELLER, J. L., 1992, A report on the worst state hospital recidivists in the USA, *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 904-908.
- GLICK, I. D., KLAR, H. M., BRAFF, D. L., 1984, Guidelines for hospitalization for chronic psychiatric patients, *Hospital and Community Psychiatry*, 35, 934-936.

- HARRIS, H. R., 1995, Boiler failure limits heat at St Elizabeths, *Washington Post*, Dec. 12, p. E6.
- HAYAKAWA, S. I., 1972, *Language in Thought and Action*, Harcourt Brace, New York.
- HOLOHEAN, E. J., BANKS, S. M., MADDY, B. A., 1993, Patient subgroups in state psychiatric hospitals and implications for administration, *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 1002-1004.
- ISAAC, R. J., JAFFE, D. J., 1995, Mental illness, public safety, *New York Times*, Dec. 23, p. 27.
- ISAAC, R. J., JAFFE, D. J., 1996, Committed to help, *National Review*, Jan. 26, 34-38.
- JAFFE, D. J., 1995, Change involuntary treatment laws, *NAMI Advocate*, Jan.-Feb., 16-21.
- JONES, M., 1978, State mental hospitals: demoralized, forgotten?, *International Hospital and Community Psychiatry*, 29, 610.
- KAMMER, F., 1995, Block grants will worsen poverty, *New York Times*, Aug. 1, p. A15.
- KANE, C. F., 1995, Deinstitutionalization and managed care: déjà vu?, *Psychiatric Services* 46, 883-889.
- LAMB, H. R., 1992, Is it time for a moratorium on deinstitutionalization? *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 669.
- LAMB, H. R., 1994, Only good news is politically correct, *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 517.
- LAMB, H. R., BACHRACH, L. L., KASS, F. I., 1992, *Treating the Homeless Mentally III: A Report of the Task Force on the Homeless Mentally Ill*, American Psychiatric Association, Washington, D.C.
- LAMB, H. R., SHANER, R., 1993, When there are almost no state hospital beds left, *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 973-976.
- LURIGIO, A. J., LEWIS, D. A., 1989, Worlds that fail: a longitudinal study of urban mental patients, *Journal of Social Issues*, 45, 79-90.
- MILLER, R. D., 1981, Beyond the old state hospital: new opportunities ahead, *Hospital and Community Psychiatry*, 32, 27-31.
- MUNETZ, M. R., GELLER, J. L., 1993, The least restrictive alternative in the post-institutional era, *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 967-973.

- NEW YORK TIMES, 1993, Help for the mentally ill, *New York Times*, July 3, 18.
- NEW YORK TIMES, 1996, New managers to take over troubled psychiatric hospital, *New York Times*, Feb. 5, B5.
- OKIN, R. L., 1995, Testing the limits of deinstitutionalization, *Psychiatric Services*, 46, 569-574.
- OZARIN, L., 1989, State hospitals as acute care facilities, *Hospital and Community Psychiatry* 4, 5.
- PEELE, R., CHODOFF, P., 1996, The indispensable St Elizabeths, *Washington Post*, Feb. 11, C8.
- PETRILA, J. D., 1995, Who will pay for involuntary civil commitment under capitated managed care? An emerging dilemma, *Psychiatric Services*, 46, 1045-1048.
- RACHLIN, S., GROSSMAN, S., FRANKEL, J., 1979, Patients without communities: whose responsibility?, *Hospital and Community Psychiatry*, 30, 37-39.
- REDICK, R. W., WITKIN, M. J., ATAY, J. E., 1994, *The Evolution and Expansion of Mental Health Care in the United States Between 1955 and 1990*, Mental Health Statistical Note no 210, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, Md.
- SATEL, S., 1996, The madness of deinstitutionalization, *Wall Street Journal*, Feb. 20, A18.
- SEDERER, L. I., SUMMERGRAD, P., 1993, Criteria for hospital admission, *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 116-118.
- SHAPIRO, J. G., 1983, Patients refused admission to a psychiatric hospital, *Hospital and Community Psychiatry*, 34, 733-736.
- SIGEL, G. S., 1984, In defense of state hospitals, *Hospital and Community Psychiatry*, 35, 1234-1236.
- SMITH, D. C., JONES, T. A., COYE, J. L., 1977, State mental health institutions in the next decade: illusions and reality, *Hospital and Community Psychiatry*, 28, 593-597.
- SOWERS, W., 1995, The ethics of public sector managed care: civic responsibility or malignant neglect?, *Community Psychiatrists*, 1-2.
- SPRIRO, H. R., 1982, Reforming the state hospital in a unified system of care, *Hospital and Community Psychiatry*, 33, 722-728.
- STRATAS, N. E., BERNHARDT, D. B., ELWELL, R. N., 1977, The future of the state mental hospital: developing a unified system of care, *Hospital and Community Psychiatry*, 8, 598-600.

- STRAUSS, V., 1996, As St Elizabeths crumbles, many advise closing it, *Washington Post*, Jan. 23, A1, A5.
- SULLIVAN, R., 1979, Hospitals will gain by cutting bed use, *New York Times*, Dec. 31, A1, A13.
- SWIDLER, R. N., TAURIELLO, J. V., 1995, New York State's Community Mental Health Reinvestment Act, *Psychiatric Services*, 46, 496-500.
- TALBOTT, J. A., 1983, The future of unified mental health services, *New Directions for Mental Health Services*, 18, 107-111.
- TALBOTT, J. A., ed., 1983, Unified Mental Health Systems: Utopia Unrealized, *New Directions for Mental Health Services*, 18.
- THOMPSON, J. W., BELCHER, J. R., DEFORGE, B. R., 1993, Changing characteristics of schizophrenic patients admitted to state hospitals, *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 231-235.
- THORNICROFT, G., BEBBINGTON, P., 1989, Deinstitutionalisation: from hospital closure to service development, *British Journal of Psychiatry*, 155, 739-753.
- TORREY, E. F., 1995, Jails and prisons: America's new mental hospitals, *American Journal of Public Health*, 85, 1611-1613.
- WARNER, R., ed., 1995, *Alternatives to the Hospital for Acute Psychiatric Treatment*, American Psychiatric Press, Washington, DC.
- WASOW, M., 1993, The need for asylum revisited, *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 207-208 -222.
- WILSON, W. H., 1993, Response to Fred W Becker's «The politics of closing state mental hospitals», *Community Mental Health Journal*, 29, 115-117.
- WINES, M., 1988, Mental institutions may be as empty as they'll ever be, *New York Times*, Sept. 4, 6E.
- WING, J. K., 1975, Planning and evaluating services for chronically handicapped psychiatric patients in the United Kingdom, in Stein, L. I., Test, M. A., eds., *Alternatives to Mental Hospital Treatment*, Plenum Press, New York.
- WOLPERT, J. 1995, Scrooges among us, *Washington Post*, June 29, A21.
- ZALESKI, J., GALE, M. S., WINGET, C., 1979, Extended hospital care as treatment of choice, *Hospital and Community Psychiatry*, 30, 399-401.
- ZEALBERG, J. J., SANTOS, A. B., FISHER, R. K., 1993, Benefits of mobile crisis programs, *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 16-17.

ABSTRACT**The State of the State Mental Hospital in 1996**

Objectives: This analytical review is intended to update the author's earlier writings on the position of the state mental hospital within the spectrum of services for long-term mental patients and to provide a perspective for the next generation of service planners. **Methods:** Findings and commentary are organized around four major questions. First, what is the prevailing view of state mental hospitals today, and how does it compare with the view that existed in the first half of this century? Second, what individuals tend to be served in state mental hospitals today? Third, what has been the fate of mentally ill persons who are no longer served in state mental hospitals? Fourth, what is an appropriate role for the state mental hospital in today's uncertain and rapidly changing systems of care? **Results and conclusions:** Individual state mental hospitals vary in the composition of their resident populations, the content of their services, and the overall quality of their care. Although they have been superseded by community-based service structures in some places, they continue in general, as the result of their multifunctionality, to occupy a critical place in systems of care. Renewed efforts to integrate them as full partners within those systems must be undertaken.