

Article

« Les ressources résidentielles nécessaires à la poursuite de la désinstitutionnalisation »

Alain Lesage et Raymond Morissette

Santé mentale au Québec, vol. 14, n° 2, 1989, p. 60-68.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/031515ar>

DOI: 10.7202/031515ar

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

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

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

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

Les ressources résidentielles nécessaires à la poursuite de la désinstitutionnalisation

Alain Lesage*
Raymond Morissette*

Une enquête a été menée auprès des médecins traitants d'un échantillon aléatoire de 300 des 831 patients du programme de longue durée de l'hôpital Louis-H. Lafontaine afin d'identifier les individus ayant un potentiel de sortie de l'hôpital. Selon les médecins traitants, près de 29% de la clientèle pourrait vivre dans des ressources hors de l'hôpital. Cette proportion est comparable aux proportions de 25% de «vie communautaire» fournies par l'étude faite sur cette clientèle à l'aide de la «grille New York» (Levels of Care Survey) en 1984. Toutefois, la présente étude permet de préciser que des lieux résidentiels fort supervisés de type foyers de groupe sont envisagés pour la grande majorité des individus.

La réforme psychiatrique qu'on a appelée désinstitutionnalisation, et qui fut implantée au début des années soixante dans plusieurs pays, sous-estima dans sa phase initiale l'accumulation de nouveaux patients chroniques dans les hôpitaux psychiatriques. En Angleterre, par exemple, on prévoyait une disparition des lits de longue durée¹. (Tooth et Brooke, 1961). Mann et Cree (1976) y menèrent une enquête nationale et estimèrent à partir d'un échantillon aléatoire de patients hospitalisés dans quinze hôpitaux psychiatriques anglais depuis 1 à 5 ans, que près des deux tiers de ces patients pourraient bénéficier d'un transfert dans des ressources résidentielles intermédiaires (incluant les centres d'accueil). Le personnel traitant fournit des chiffres comparables.

En 1985, lors du recensement des hôpitaux psychiatriques québécois de plus de 100 lits, le personnel traitant de l'hôpital Louis-H. Lafontaine estima qu'il était possible de relocaliser près de 50% des patients psychiatriques de longue durée, mais ce pourcentage comprenait près de 29% de patients pour lesquels une supervision 24 heures sur 24 (éventuellement dans un centre d'accueil) était

requis. C'est sans doute en se basant sur ces résultats que la Politique de santé mentale du Québec (MSSS, 1989) estimait que près du tiers à la moitié de la clientèle des hôpitaux psychiatriques pourraient vivre à l'extérieur du cadre hospitalier dans des ressources résidentielles adaptées.

Le mouvement de désinstitutionnalisation des 25 dernières années a déplacé l'intérêt des chercheurs vers les expériences innovatrices qui ont été mises sur pied à l'extérieur de l'hôpital psychiatrique (Test et Stein, 1978) et vers le développement d'un dispositif de soins psychiatriques communautaires (Wing et Hailey, 1974). On ne s'est intéressé que récemment aux laissés-pour-compte de la désinstitutionnalisation ou aux nouveaux patients hospitalisés en longue durée malgré les efforts de la psychiatrie communautaire. Aux États-Unis, Presley et al. (1982) n'ont pu réaliser la sortie de 43% de leurs patients hospitalisés en longue durée et admis à une unité de réinsertion. On a relevé un taux similaire parmi les 54 patients répartis dans deux unités de préparation à la sortie et étudiés par Farkas et al. (1987). Farkas et al. attribuèrent en partie ce demi-échec à la difficulté de trouver des ressources résidentielles adéquates. Le même constat s'imposa à des groupes de chercheurs canadiens et britanniques. Ils soulignèrent également le manque de planification et de coordination des tâches de l'équipe chargée d'identifier les candidats éventuels à la sortie, de les préparer et de leur offrir des ressources résidentielles appropriées (Toews et Barnes, 1982; Richmond Fellowship, 1983).

* Les auteurs sont psychiatres à l'hôpital Louis-H. Lafontaine. Les auteurs veulent remercier madame Champagne, archiviste en chef à l'hôpital Louis-H. Lafontaine, de même que madame France Audet pour les statistiques hospitalières qu'elles nous ont fournies. De plus, nous sommes reconnaissants au Dr Yves Lamontagne pour ses commentaires sur le manuscrit. Cette étude fait partie d'un projet subventionné par le Conseil Québécois de la Recherche Sociale.

Dans le cadre d'une étude visant à évaluer une nouvelle unité de réinsertion (unité 304) intégrée au programme de longue durée de l'hôpital Louis-H. Lafontaine, une enquête fut menée en juillet 1988 auprès des médecins traitants pour identifier les patients aptes à vivre à l'extérieur du milieu hospitalier.

Nous vous proposons dans cet article de :

1. décrire les résultats de l'enquête de 1988 qui a porté sur un échantillon aléatoire de 300 des 831 patients du programme de longue durée de l'hôpital Louis-H. Lafontaine ;
2. comparer ces données à celles obtenues dans le même hôpital en 1985 à l'aide de la « grille de New York » (Roberge et al. 1988), en particulier quant aux lieux résidentiels requis pour ces patients ;
3. tracer les implications de ces données dans le cadre de la poursuite de la désinstitutionnalisation des patients hospitalisés en longue durée à l'hôpital Louis-H. Lafontaine.

Méthodologie

Contexte

La population de patients hospitalisés à l'hôpital Louis-H. Lafontaine est passée de 5660 en 1957 à 4086 en 1967, à 2786 en 1977, à 2147 en 1987, pour se situer autour de 2 030 au 1er juillet 1988 alors que fut choisi l'échantillon de l'étude actuelle. La mise sous tutelle de l'hôpital et la publication du rapport Aucoin (1985) ont entraîné la réorganisation de l'hôpital Louis-H. Lafontaine et la création de divers programmes. Le programme de ressources communautaires gère les structures intermédiaires et l'ensemble des mesures contractuelles de la désinstitutionnalisation. En matière de ressources résidentielles, le programme dispose depuis 1984 de 400 places en pavillons (les services sociaux gérant près de 540 places en familles d'accueil), de deux maisons de transition, de trois foyers de groupe ainsi que d'appartements supervisés.

Le programme de longue durée s'articule autour de 22 unités hospitalières et comprenait, au 1er juillet 1988 près de 930 patients âgés de moins de 65 ans. La médiane de séjour était de plus de 15 ans. Les autres programmes touchaient les patients suivants :

1. adultes présentant un retard mental et intégrés au programme CAR (environ 300 patients) ;
2. adultes destinés aux centres d'accueil souffrant d'une perte d'autonomie physique, et souvent âgés de plus de 65 ans (425 patients) ;
3. adultes recevant des soins de longue durée et âgés de plus de 65 ans, avec problématique psychiatrique dominante (170 patients) ;
4. patients en courte durée (214 patients).

Ces divers programmes englobent donc près de 2 000 adultes hospitalisés. De plus, il y avait près de 1 000 adultes placés dans les ressources résidentielles gérées par l'hôpital ou les services sociaux rattachés à l'hôpital.

Le programme de Centre d'Accueil et de Réadaptation (CAR) mis sur pied en 1987, avait identifié 400 patients hospitalisés à long terme, qui présentaient un retard mental, ne souffraient d'aucune autre maladie mentale ou problèmes de comportements significatifs et possédaient un potentiel de réinsertion. Au-delà de 100 patients de ce programme avaient quitté l'hôpital au 1er juillet 1988. Le programme de centre d'accueil pour les patients en perte d'autonomie physique devrait s'intégrer dans le réseau régional des centres d'accueil.

Le programme de longue durée a choisi de renforcer la préparation et le suivi des patients jugés aptes à quitter éventuellement l'hôpital, en transformant une autre de ses unités en unité de réinsertion.

Cette unité s'est dotée d'un programme spécifique (Morissette et Lesage, 1987), dont une première étape consiste à évaluer les patients du programme de longue durée susceptibles de sortir de l'hôpital. Une équipe multidisciplinaire composée d'une infirmière, d'une travailleuse sociale et d'un psychiatre a la responsabilité de cette évaluation. On a retenu les critères d'exclusion suivants : retard mental, troubles sérieux de comportement, abus d'alcool ou de drogues, préparation à la sortie demandant plus d'un an. L'unité a évalué systématiquement à partir de juillet 1988 tous les patients du programme de longue durée identifiés par leur médecin traitant comme candidats éventuels à la relocalisation des ressources résidentielles adaptées lors de l'enquête que nous allons décrire.

TABLEAU 1
Type de résidence le plus approprié?

<i>Appartement autonome</i>	La personne y est complètement autonome. Une supervision à distance se fait, mais il n'y a aucun encadrement direct.
<i>Propre famille</i>	La personne vit avec sa propre famille.
<i>Appartement de type supervisé</i>	Un certain support est fourni. Il y a les services d'un intervenant pour un groupe de 20 bénéficiaires (35 heures par semaine). Ces appartements ont une certaine proximité entre eux et peuvent recevoir une ou deux personnes.
<i>Famille d'accueil</i>	Une certaine supervision est assurée. Il y a encadrement 24 heures sur 24, 7 jours par semaine par les propriétaires. Il y a visite de professionnels. On y supervise des moments de la vie quotidienne. On y reçoit 1 à 9 bénéficiaires.
<i>Pavillon</i>	Une certaine supervision est assurée. Il y a encadrement 24 heures sur 24, 7 jours par semaine par les propriétaires. Il y a visite de professionnels. On y supervise des moments de la vie quotidienne. On y reçoit 10 bénéficiaires et plus.
<i>Maison de transition</i>	Fournit une supervision constante. L'encadrement est présent 24 heures sur 24, 7 jours par semaine par une équipe de professionnels. Un programme de réadaptation pour chaque bénéficiaire est élaboré et mis en application, visant à le faire accéder à une ressource plus légère. Ce programme est délimité dans le temps. On y accepte 1 à 9 personnes.
<i>Foyer de groupe</i>	Fournit une supervision constante. L'encadrement est présent 24 heures sur 24, 7 jours par semaine par une équipe de professionnels, comprenant le nursing et l'éducation spécialisée. Un programme de réadaptation pour chaque bénéficiaire est élaboré et mis en application, visant à le faire accéder à une ressource plus légère. Ce programme n'est pas délimité dans le temps, un bénéficiaire pouvant être incapable de passer à une ressource plus légère. On y accepte 1 à 8 personnes.
<i>Centre d'accueil</i>	Fournit une supervision constante de type nursing médical. L'encadrement est présent 24 heures sur 24, 7 jours par semaine par une équipe premièrement de type nursing. Ce programme n'est pas délimité dans le temps et se conçoit pour les patients en perte d'autonomie physique ou pour l'hébergement.
<i>Hôpital psychiatrique</i>	Fournit une supervision nursing psychiatrique constante, 24 heures sur 24. Pour les patients qui doivent demeurer à l'hôpital psychiatrique.
<i>Hôpital psychiatrique judiciaire</i>	

Instrument et éléments de l'enquête

Les médecins traitants des 831 patients de 60 ans et moins du programme de longue durée de l'hôpital au 1er juillet 1988 ont reçu une fiche d'évaluation qui comportait déjà l'âge et le sexe du bénéficiaire. Le médecin traitant devait répondre à des questions à choix multiple identifiant les problèmes de réinsertion prévus pour chaque patient (questions 1 à 5): 1. présence de problèmes physiques; 2. présence d'abus d'alcool; 3. présence d'abus de drogues; 4. présence de retard mental; 5. motivation à la sortie. Il devait enfin désigner la ressource résidentielle la plus adéquate à ce cas. Le choix de réponses offert pour le lieu résidentiel est désigné dans le tableau 1.

Résultats

Les résultats complets sont disponibles pour notre premier échantillon de 300 des 831 patients du programme de longue durée de moins de 60 ans. Comme ces 300 sujets ont été choisis par procédé aléatoire, les résultats obtenus donnent une image représentative de l'ensemble des 831 patients du programme de longue durée.

Données socio-démographiques et cliniques

Le tableau 2 résume les résultats. Le programme de longue durée compte près de deux hommes pour une femme (62%) et l'âge moyen des patients est de 45 ans. Près de 22% des patients nécessitent des soins occasionnels de nursing ou du moins une surveillance et de l'aide physique pour prendre un bain, s'habiller ou s'alimenter, bref, des soins de santé typiques de ceux dispensés dans un établissement de santé comme un centre d'accueil. On a décelé chez environ 7% des patients un problème potentiel d'abus d'alcool estimé de modéré à très sérieux, alors que 5% auraient un problème similaire d'abus de drogues. Tenant compte du fait que certains sujets présentent à la fois des problèmes d'abus d'alcool et de drogues, on peut considérer de façon globale que 9% des patients du programme de longue durée éprouvent des problèmes d'abus d'alcool et / ou de drogues dont l'ampleur différerait selon les cas, et qui seraient estimés de modérés à sérieux. La grande majorité de ces derniers sont des hommes (89%). On considère que le tiers des patients du programme de longue durée ont un retard men-

TABLEAU 2

Données socio-démographiques et cliniques tirées d'un échantillon de 300 patients du programme de longue durée de l'hôpital Louis-H. Lafontaine le 1er juillet 1988

Age:	18 - 30	:	7%
	31 - 45	:	43%
	46 - 60	:	52%
Sexe:	Hommes	:	62%
	Femmes	:	38%
Santé physique:			
	bonne santé / autonomie du patient	:	34%
	bonne santé mais surveillance requise	:	44%
	nursing occasionnel	:	16%
	nursing régulier	:	6%
Abus d'alcool (de modéré à sérieux)		:	7%
Abus de drogue (de modéré à sérieux)		:	5%
Retard mental		:	34%
Motivation à la sortie			
	nulle	:	48%
	faible	:	22%
	moyenne	:	20%
	forte / très élevée	:	10%

tal, c'est-à-dire que leur quotient intellectuel est inférieur à 70. Il est à noter que cette évaluation repose sur le jugement clinique du médecin traitant et qu'il n'a pas toujours été possible d'administrer des tests psychométriques pour corroborer ce diagnostic. Quant à la motivation du patient à quitter l'hôpital, elle est perçue comme nulle ou faible chez près de 70% des patients.

La ressource résidentielle appropriée

Le tableau 3 décrit la résidence perçue comme la plus appropriée. On constate d'abord que le médecin traitant n'envisage aucune sortie de l'hôpital psychiatrique pour plus de la moitié des patients du programme de longue durée inclus dans l'échantillon (54.3% ou 163 patients). On note également que le centre d'accueil serait le seul lieu qui convienne à près de 17% des patients du programme de longue durée. Il faut constater que selon l'éva-

TABLEAU 3

Évaluation par les médecins traitants du type de résidence requis pour un échantillon de 300 patients de longue durée de moins de 60 ans au 1er juillet 1988

	Nombre	%	
Appartement autonome	1	0,3%	} 29%
Propre famille	1	0,3%	
Appartement supervisé	5	1,7%	
Famille d'accueil	13	4,3%	
Pavillon	24	8,0%	
Maison de transition	4	1,3%	
Foyer de groupe	39	13,0%	
Centre d'accueil	50	16,7%	
Hôpital psychiatrique	163	54,3%	
Total	300	100,0%	

luation, près de 29 % des patients de longue durée auraient un potentiel suffisant pour être placés dans des ressources résidentielles autres que l'hôpital et le centre d'accueil. Lorsqu'on observe la composition de ce dernier groupe plus en détail, on s'aperçoit que seulement 2,0 % des patients seraient aptes à résider dans un appartement autonome ou supervisé. Les données indiquent que la majorité des patients pourraient s'adapter à des ressources intermédiaires où la supervision est importante, comme dans les familles d'accueil (4,3 %) ou des pavillons (8 %), ou à des ressources où une supervision constante est exercée, comme les foyers de groupe (13 %).

Évaluation des candidats admissibles par l'équipe de l'unité de réinsertion.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, l'équipe multidisciplinaire de l'unité de réinsertion a évalué chaque cas où le médecin traitant a identifié une possibilité de vivre dans une ressource autre que l'hôpital psychiatrique ou un centre d'accueil. Les résultats présentés ici portent sur les 100 premiers patients des 300 discutés jusqu'ici. Selon le médecin traitant, il est possible de réinsérer 33 % d'entre eux dans de telles ressources. La différence de 33 % sur ces 100 sujets et le 29 % des 300 est due

au hasard de l'échantillonnage. Dans ce groupe de 33 %, 7 % sont déjà en unité de réinsertion et 4 % seulement sont jugés admissibles. La principale raison invoquée chez chacun des sujets non admissibles (22 %) est :

alcool et drogues	7%
retard mental	3%
gravité des symptômes psychotiques	3%
gravité du syndrome négatif	5%
refus	2%
mandat du lieutenant-gouverneur	1%
a déjà quitté	1%

Les critères d'exclusion de l'unité de réinsertion discutés plus haut expliquent que si peu de candidats aient été retenus. Les problèmes d'abus d'alcool et de drogues, et la sévérité des symptômes psychotiques positifs et du syndrome négatif représentent les principales raisons ayant justifié la non-acceptation au niveau de l'unité de réinsertion. Dans les cas de syndrome négatif de la maladie schizophrénique (apathie, manque de motivation, manque d'initiative, ralentissement), l'équipe a considéré qu'une préparation de plus d'un an serait nécessaire.

L'expérience de l'équipe multidisciplinaire dans l'évaluation de patients potentiellement admissibles à l'unité de réinsertion, de même que l'analyse des cas de relocalisation de patients de l'unité dans un foyer de groupe nous portent à estimer que plusieurs patients considérés par leur médecin traitant comme transférables dans une famille d'accueil ou un pavillon devraient, dans la meilleure hypothèse, être dirigés vers des foyers de groupe. En effet, une plus grande supervision et une réadaptation plus intensive nous apparaissent nécessaires. Ce type de ressources serait donc requis pour la grande majorité des patients du programme de longue durée qui ont un potentiel de réinsertion, au moins dans une première phase de cette réinsertion.

Résultats de l'enquête menée en 1985 à l'aide de la «grille New York».

En 1985, un recensement fut effectué dans de nombreux hôpitaux psychiatriques et départements de psychiatrie du Québec (Roberge et al., 1988) à l'aide de la Grille New York (GNY ou Levels of Care Survey; Furman et Lund, 1979). Ce questionnaire comporte au-delà de 100 items couvrant les problèmes physiques, de comportement et d'autonomie des individus. Un algorithme déterminé par

l'équipe de Furman et Lund permet à partir de ces questions de créer des catégories de niveau de soins requis tant au niveau psychiatrique que physique. Les niveaux 1 à 3 sont définis comme compatibles avec une vie en société avec plus ou moins de supervision sur le plan psychiatrique et physique. Le questionnaire fut rempli par le personnel infirmier. De plus, une question globale demandait le lieu résidentiel le plus approprié à partir d'un choix différent de celui de notre enquête.

La comparaison entre les résultats de la présente étude et celle de l'enquête de 1985 doit être prudente. Premièrement, quatre ans séparent les deux études. Deuxièmement, la population de patients engagés dans des programmes de longue durée pour laquelle les résultats sont disponibles aux auteurs, est celle des individus de moins de 65 ans (et non de 60 ans). Toutefois, si les individus ne sont pas tous les mêmes et si les mêmes individus ont pu évoluer, il n'est pas déraisonnable de poser que comme groupe, il peut être comparé à celui qui a constitué l'enquête auprès des médecins traitants.

L'algorithme des niveaux de soins définit que près de 32% de ces patients sont classés dans les niveaux 1 à 3, décrits comme «résidences communautaires» (Furman et Lund, 1979, 34-35). Par ailleurs, l'infirmier(ère) devait exprimer son opinion sur le type de résidence le plus approprié pour cette personne. Six choix étaient offerts; les réponses sont les suivantes:

- | | |
|---|-------|
| 1. complètement autonome «domicile» | 1,4% |
| 2. avec un certain support «appartement supervisé» | 2,7% |
| 3. avec une certaine supervision «pavillon, famille d'accueil» | 16,9% |
| 4. avec supervision de 24 heures «centre d'accueil, foyer de groupe» | 29,4% |
| 5. avec supervision médicale de 24 heures | 12,3% |
| 6. traitement psychiatrique «centre hospitalier courte ou longue durée» | 37,4% |

Discussion

Les résultats font d'abord apparaître que le profil de la clientèle de longue durée de cet hôpital psychiatrique est celui d'hommes âgés de 45 à 50 ans. Ce profil ressemble beaucoup à la description qui est faite des patients d'hôpitaux psychiatriques

britanniques (Wing, 1978). La raison pour laquelle il existe près de 2 hommes pour une femme au programme de longue durée n'est pas immédiatement évidente. Une première hypothèse est celle qui est exposée dans la littérature concernant les handicaps associés à des maladies mentales graves comme la schizophrénie, laquelle constitue le diagnostic principal de près de la moitié de la clientèle de longue durée. Ces handicaps sont généralement considérés comme plus sérieux chez les hommes que chez les femmes: il s'agit de penser au handicap que des manifestations d'agressivité, ou à l'opposé les manifestations de très grande dépendance peut représenter dans la réinsertion des patients de sexe masculin. Une seconde hypothèse peut être liée au fait que l'incendie de 1977 a déplacé quelque trois cents patients dans d'autres institutions hospitalières de Montréal. De fait, la proportion de patients choisis pour cette «transinstitutionnalisation», a été de deux femmes pour un homme. Toutefois même en tenant compte de ces transferts, on constate que le programme de longue durée compte plus d'hommes que de femmes. De plus, le choix d'un nombre plus élevé de femmes que d'hommes pour ce transfert semble confirmer la première hypothèse.

L'utilisation de l'opinion d'un intervenant pour évaluer la motivation d'un individu s'appuie sur l'étude de Drake et Wallach (1988). Le niveau de motivation à la réinsertion est généralement estimé de nul à faible chez la très grande majorité des patients du programme de longue durée. Même chez les patients pour lesquels on entrevoit la possibilité de vivre dans des lieux résidentiels situés à l'extérieur de l'hôpital, nombreux sont ceux qui présentent une motivation faible ou nulle. Toutefois, ce manque de motivation ne doit pas nécessairement être interprété exclusivement comme un choix du bénéficiaire. En effet, l'institutionnalisme (Wing et Brown, 1970) est une attitude négative face à soi-même; le sentiment de ne pas pouvoir quitter l'hôpital se développerait en réaction au vécu prolongé dans des institutions offrant une stimulation sociale faible. Ce syndrome d'institutionnalisme est souvent accru par la présence du syndrome négatif de la maladie schizophrénique. Ces éléments de la littérature suggèrent que la faible motivation à quitter l'hôpital peut être un des points majeurs à travailler chez les patients de longue durée.

Selon l'évaluation des médecins traitants, près de

70% des patients du programme de longue durée devraient demeurer soit à l'hôpital psychiatrique, soit dans un centre d'accueil. Ces médecins considèrent que des soins psychiatriques intensifs sont généralement requis car les patients présentent une symptomatologie psychiatrique jugée encore très active. Toutefois, cela implique également que les médecins traitants estiment que près de 29% des patients de longue durée (250 sur les 831 patients de moins de 60 ans), pourraient vivre dans des ressources autres que l'hôpital ou le centre d'accueil.

On peut se demander si les conclusions auraient été les mêmes si une équipe multidisciplinaire avait révisé à fonds le dossier et rencontré l'individu, sa famille et les principaux intervenants, tout en tenant compte de la configuration des services disponibles ou qui le seront éventuellement. Toutefois, la proportion globale de 29% est similaire à celle obtenue avec l'algorithme de la «grille New York» administrée il y a 5 ans à cette clientèle. Par ailleurs, si on compare l'opinion des infirmier(ère)s et celle des médecins traitants quant au potentiel de réinsertion des patients, on constate que les premiers apparaissent plus optimistes que les seconds. Selon les infirmier(ère)s 4,1% des patients sont aptes à habiter seuls en appartement ou en appartement supervisé (2,3% selon les médecins), et 17% des patients pourraient être relocalisés dans des ressources comportant une certaine supervision (12,3% selon les médecins). La comparaison est plus difficile dans le cas des ressources offrant une surveillance de 24 heures, ces dernières incluant les foyers de groupe et les centres d'accueil dans la «grille New York». C'est à ce niveau que la présente étude possède l'avantage de distinguer les besoins de foyers de groupes de ceux de centres d'accueil. Ces derniers représentent une forme d'institution et d'hébergement alors que les foyers de groupe se veulent des lieux actifs de réadaptation dans la communauté.

Il n'y a pas lieu de statuer sur la validité des opinions des médecins et des infirmier(ère)s : il s'agit de deux éléments éclairant le débat. Ultiment, seul un essai de placement dans les ressources indiquées trancherait la question. Toutefois, nous sommes d'opinion que même les médecins traitants sont généralement optimistes en ce qu'ils prescrivent des ressources trop légères. En effet, notre expérience dans l'évaluation détaillée par équipe multidisciplinaire de dizaines de patients qui avaient été jugés

admissibles à une réinsertion nous a laissés d'avis qu'aucun de ces patients ne pourrait vivre seul, qu'un ou deux pourraient peut-être vivre en appartement supervisé, mais que la plupart aurait avantage à vivre dans un foyer de groupe.

L'unité de réinsertion récemment constituée à Louis-H. Lafontaine ne peut, dans son fonctionnement actuel, accepter plus de 3% à 5% des patients de longue durée, en plus d'accueillir, avec une autre unité de réinsertion, près de 7% des patients de longue durée. Les critères de sélection empêchent l'admission dans les diverses unités de patients jugés aptes à une réinsertion éventuelle. On a fait preuve de sélectivité afin d'éviter de se retrouver bloqués par un lot de patients, comme le rapportent certains chercheurs (Lavoie et Mercier, 1987). Les refus dus au retard mental (3%) peuvent étonner car il avait été signalé précédemment que près du tiers de la clientèle est affectée de retard mental. La première explication vient de ce que l'on a seulement présenté ici la principale raison du rejet de l'admission de non-admission : par exemple, des sujets ayant un retard mental ont pu être principalement refusés à cause de la gravité du syndrome négatif. Deuxièmement, la sélection effectuée par le programme «Adultes avec un retard mental» en 1987 a refusé des patients ayant un retard mental associé à des psychopathologies et à de graves problèmes de comportement. Ces derniers patients sont demeurés au programme de longue durée. Par ailleurs, les problématiques d'abus d'alcool et de drogues justifient une approche spécifique qui ne peut être appliquée ailleurs que dans une unité de traitement propice à cette problématique. Une telle unité existe pour les jeunes adultes à l'hôpital Robert-Giffard de Québec.

Le programme de longue durée de l'hôpital Louis-H. Lafontaine devrait donc se pencher sur la création d'unités spécifiques pour ces problématiques, en plus de poursuivre dans chacune des unités la préparation à la réinsertion des patients présentant un syndrome négatif et un manque de motivation important.

Conclusion

Les résultats préliminaires présentés ici veulent servir à documenter la situation des patients de longue durée d'un hôpital psychiatrique du Québec dans la perspective de la réinsertion de certains

d'entre eux dans des ressources situées à l'extérieur de l'hôpital. En aucune façon nous ne prétendons répondre à la problématique très complexe de cette réinsertion, en particulier à toute la préparation, l'organisation et le suivi après la sortie de ces patients. Ces données et notre expérience ne peuvent toutefois être ignorées à ce moment où la politique de santé mentale suggère qu'au-delà du tiers des patients hospitalisés dans les hôpitaux psychiatriques pourraient vivre dans la communauté. Les médecins traitants voient une proportion comparable de patients comme aptes à vivre hors d'institutions comme l'hôpital ou les centres d'accueil, et en cela sont fort près des résultats de la «grille New York». Toutefois, les médecins traitants considèrent le foyer de groupe comme une ressource nécessaire chez la majorité de ces patients. Notre expérience de travail en équipe multidisciplinaire avec ces patients nous fait ajouter que la grande majorité de ces patients auront besoin de foyers de groupe, du moins dans une première phase de réinsertion.

Par contre, la ressource de foyer de groupe telle que nous l'avons définie est celle qui est la plus absente des ressources disponibles actuellement, mais la plus indiquée pour soutenir la réinsertion de la majorité des patients de longue durée du plus gros hôpital psychiatrique du Québec. Sans ce type de ressource, il nous apparaît difficile de tenter l'insertion hors de l'hôpital psychiatrique de la très grande majorité des patients de longue durée qui sont jugés aptes à quitter l'institution psychiatrique. Et encore, c'est seulement avec l'expérience dans de telles ressources résidentielles dans la communauté que l'on pourra vérifier quelle proportion de patients peuvent effectivement s'y intégrer.

Note

1. Nous suivons ici la pratique britannique de nommer longue durée une hospitalisation d'au moins un an. Dans les hôpitaux psychiatriques les individus hospitalisés depuis plus d'un an sont regroupés dans des unités, des programmes de longue durée.

Références

- Aucoin, L., 1985, *Orientations et amorces de plan d'action* (projet), Montréal: Hôpital Louis-H. Lafontaine, Miméo.
- Drake, R.E., Wallach, M.A., 1988, Mental patients attitudes toward hospitalization: A neglected aspect of hospital tenure, *American Journal of Psychiatry*, 145, 20-34.
- Farkas, M.D., Rogers, E.S., Thurer, S., 1987, Rehabilitation outcome of long-term hospital patients left behind by deinstitutionalization, *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 864-870.
- Furman, W.M., Lund, D.A., 1979, The assessment of patient needs; descriptions of the level of care survey, *Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation*, 1, 29-37.
- Lavoie, R., Mercier, C., 1987, Chronicité psychiatrique et organisation des services, *Revue canadienne de Psychiatrie*, 32, 291-295.
- Mann, S.A., Cree, W., 1976, New long-stay psychiatric patients: a national sample survey of fifteen mental hospitals in England and Wales 1972 / 3, *Psychological Medicine*, 6, 603-616.
- Ministère de la Santé, 1989, *Politique de santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Morissette, R., Lesage, A.D., 1987, *Unité 304, Avant-projet de programmation*, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Miméo.
- Presley, A.S., Grubb, A.B., Semple, D., 1982, Predictors of successful rehabilitation in long-day patients, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 66, 83-88.
- Richmond Fellowship, 1983, *Mental Health and the Community*, 8 Addison Rd, Kensington, London W14, Richmond Fellowship Press, 100.
- Roberge, P., Côté, J., Gaucher, D., Pilon, W., 1988, *Une évaluation des niveaux de soins requis par les bénéficiaires dans les institutions psychiatriques du Québec*, Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la santé et des services sociaux.
- Test, M.A., Stein, L.I., 1978, Community treatment of the chronic patient: research overview, *Schizophrenia Bulletin*, 4, 350-364.
- Toews, J., Barnes, G., 1982, *Chronic Mental Disorders in Canada. A Needs Assessment Project* prepared for the Canadian Mental Health Association, Santé et bien-être Canada, Miméo.
- Tooth, G.C., Brooke, E.M., 1961, Trends in the mental hospital population and their effect on future planning, *Lancet*, 2, 1329-1332.
- Wing, J.K., Brown, G.W., 1970, *Institutionalism and Schizophrenia*, Londres, Cambridge University Press.
- Wing, J.K., Hailey, A.M., eds., 1974, *Evaluating a Community Psychiatric Service*, The Camberwell Register, 1964-1971, Londres, Oxford University Press.
- Wing, J.K., 1978, Who becomes chronic?, *Psychiatric Quarterly*, 50, 178-190.

SUMMARY

A survey was conducted amongst physicians responsible for long term inpatients of Louis-H. Lafontaine mental hospital. Physicians were asked to identify patients with a potential for resettlement outside the hospital. A random sample of 300 patients (out of 831) were screened. 29% were iden-

tified as suitable for such a transfer. This is comparable to the 25% («community living») obtained from the 1984 survey using the Levels of Care Survey with this population. However, the present survey also indicate the 24-hour supervised residential settings would be needed for most of these patients.