

Hospitalisation brève : en psychiatrie (moins de sept jours) : expérience du Pavillon Albert-Prévost

Short psychiatric hospitalization (less than seven days) : experience at Albert-Prévost

Louis Morissette and Christian Biard

Volume 12, Number 1, June 1987

Aspects de la désinstitutionnalisation

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/030376ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/030376ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Morissette, L. & Biard, C. (1987). Hospitalisation brève : en psychiatrie (moins de sept jours) : expérience du Pavillon Albert-Prévost. *Santé mentale au Québec*, 12(1), 99–107. <https://doi.org/10.7202/030376ar>

Article abstract

The authors discuss the available literature on a possible modification of traditional hospitalization in psychiatry : the brief hospitalization. Then they share a 30 month' experience in a transitory treatment unit at Albert-Prévost. Finally, the authors underline the fact that even if research and current use promote such an approach, this form of treatment is rare : they look into the reasons for such a state of affair.

Hospitalisation brève: en psychiatrie (moins de sept jours): expérience du Pavillon Albert-Prévost

Louis Morissette*
Christian Biard*

Les auteurs discutent de la littérature publiée sur une modification possible à l'hospitalisation traditionnelle en psychiatrie : l'hospitalisation brève. Ils font ensuite part de l'expérience de 30 mois réalisée à l'unité de traitement transitoire du Pavillon Albert-Prévost. Enfin, les auteurs soulignent que bien que la recherche et la pratique courante favorisent une telle approche, cette modalité de traitement est peu employée ; diverses raisons pouvant expliquer cet état de fait sont envisagées.

Françoise Boudreau (1984) raconte dans son livre *De l'asile à la santé mentale* que dans la période pré-asilaire, la folie est considérée comme manifestation du péché, de l'hérésie et de la possession du démon. Il faut isoler le fou comme un criminel, l'enfermer et même le punir. Par contre, il faut aussi le loger et le nourrir.

En fait, selon Foucault, le classicisme a inventé l'internement comme le moyen-âge, la ségrégation des lépreux.

En 1661, l'Hôpital Général de Paris enferma plus de 10,000 personnes. Alors tout est prétexte à l'internement : la folie, la pauvreté, la débauche, la violence, le crime. On séquestrait le fou par crainte de contamination, pour le punir et le corriger.

Au début du XIXe siècle, vinrent Samuel Tuke et Philippe Pinel. L'époque est caractérisée par un intérêt scientifique et humanitaire, le respect des personnes et de leur liberté. Pinel enlève les chaînes, ouvre les fenêtres, habille et nourrit les malades. Il les traite avec compassion.

C'est le début de l'asile moderne, c'est-à-dire un lieu inviolable où l'on peut se réfugier, où l'on peut trouver la paix, le calme et la sérénité.

Jusqu'au milieu du XXe siècle, l'asile abritait les «fous» qui y vivaient et mouraient, car la maladie mentale était considérée comme incurable. On croyait qu'il n'y avait rien d'autre à faire qu'héberger, interner. La garde des pensionnaires se faisait dans l'ordre, la discipline et la propreté, parfois dans la pauvreté.

Puis vinrent les jours pleins d'espoir des neuroleptiques et des anti-dépresseurs. On crut alors trouver un remède qui pourrait guérir les malades mentaux, leur permettre de quitter l'asile-refuge. Dorénavant l'asile servirait à traiter les symptômes aigus de la maladie, le malade pouvant ensuite retourner dans son milieu d'origine.

Mais les choses ne furent pas si simples. Souvent le malade en rémission ne pouvait pas vivre une vie heureuse et productrice dans la communauté. Il continuait à avoir besoin de l'asile-refuge. Les neuroleptiques, même s'ils contrôlent les épisodes et les symptômes aigus, ne guérissent pas la maladie.

Par ailleurs, Goffman, dans son *Asylums*, a décrit les phénomènes d'acculturation et d'assimilation, qui rendent l'individu temporairement incapable de faire face à certaines situations de la vie quotidienne après un long séjour à l'hôpital.

Grunberg, dans un article paru en 1967, a décrit le syndrome de la dislocation sociale pouvant se développer chez certains patients hospitalisés. Celui-ci est caractérisé par une détérioration progressive des comportements aux niveaux social et personnel, suite à un long séjour hospitalier. On note aus-

* Louis Morissette est psychiatre au Pavillon Albert-Prévost et à l'Institut Philippe Pinel, Montréal. Christian Biard est résident en psychiatrie au Pavillon Albert-Prévost, Montréal. Les auteurs tiennent à remercier Mme Danielle Séguin-Marois, M. Normand Beaudet et M. Michel Pesant pour leur support technique dans la création de ce travail.

si une diminution des capacités de travail et de loisir. Le syndrome se manifeste parfois avant l'hospitalisation, mais il est le plus souvent empiré par un séjour hospitalier prolongé.

Des considérations cliniques (rechutes), sociales (perte du rôle social), économiques (coût élevé des hospitalisations) et morales (droits et liberté du malade) ont amené les intervenants à développer de nouvelles façons d'envisager le traitement hospitalier des patients atteints de maladie psychiatrique grave.

Les nouvelles interventions, peuvent être classifiées de deux façons : 1) les modifications à l'hospitalisation traditionnelle, et 2) les «alternatives» à l'hospitalisation.

Les modifications à l'hospitalisation traditionnelle utilisent l'hôpital, mais de façon différente. On parle ainsi d'hôpital de jour, de soir, de nuit : la durée des séjours intra-hospitaliers est raccourcie ; les interactions entre les patients et le personnel soignant sont révisées ; les objectifs à atteindre au cours de l'hospitalisation sont réévalués ; le milieu social du malade est mis à contribution ; la médication neuroleptique est utilisée de façon rationnelle et scientifique. En somme l'hôpital n'est plus vu comme un simple lieu de repos mais plutôt comme lieu d'un traitement ponctuel efficace, qui aura pour but de retourner le patient dans la communauté.

Les «alternatives» à l'hospitalisation tendent à éviter l'hôpital psychiatrique. Les intervenants développent des centres de crise, des appartements supervisés, le traitement à domicile, des communautés thérapeutiques non hospitalières, la recherche active de support dans le milieu d'origine, etc.

Dans cet article nous proposons de faire d'abord une revue de la littérature concernant une des modifications possibles de l'hospitalisation traditionnelle : le raccourcissement des durées de séjour des patients à l'intérieur de l'hôpital. Nous discuterons ensuite de l'implantation et de l'expérience d'une unité qui préconise les courts séjours à l'hôpital psychiatrique.

REVUE DE LA LITTÉRATURE SUR L'HOSPITALISATION BRÈVE

Notons d'abord que les écrits et les études concernant la réduction du temps hospitalier ont été pour la plupart publiés entre les années 1970 et

1980. C'est à cette époque que s'est exercée la plus grande pression pour réduire le temps hospitalier des patients psychiatriques. (Tel que mentionné auparavant, les principaux motifs furent cliniques et socio-économiques). Braun a publié en 1981 une revue très complète de la littérature concernant à la fois les alternatives à l'hospitalisation et les modifications à l'hospitalisation traditionnelle. Sur cette dernière solution, il n'a retenu que les études contrôlées. Cinq auteurs ont principalement traité le problème en Amérique du Nord : Herz, Caffey, Glick, Hargreaves et Mattes. Ils ont publié plusieurs études décrivant leur expérience. Reprenons-les chacun sommairement.

Herz a publié cinq études de 1975 à 1979, qui comparait l'hospitalisation traditionnelle, avec et sans soins post-hospitaliers, et un séjour bref d'une semaine et moins dans un hôpital, avec le même genre de suivi externe. Toutes ses études concluaient que, pour les patients nouvellement admis en psychiatrie et qui vivaient avec leur famille, il n'y avait pas de différence dans le devenir de ceux qui demeuraient moins d'une semaine à l'hôpital, si on leur fournissait un suivi adéquat. Les patients étaient comparés au point de vue de leur niveau de psychopathologie, de leur taux de réadmission, de leur fonctionnement social et du temps passé dans la communauté.

Caffey publia en 1971 une étude contrôlée sur le séjour hospitalier traditionnel comparé à un séjour hospitalier de moins de 21 jours. Il montra que les deux groupes de patients, s'ils étaient suivis de façon intensive après leur hospitalisation, avaient un taux de réadmissions également faible.

Donc l'hospitalisation qui se prolongeait plus de 21 jours ne semblait pas nécessaire dans la majorité des cas, puisqu'un suivi adéquat assurait des résultats semblables (taux de réadmission, ajustement dans la communauté).

Glick a publié deux études comparant les patients qui demeuraient à l'hôpital entre 21 et 28 jours et ceux qui y demeuraient entre 90 et 120 jours. Après deux ans de suivi, il ne remarqua pas de différence significative entre les deux groupes, si on comparait leur niveau de psychopathologie, leur fonctionnement familial, l'utilisation du temps de loisir et le taux de réadmission. Il faut noter qu'après un an de suivi, il semblait exister un meilleur pronostic au niveau de la psychopathologie pour les patients

qui étaient demeurés à l'hôpital durant trois ou quatre mois. Cette différence disparut cependant après deux ans de suivi.

Mattes fit paraître une étude très intéressante en 1967. Il définissait le court séjour hospitalier, occupant un maximum de trois mois, et l'hospitalisation à long terme, comme devant durer aux alentours de six mois. L'auteur travaillait dans un hôpital qui utilisait jusqu'à la fin des années 60 une méthode strictement psychanalytique très près de la méthode employée au Chesnut Lodge. La durée de séjour des malades était habituellement de plus d'une année. Cependant, à cause de restrictions budgétaires, on dut se résoudre à diminuer ce temps de séjour à partir du début des années 70. L'étude montre que l'hospitalisation courte (environ moins de 90 jours) dans un cadre psychanalytique très bien organisé est préférable à la longue hospitalisation (environ 179 jours). Après quatre ans de suivi, l'auteur nota que les patients admis à long terme étaient réhospitalisés plus souvent pour des périodes plus longues, en moyenne, que les patients ayant bénéficié du court séjour. Selon lui, l'explication la plus simple du phénomène serait le conditionnement opérant : en effet, plus la personne perçoit l'hôpital comme une solution à ses problèmes, plus elle aura tendance à rechercher ce même type de solution lorsqu'elle sera de nouveau confrontée à un problème. Dans ce sens, l'hospitalisation peut avoir un effet renforçateur.

La seule différence significative favorisant l'hospitalisation à long terme était la perception, par les proches du patient, d'un niveau d'anxiété, d'hostilité et d'idées paranoïdes plus bas. Ceux-ci, cependant, notaient un niveau de fonctionnement global semblable pour les patients qui étaient demeurés moins de trois mois à l'hôpital. Il faut aussi souligner que les patients admis pour une hospitalisation à long terme étaient, à leur sortie, suivis de façon beaucoup plus régulière en psychothérapie et, en général, prenaient une plus grande quantité de médicaments que ceux qui n'étaient demeurés que trois mois à l'hôpital.

Mattes a aussi différencié les patients selon leur diagnostic : les résultats s'avèrent les mêmes pour tous les diagnostics (névroses, troubles de la personnalité, schizophrénie, maladies affectives, polytoxicomanie). La seule certitude qui est apparue à la suite de cette étude différentielle, est que l'hos-

pitalisation prolongée était nettement à déconseiller chez les patients souffrant de polytoxicomanie. En effet, ces patients avaient un niveau de fonctionnement plus mauvais et des réhospitalisations plus fréquentes que ceux ayant fait un séjour de moins de 90 jours.

Depuis 1981, d'autres auteurs, comme Gordon, Gove, Caton, Dubin, ont montré que l'hospitalisation brève (en général plus courte que 21 jours) donne des résultats égaux ou supérieurs à l'hospitalisation traditionnelle (séjour dépassant 30 jours).

Hirsch et Herz ont considéré l'effet sur la famille d'un séjour bref du patient à l'hôpital psychiatrique. Ils concluent tous les deux qu'en général une hospitalisation brève a plusieurs effets positifs sur le fonctionnement familial. Il y a d'abord une récupération plus rapide, une charge financière moins grande et, surtout, les proches n'ont pas pu noter d'effets négatifs sur le malade.

Endicott et Hertz ont publié en 1978 une étude comparative sur les coûts d'une hospitalisation brève et les coûts d'une hospitalisation traditionnelle. Leur conclusion fut la suivante : pour les patients ayant une famille qui pouvait s'occuper d'eux dans la phase de récupération, l'hospitalisation brève, accompagnée d'un suivi externe adéquat (hospitalisation de jour, rencontres fréquentes avec les thérapeutes, utilisation de la médication), était moins coûteuse — en termes de coûts hospitaliers et de coûts familiaux — que l'hospitalisation traditionnelle.

Le même auteur a tenté de trouver les caractéristiques qui pouvaient laisser prévoir que le séjour bref d'un patient serait plus utile pour lui que l'hospitalisation traditionnelle. Les résultats, publiés en 1979, ont démontré que de nombreuses admissions antérieures laissaient présager une mauvaise adaptation au traitement traditionnel. Par contre, si le patient présentait un niveau de colère apparente élevée, l'hospitalisation brève était contre-indiquée s'il n'y avait pas de suivi très structuré, comme par exemple un hôpital de jour. Ces résultats vont à l'encontre de la recommandation souvent entendue, soit que les patients qui reviennent souvent à l'hôpital psychiatrique devraient bénéficier d'un séjour hospitalier plus long, comme si ce séjour pouvait agir en prophylaxie contre une réhospitalisation future. En fait, plus le séjour hospitalier est long, moins les patients demeurent dans la communauté et plus ils retournent à l'hôpital. Le contraire (moins les

patients séjournent à l'hôpital, plus ils demeurent dans la communauté et moins ils reviennent à l'hôpital) semble vrai. La seule caractéristique qui devrait nous guider vers un traitement particulier est la présence d'un comportement colérique ouvertement affichée durant la semaine précédant l'admission. On parle ici de crises de colère, de pertes de contrôle fréquentes, de voies de fait. Un tel comportement nous invite à garder ces patients à l'hôpital pour un bref séjour et à assurer un bon suivi.

Reibel a discuté des limites du traitement hospitalier bref. En effet, le patient qui retourne rapidement dans la communauté doit recevoir un support social adéquat. La famille ne doit pas se montrer hostile et rejetante. Il faut que l'accès à un suivi soit possible, que la psychopathologie, même si elle n'est pas complètement sous contrôle, ne soit pas trop anxiogène pour le patient. Si ce dernier n'est pas retourné dans sa famille mais plutôt dans un foyer, une famille d'accueil ou en appartement supervisé, il faut s'assurer qu'il ne sera pas exploité, isolé, victime de certains prédateurs sociaux. Il faut lui éviter de mener une vie de clochard. Reibel estime qu'environ 10% des patients ne peuvent pas être traités de façon convenable par un court séjour à l'hôpital. Il conclut que l'hôpital — asile est encore nécessaire pour un nombre limité de patients psychiatriques.

Mattes, en 1982, après une revue de la littérature et des recherches sur le sujet, écrivait qu'il n'y avait que très peu de justifications à recommander l'hospitalisation à long terme pour la plupart des patients psychiatriques. Par ailleurs, il était évident que l'hospitalisation ne devait pas être éliminée complètement, puisque certains patients particulièrement perturbés ne pouvaient pas être renvoyés trop tôt à l'hôpital. Mattes écrivait que la croyance en une hospitalisation intensive à long terme comme traitement optimal était difficilement tenable. Selon lui, les faits montraient clairement que l'hospitalisation psychiatrique devrait être tenue la plus courte possible.

EXPÉRIENCE DU PAVILLON ALBERT-PRÉVOST

En août 1983, l'hôpital du Sacré-Coeur de Montréal décida de créer une unité de court séjour dans son département de psychiatrie (Pavillon Albert-

Prévost). La naissance de l'unité de traitement transitoire (U.T.T.) en fut une de nécessité : l'urgence psychiatrique était débordée, les patients y séjournaient plusieurs jours et dormaient dans le corridor. L'administration voulait trouver un moyen de «vider» l'urgence. Aussi les considérations cliniques ne furent-elles pas des déterminants importants dans cette décision.

L'hôpital vota un budget spécifique pour la création de l'unité, qui avait comme but de ramener le nombre de patients psychiatriques se présentant à l'urgence à un niveau acceptable.

Le personnel clinique (médical et infirmier) affecté à cette unité put la modeler selon ses désirs. La littérature publiée sur les unités d'hospitalisation brève leur servit de base pour structurer cette expérience (Caffey, Dubin, Herz, Glick, Gordon, Gove, Hirsch, Mattes, Weisman).

L'U.T.T. se définit par une structure simple que l'on pourrait résumer ainsi :

- a) Endroit défini, espace restreint où le contact entre les patients et les soignants est favorisé.
- b) Unité mixte, accueillant tous les groupes d'âge et où le nombre de patients doit être limité à six.
- c) Les patients qui sont admis à l'unité ont été évalués à l'urgence comme étant non dangereusement suicidaire ou homicidaire, suffisamment compétents pour accepter les visites thérapeutiques proposées et ne nécessitant pas d'avoir recours à la force au moment de leur transfert de l'urgence à l'unité. Il faut noter que les symptômes du patient ne déterminent pas son admission ou non à l'unité. Un réseau social sur lequel le patient peut compter lors de son congé est un avantage indéniable mais non une nécessité.
- d) Le personnel de nursing (infirmières, infirmiers, préposé(e)s) accepte de jouer un rôle actif dans le traitement et aussi de dépasser les rôles traditionnellement établis, c'est-à-dire qu'on attend d'eux qu'ils s'informent des capacités du patient, qu'ils repèrent les divers intervenants du réseau social, qu'ils contactent les thérapeutes externes et, enfin, qu'ils renseignent la famille sur la maladie du patient.

Les soignants suggèrent que même si le patient présente des symptômes particuliers, il peut vaquer à certaines occupations et, de cette façon, peut conserver du moins partiellement son rôle social. De plus, le personnel insiste constamment

sur la nécessité d'un suivi externe, qu'il soit médical, social ou autre. Il faut souligner que le ratio patients/infirmiers est élevé (3 pour 1) et que c'est là un élément essentiel dans une unité de court séjour.

e) Le responsable médical rencontre les patients le plus rapidement possible en compagnie du personnel infirmier, et après avoir pris connaissance des dires du patient, du thérapeute externe, et des différents dossiers (urgence, clinique externe, hospitalisations antérieures), pose un diagnostic le plus précis possible et établit un plan de traitement qui sera mis en place aussitôt.

f) Une infirmière «de liaison» est affectée à l'organisation du suivi et au suivi des patients lorsqu'ils quittent l'unité. Elle assume le suivi avant que les cliniques externes puissent recevoir le patient.

Toutes les interventions thérapeutiques du personnel (nursing et médical) s'appuient sur les principes suivants :

a) La limite de temps : dès le départ, le patient sait qu'un laps de temps est prévu pour la résolution de la crise et qu'on attend de lui qu'il réussisse à s'adapter en quelques jours. L'accent est mis sur les ressources du patient, non sur ses points faibles.

b) La thérapie s'applique aux problèmes récents ou au facteur déclencheur de la crise. On ne discute guère du passé et des événements antérieurs, mais on connaît ces événements (par les entretiens, les dossiers) et on en tient compte dans les interventions thérapeutiques et dans les attentes que l'on a vis-à-vis du patient.

c) Les interventions des soignants sont journalières, multiples et axées sur la situation qui a amené la demande d'aide. Tout le personnel est impliqué et le patient reçoit le même message de la part de tous (infirmiers, infirmières, préposé(s), médecin).

d) L'autonomie du patient est favorisée : on permet des heures de sortie et de visite libres, le port des habits de ville, des repas en groupe, les appels téléphoniques, un congé en tout temps s'il est justifié. Le devenir du patient est sa responsabilité et on l'aide à trouver et à prendre les moyens qui favoriseront pour lui une meilleure qualité de vie.

e) La famille est le plus souvent le plus grand soutien du patient et tout est mis en oeuvre pour que

celle-ci soit impliquée dans le traitement du malade : rencontres, information, but concret à atteindre, attentes réalistes, etc. On ne parle pas ici de thérapie familiale, mais plutôt de «counseling».

f) Les soignants croient que la majorité des problèmes devraient être résolus à l'extérieur de l'hôpital, même pour les personnes atteintes de maladie mentale. Par ailleurs, on reconnaît qu'en situation de crise, l'hôpital peut être utile, voire nécessaire.

RÉSULTATS

Une analyse partielle de l'impact de l'unité de traitement transitoire a été publiée au printemps 1984 (Desmarteau, Lapalme). Cette recherche rétrospective portait sur les six premiers mois d'opération de l'unité ; les mesures évaluées étaient la durée de séjour à l'unité, la moyenne de la durée de séjour à l'urgence psychiatrique, l'impact de l'ouverture de l'unité sur la clinique externe et sur les soins intra-hospitaliers et, enfin, la répercussion d'un séjour hospitalier bref sur la famille. Les résultats furent assez intéressants pour permettre de débloquer des fonds supplémentaires afin de continuer l'expérience.

Les résultats avancés dans ce travail résument l'expérience de l'U.T.T. pour la période du 23 août 1983 au 12 mars 1986 (31 mois). Les tableaux 1, 2 et 3 rapportent les principaux résultats de notre évaluation rétrospective.

Il est impossible d'évaluer l'impact de l'ouverture de l'U.T.T. sur l'urgence psychiatrique après les six premiers mois de fonctionnement, car il y a eu d'importants changements organisationnels et physiques dans ce service (urgence psychiatrique). Les conclusions du rapport Desmarteau, pour les six premiers mois, étaient «que la durée moyenne de séjour à l'urgence a été abaissée (11 %), que le roulement des patients investigués à l'urgence psychiatrique a augmenté et que l'engorgement de l'urgence psychiatrique a diminué».

De plus, il n'y a pas eu de suivi systématique des patients lors de leur congé. Tous étaient suivis en externe, mais il n'a pas été possible de savoir si ces patients revenaient davantage à l'urgence que ceux ayant reçu leur congé après une hospitalisation traditionnelle.

Tous les patients admis à l'U.T.T. avaient besoin d'une hospitalisation psychiatrique (demandée par un psychiatre). Ils n'étaient pas admis au hasard, certains facteurs (support de la famille, suivi externe, désorganisation mineure du comportement, etc.) influent sur la décision d'une hospitalisation à l'unité de court séjour. Cependant, il apparaît, avec expérience, que près de 80 % des patients nécessitant une hospitalisation psychiatrique pourraient être admis à l'U.T.T. ; cependant les patients porteurs de mandat (garde, examen, Lieutenant-Gouverneur), les patients très agités et les suicidaires ou homicidaires doivent être exclus. (La majorité des patients refusés sont d'ailleurs admis directement aux soins intensifs psychiatriques.)

En général, près de deux fois plus de femmes que d'hommes sont admises à l'unité. La moyenne d'âge est de 38 ans. Le statut civil des patients, tel que compilé au tableau 1, n'est pas représentatif de la réalité, puisqu'on n'y retrouve pas vraiment le statut actuel mais plutôt un statut civil arbitraire (une veuve peut vivre depuis 6 ans avec un divorcé qui l'est depuis 12 ans).

TABLEAU 1
Les données démographiques

NOMBRE	SEXE	ÂGE	STATUT CIVIL
851 (100%)	306 hommes (35,9%)	hommes 38,1 ans	mariés: 31,1% seuls: 53,7% divorcés: 14,6%
	545 femmes (64,1%)	femmes 38,5 ans	

Le séjour moyen des patients est de 5,87 jours à l'U.T.T. alors qu'il est de 60 jours au Pavillon Albert-Prévost. Le tableau 2 indique, par catégorie diagnostique, le nombre de patients, la répartition par sexe et la durée moyenne de séjour. Les hommes sont plus nombreux dans la catégorie des schizophrènes, les femmes sont en nombre supérieur pour les maladies affectives et les troubles de personnalité. Les données classiques sur l'épidémiologie des maladies schizophréniques et affectives vont dans le sens de nos résultats. Concernant les troubles de personnalité, il est possible que les hommes souffrant de ces pathologies soient plus facilement exclus de l'hôpital psychiatrique (contre-transfert, délinquance).

TABLEAU 2
Le diagnostic, le sexe et la durée moyenne de séjour

DIAGNOSTIC	NOMBRE	SEXE	DURÉE DE SÉJOUR MOYEN
Schizophrénie	182 (21,3%)	87 femmes (10,27%) 95 hommes (11,1%)	5,3 jours
Désordre dépressif majeur	276 (32,4%)	207 femmes (24,3%) 69 hommes (8,1%)	6,59 jours
Désordre maniaque	172 (20,2%)	104 femmes (12,2%) 68 hommes (7,9%)	6,61 jours
Désordre de personnalité	100 (11,7%)	75 femmes (8,8%) 25 hommes (2,9%)	5,15 jours
Désordre paranoïde	66 (7,7%)	37 femmes (4,3%) 29 hommes (3,4%)	5,53 jours
Autres*	55 (6,3%)	34 femmes (3,8%) 20 hommes (2,2%)	5,91 jours

* déficience mentale, syndrome organique, alcoolisme, etc...

La durée de séjour est plus longue pour les maladies affectives, surtout maniaques. On peut postuler que le mécanisme d'action des médicaments utilisés dans ces pathologies expliquent ce résultat : en effet, les anti-psychotiques agissent rapidement sur les symptômes actifs, alors que les antidépresseurs et le lithium prennent quelques jours avant d'améliorer les symptômes. De plus, les thérapeutes étaient plus «patients» avec les malades affectifs car ils répondent le plus souvent à une pharmacologie intensive, alors qu'un schizophrène ou un paranoïaque, qui ne s'améliore pas dans les premiers jours avec une structure thérapeutique et des médicaments, a besoin le plus souvent d'une hospitalisation plus longue.

Le tableau 3 nous indique le devenir des patients. Soixante-quinze pour cent reçoivent leur congé définitif pour la maison, le foyer d'accueil et autres. Parmi ceux qui doivent être hospitalisés, nous re-

trouvons surtout les patients atteints de maladies schizophréniques ou paranoïdes, dont le support social est inexistant. Quelques malades affectifs sont aussi hospitalisés, surtout quand ils sont sujets à des ruminations suicidaires ou présentent une manie incontrôlée. Aucun patient avec diagnostic principal de désordres de personnalité n'a été admis sur les étages. Certains sont transférés à l'urgence générale, leurs symptômes psychiatriques étant reliés à des maladies physiques (diabète, tumeur, etc.). À notre connaissance, il y eut trois suicides : des hommes de 35 à 45 ans dont l'un souffrait d'une maladie affective bipolaire, l'autre d'un désordre paranoïde et le dernier d'un trouble de personnalité passif-agressif associé à un alcoolisme sévère.

TABLEAU 3
Le devenir des patients

CONGÉ DÉFINITIF	HOSPITALISATION	AUTRES*
630	148	60
(75,1%)	(17,6%)	(7,1%)

* fugues, refus de traitement, transfert à l'urgence générale, etc...

N.B.: Trois patients se sont suicidés moins de trois mois après leur séjour.

Le premier refusait le traitement (lithium) et avait dû être placé en foyer d'accueil, car il lui était impossible de vivre seul en logement (incapacité de gérer ses biens, plaintes des propriétaires); de plus sa famille le rejetait. Il se jeta à la rivière après avoir passé trois jours au foyer d'accueil (phase euthymique de sa maladie).

Le patient paranoïde était convaincu qu'au travail on le croyait homosexuel. Mais sous médication et retiré du travail, les symptômes diminuèrent. Après dix semaines de traitement, il arrêta les médicaments et retourna au travail. Il se suicida après la première journée de travail (Il ne venait plus en externe).

Le patient alcoolique et passif-agressif n'avait pas d'antécédent psychiatrique. Il vint à l'hôpital après avoir cessé de travailler comme concierge, pour ne plus avoir à payer de pension à sa femme. Celle-ci l'avait précédemment mis à la porte, car il l'avait frappée et avait eu des contacts sexuels avec sa fille de 14 ans. Il devait passer en Cour. Après avoir reçu son congé définitif de l'hôpital pour aller au

tribunal, il se rend à la maison et boit de l'acide sulfurique devant sa femme (À l'U.T.T., il fonctionnait très bien, ne manifestant aucun signe de maladie affective ni de psychose).

Pour mieux établir la valeur d'un tel mode thérapeutique, les auteurs rédigent actuellement un protocole de recherche, dans lequel il y aurait des groupes contrôlés et suivis pour une période de 18 mois après leur séjour à l'U.T.T. ou à l'hôpital traditionnel. Le devenir serait évalué à plusieurs niveaux : réhospitalisations, médication, psychopathologie, contacts externes, rôles sociaux et familiaux, impact sur la famille.

CONCLUSION

Nous pourrions nous demander pourquoi l'utilisation de l'hospitalisation brève n'est pas plus employée en psychiatrie? Puisque la littérature pertinente sur le sujet et l'expérience clinique nous montrent qu'un séjour bref, pour la majorité des patients, est aussi efficace, sinon plus, qu'une hospitalisation traditionnelle, comment cela se fait-il que cette modalité de traitement ne soit pas entrée dans la pratique courante?

Mosher (1983) et Friedman (1985) ont donné quelques éléments de réponse. Il y a d'abord les déterminants sociaux, c'est-à-dire que le public considère encore que le meilleur endroit pour traiter les maladies mentales graves est à l'extérieur de la société, donc à l'intérieur des murs de l'asile-hôpital. En effet, la maladie mentale est considérée comme une déviance sociale qui n'est pas très bien tolérée dans la communauté. De plus, les gens associent en général la maladie mentale à une forme de danger potentiel et préfèrent ainsi que les fous soient enfermés.

Il y a aussi des raisons économiques. Les fonds alloués aux soins étant proportionnels au nombre de lits disponibles, l'hôpital n'a aucun intérêt à favoriser le traitement des patients en externe, son budget diminuant en fonction du nombre de lits utilisés. Également, si l'on considère que les coûts d'une hospitalisation brève sont inférieurs à ceux de l'hospitalisation traditionnelle, les administrateurs d'hôpitaux psychiatriques et les cliniciens pourraient craindre que l'argent ainsi économisé ne soit pas réinvesti dans cette modalité de traitement psychiatrique externe, mais qu'il serait plutôt utili-

sé pour diminuer le déficit de l'hôpital. À date on connaît peu d'incitatifs à une bonne gestion financière dans les hôpitaux.

Enfin, il existe des raisons cliniques à ce refus de généraliser l'hospitalisation brève. On pourrait citer la formation des intervenants, surtout celle des psychiatres. D'abord, ceux qui sont responsables de la formation sont des cliniciens qui ont eux-mêmes été formés lorsque l'hospitalisation traditionnelle était pratiquement la seule forme de traitement pour les maladies mentales sérieuses. Ensuite, il faut se rappeler que ces dernières années, il y a eu une tendance en psychiatrie qui voulait remédicaliser cette science, la psychiatrie voulant se rapprocher de la médecine. Ainsi, il est beaucoup mieux vu de travailler à l'intérieur de l'hôpital que dans un centre de santé communautaire (Il est d'ailleurs prouvé que les recherches psychiatriques sont plus facilement subventionnées si elles ont lieu à l'intérieur d'un hôpital reconnu). Il faut aussi noter que le système de soins mentaux, comme tous les systèmes, change lentement. Par conséquent, les cliniciens qui travaillent de façon traditionnelle depuis plusieurs années se méfient des nouvelles formes de traitement psychiatrique. Enfin, il faut mentionner que non seulement la pratique intra-hospitalière est modifiée lorsqu'on a recours à l'hospitalisation brève, mais aussi, et surtout, la pratique dans les centres de soins externes. Les cliniciens de ces centres ont à suivre des patients plus symptomatiques, plus médicamenteux et qui ont besoin (ainsi que leur famille) de plus de support.

Il ne faudrait pas oublier non plus les aspects psychologiques (contre-transférentiels) et légaux. En effet, les patients chroniquement suicidaires et homicidaires sont souvent référés à l'hôpital pour éviter le pire. Le clinicien, qui admet de tels patients à l'hôpital, le fait souvent en sachant que l'hospitalisation ne changera pas le fond du problème, mais il cherche surtout à éviter des poursuites légales possibles. Car l'évaluation du danger que représente le patient, pour les autres et pour lui-même, est très difficile à faire et peut être l'objet de poursuites. Friedman recommande, comme Gutheil, que ces patients ne soient pas admis à l'hôpital pour des raisons de danger, mais qu'ils soient plutôt traités en clinique externe, la décision s'appuyant sur un dossier médical bien étayé.

Pour terminer, soulignons encore une fois, que

la généralisation de l'hospitalisation brève en psychiatrie n'entraînera pas la fin de l'hôpital-asile. Certains patients ont besoin de cette modalité de traitement. Nous souhaiterions que l'hospitalisation devienne plus spécifique et puisse éventuellement provoquer un réaménagement des ressources financières, assurant ainsi un traitement intra-hospitalier plus efficace ainsi qu'une meilleure qualité de vie dans la communauté.

RÉFÉRENCES

- BOUDREAU, F., 1984, *De l'asile à la santé mentale*, A. St-Martin, Montréal.
- BRAUN, P., PARSONS, D.A., 1981, Overview : Deinstitutionalization of psychiatric patients, a critical review of outcome studies, *American Journal of Psychiatry*, 138, n° 6, 736-749.
- CAFHEY, E., 1971, Brief hospitalization and aftercare in the treatment of schizophrenia, *Arch. Gen. Psych.*, 14, 81-86.
- CATON, C., 1982, Effect of length of inpatient treatment for chronic schizophrenia, *American Journal of Psychiatry*, 139, n° 7, 856-861.
- DESMARTEAU, R.H., Lamarche, M.L., 1984, *Bilan sur l'U.T.T. : étude rétrospective*, manuscrit non publié, 32 p.
- DUBIN, S., 1984, A three-day crisis resolution unit, *Hospital and Community Psychiatry*, 35, n° 1, 106.
- ENDICOTT, J., HERTZ, M., 1978, Brief versus standard hospitalization : the differential costs, *American Journal of Psychiatry*, 135, n° 6, 707-712.
- ENDICOTT, J., 1979, Brief versus standard hospitalization for whom?, *Arch. Gen. Psychiatry*, 35, 706-712.
- FOUCAULT, M., 1972, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Paris.
- FRIEDMAN, R., 1975, Resistance to alternatives to hospitalizations, *Psychiatric Clinics of North America*, 8, n° 3, 471-482.
- GLICK, I., HARGREAVES, W., 1975, Short versus long hospitalization : a prospective controlled study, *American Journal of Psychiatry*, 132, n° 4, 385-390.
- GOFFMAN, E., 1961, *Asylums*, New York, Doubleday.
- GORDON, T., BREAKEY, W.R., 1983, A comparison of the outcomes of short and standard stay patients at one year follow-up, *Hospital and Community Psychiatry*, 34, n° 11, 1054-1056.
- GOVE, W., WABACH, J., 1967, An intensive treatment program for psychiatric inpatients : a description and evaluation, *Journal of Health and Social Behavior*, 8, 225-237.
- GRUNBERG, E.M., 1972, Social breakdown syndrome : environmental and host factors associated with chronicity, *American Journal of Public Health*, 62, 91-94.
- GUTHEIL, T., 1985, Medicolegal pitfalls in the treatment of borderlines patients, *American Journal of Psychiatry*, 142, 9-14.
- HERZ, M., ENDICOTT, J., 1975, Brief hospitalization of patients with families : initial results, *American Journal of Psychiatry*, 132, n° 4, 413-417.
- HERZ, M., ENDICOTT, J., 1976, Brief versus standard hospitalization : the families, *American Journal of Psychiatry*, 133, n° 7, 795-801.

- HERZ, M., ENDICOTT, J., 1977, Brief hospitalization : a two-year follow-up, *American Journal of Psychiatry*, 134, n° 5, 502-507.
- HIRSCH, S.R., PLATT, S. et al., 1979, Shortening hospital stay for psychiatric care : effect on patients and their families, *British Medical Journal*, 46, 442-446.
- LAPALME, G., OUELLET, F., 1984, *L'avis des familles sur l'U.T.T.*, non publié.
- MATTES, ZJ., 1982, The optimal length of hospitalization for psychiatric patients : a review of literature, *Hospital and Community Psychiatry*, 33, n° 10, 824-828.
- MOSHER, L., 1983, Alternatives to psychiatric hospitalizations : why has research failed to be translated into practice? *N. Engl. J. Med.*, 309, n° 25, 1579-1580.

- REIBEL, S., HERTZ, M., 1976, Limitations of brief hospital treatment, *American Journal of Psychiatry*, 133, n° 5, 518-521.
- WEISMAN, G., FEIRSTEIN, A., 1969, Three-day hospitalization — model for intensive intervention, *Arch. Gen. Psychiatry*, 21, 620-629.

SUMMARY

The authors discuss the available literature on a possible modification of traditional hospitalization in psychiatry : the brief hospitalization. Then they share a 30 month' experience in a transitory treatment unit at Albert-Prévoist. Finally, the authors underline the fact that even if research and current use promote such an approach, this form of treatment is rare : they look into the reasons for such a state of affair.