

## Bernadette au fil du temps : une perspective évolutive des soins psychiatriques de l'internement aux alternatives à l'hospitalisation

### Bernadette through the ages: An evolving perspective on psychiatric care from institutionalization to alternatives to hospitalization

Marie-Ève Simard, Marie-Hélène Goulet, Émilie Hudson, Valérie Coulombe et Stéphanie Lainesse

Volume 49, numéro 2, automne 2024

Voyage à travers 150 ans de psychiatrie : l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1114416ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1114416ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Simard, M.-È., Goulet, M.-H., Hudson, É., Coulombe, V. & Lainesse, S. (2024). Bernadette au fil du temps : une perspective évolutive des soins psychiatriques de l'internement aux alternatives à l'hospitalisation. *Santé mentale au Québec*, 49(2), 315–319. <https://doi.org/10.7202/1114416ar>

Résumé de l'article

En 1909, Bernadette, âgée de 21 ans, est hospitalisée à la suite de l'évaluation du curé de la paroisse, car elle présente une « folie » postpartum. Elle est alors internée à Saint-Jean-de-Dieu, séparée de son poupon et de son mari qui lui enverra des dizaines de missives, se requérant de l'état de santé de sa femme et du moment où elle pourra enfin revenir à la maison. Retour qui n'arrivera malheureusement jamais.

Cet article portera un regard sur les pratiques en psychiatrie et santé mentale d'hier à aujourd'hui – et sur le chemin qu'il reste à parcourir – en ciblant la perspective des alternatives à l'hospitalisation. Quelle aurait pu être la trajectoire de soins de Bernadette aujourd'hui ? Quelle pourrait être la trajectoire de soins de Bernadette dans 50 ans ?

Aujourd'hui, l'expertise de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) ne réside plus uniquement entre ses murs, mais va à la rencontre des personnes dans leur milieu de vie. Bernadette aurait ainsi pu recevoir ses traitements à la maison, soutenue par une équipe traitante et son mari, partie prenante de cette équipe.

Les pratiques actuelles d'alternatives à l'hospitalisation seront documentées, puis mises en relation avec le savoir expérientiel d'une femme ayant vécu une hospitalisation involontaire plus d'un siècle après Bernadette. Ce portrait sur 3 époques permettra de voir le chemin parcouru, mais aussi celui qu'il reste à tracer.

# Bernadette au fil du temps : une perspective évolutive des soins psychiatriques de l'internement aux alternatives à l'hospitalisation

Marie-Ève Simard<sup>a</sup>

Marie-Hélène Goulet<sup>b</sup>

Émilie Hudson<sup>c</sup>

Valérie Coulombe<sup>a</sup>

Stéphanie Lainesse<sup>c</sup>

**RÉSUMÉ** ■ En 1909, Bernadette, âgée de 21 ans, est hospitalisée à la suite de l'évaluation du curé de la paroisse, car elle présente une « folie » postpartum. Elle est alors internée à Saint-Jean-de-Dieu, séparée de son poupon et de son mari qui lui enverra des dizaines de missives, se requérant de l'état de santé de sa femme et du moment où elle pourra enfin revenir à la maison. Retour qui n'arrivera malheureusement jamais.

Cet article portera un regard sur les pratiques en psychiatrie et santé mentale d'hier à aujourd'hui – et sur le chemin qu'il reste à parcourir – en ciblant la perspective des alternatives à l'hospitalisation. Quelle aurait pu être la trajectoire de soins de Bernadette aujourd'hui? Quelle pourrait être la trajectoire de soins de Bernadette dans 50 ans?

Aujourd'hui, l'expertise de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) ne réside plus uniquement entre ses murs, mais va à la rencontre des personnes dans leur milieu de vie. Bernadette aurait ainsi pu recevoir ses

---

a. Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

b. Université de Montréal.

c. Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

traitements à la maison, soutenue par une équipe traitante et son mari, partie prenante de cette équipe.

Les pratiques actuelles d'alternatives à l'hospitalisation seront documentées, puis mises en relation avec le savoir expérientiel d'une femme ayant vécu une hospitalisation involontaire plus d'un siècle après Bernadette. Ce portrait sur 3 époques permettra de voir le chemin parcouru, mais aussi celui qu'il reste à tracer.

## **Bernadette through the ages: An evolving perspective on psychiatric care from institutionalization to alternatives to hospitalization**

**ABSTRACT** In 1909, 21-year-old Bernadette was hospitalized after the parish priest deemed her to be suffering from “puerperal insanity.” She was committed to Saint-Jean-de-Dieu, separated from her newborn and husband, who would send dozens of letters inquiring about her health and longing for the day she could return home. Sadly, that return never happened.

This article explores the evolution of psychiatric and mental health practices from the past to the present – and the progress still to be made – by focusing on alternatives to hospitalization. How might Bernadette's care have been managed today? And what could her care pathway look like 50 years from now?

Today, the expertise of the *Institut universitaire en santé mentale de Montréal* (IUSMM) extends beyond its walls, reaching people in their own environments. Bernadette could have received treatment at home, supported by a care team with her husband playing an active role.

This article documents current alternatives to hospitalization and links them to the lived experience of a woman who underwent involuntary hospitalization over a century after Bernadette. By examining three distinct eras, we can see not only how far we've come but also the challenges that remain.

**Montréal, 1909.** L'évaluation du curé de la paroisse met en lumière un constat irrémédiable: Bernadette est en crise et a besoin d'une aide psychiatrique urgente. Après l'accouchement de son premier enfant, elle est diagnostiquée à l'âge de 21 ans avec une « folie des dégénérés » et est internée à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, car ses comportements présentent un danger pour sa sécurité et celle de son bébé (Cellard et Thifault, 2007). Bien qu'il fût convenu à ce moment-là que les visites du curé faisaient office de service de proximité, ce dernier se trouva rapidement démuné face « au mal » dont elle souffrait et fut celui qui statua

que la maison n'était pas un endroit sécuritaire pour Bernadette. Son mari, Damase, est tenu à distance, écrivant de nombreuses lettres suppliant le psychiatre traitant de la libérer pour qu'elle puisse s'occuper de son fils. Bien que sous l'influence de l'essor de la médecine moderne, le personnel de l'Hôpital comptait encore beaucoup sur Dieu et les murs de l'Institution, érigés pour guérir (Townsend, 2022). Le personnel soignant était dévoué et engagé, mais s'inscrivait dans une perspective de fatalisme thérapeutique, la notion de rétablissement rimant à l'époque avec rémission totale... Une rémission que le personnel soignant ne verra jamais venir pour Bernadette et pour beaucoup d'autres sous leur responsabilité (Cellard et Thifault, 2007).

**Montréal, 2023.** Damase, le mari de Bernadette, constate que sa femme n'est plus la même depuis la naissance de leur enfant. Ses comportements l'inquiètent de plus en plus. L'infirmière du suivi postnatal dépiste rapidement des symptômes dépressifs et l'oriente vers un suivi médical. Bernadette accepte d'aller consulter un médecin, mais insiste aussi pour voir des thérapeutes et demeurer près de son bébé. À l'IUSSM, elle est terrorisée. Elle refuse d'être séparée de son bébé. Un trouble dépressif avec apparition péripartum et caractéristiques psychotiques lui est diagnostiqué. On lui confirme qu'aucune unité interne ne lui permet de recevoir des soins psychiatriques avec son enfant et d'y suivre une psychothérapie. Après 2 jours dans une unité d'intervention brève, une infirmière de liaison et un psychiatre discutent avec Bernadette et Damase des différentes options qui s'offrent à eux et leur proposent une hospitalisation à domicile, une pratique qui a débuté en France dans les années 1970 (Furtos, 2011; Leyreloup, 2009). On leur explique qu'un(e) psychiatre, conjointement avec une équipe de professionnel(le)s spécialisé(e)s se déplaceront à son domicile jusqu'à 3 fois par jour pour amorcer un traitement et les aider à retrouver l'équilibre (CIUSSS de la Capitale-Nationale, 2023). Damase est ému de savoir que sa femme sera traitée sous leur toit et que leur bébé pourra rester auprès d'elle. Bernadette est craintive, mais, se sentant entendue et respectée, accepte de recevoir de la médication pourvu qu'elle ne demeure pas à l'hôpital. On lui propose également de rencontrer un pair aidant dans les prochaines semaines.

**Montréal, 2073.** Quelques semaines après son accouchement, Bernadette commence à éprouver des pensées troublantes. Les changements dans son comportement et son humeur, surveillés par ses

appareils intelligents (Stip et Rialle, 2005), déclenchent une alerte à la plateforme d'aide à la décision clinique du CLSC (Bhugra et coll., 2017; Oudin et coll., 2023). Elle est immédiatement référée pour une consultation en ligne avec une infirmière praticienne spécialisée qui évalue la famille. Identifiant l'apparition d'une crise de santé mentale chez Bernadette, l'infirmière met en place un plan de crise conjoint et des autosoins guidés par la réalité virtuelle et l'intelligence artificielle. Ces démarches préviennent une décompensation aiguë et atténuent les perturbations significatives dans ses relations, son rôle parental ainsi que ses activités de la vie quotidienne et domestique. Malgré ces efforts, après quelques semaines, Bernadette bascule dans un état de crise, et son mari, Damase, consulte le plan de crise conjoint élaboré avec Bernadette pour orienter de façon anticipée sa prise de décision en matière de soins (Cassivi et coll., 2023). Il contacte une équipe d'intervention de crise qui réagit rapidement pour effectuer une évaluation et déterminer l'intervention appropriée. Bernadette est transportée, avec son mari et son bébé, vers un centre de crise non basé dans un hôpital. Elle y est accueillie par un intervenant pivot, dans une chambre privée. Des pairs aidants facilitent la communication entre elle et son équipe de soins et l'aident à identifier ses besoins et les communiquer aux différents intervenants. Avec son consentement, son mari et ses parents participent avec elle à l'élaboration du plan de traitement. Comme une grande majorité des personnes qui ont une crise de santé mentale en 2074, Bernadette n'est pas hospitalisée et est plutôt dirigée vers l'équipe métadisciplinaire de traitement intensif bref qui procède à son hospitalisation à domicile. Bernadette bénéficie de la psychiatrie de précision, où une gamme de modalités de traitement, adaptées à sa neurobiologie, à ses gènes et à son mode de vie, sont disponibles (Bhugra et coll., 2017). Au cours des mois suivants, Bernadette et Damase bénéficient des services postcrise auprès d'une équipe traitante qui les aide à maintenir son niveau de fonctionnement et développer de bonnes stratégies d'adaptation via différentes modalités de thérapie : individuelle, familiale, de groupe.

Dès sa création en 1873, l'IUSSM a contribué à l'avancement des premières recherches moléculaires pour le traitement des troubles mentaux. Les soins biomédicaux, technologiques et thérapeutiques les plus avant-gardistes ont été développés entre ses murs. Aujourd'hui, ces soins ne sont plus uniquement offerts à l'intérieur des murs de l'IUSMM, mais sont accessibles dans la communauté. Il est possible

d'espérer que, dans l'avenir, le portrait des soins en santé mentale et en psychiatrie ne sera plus synonyme de coercition et de stigma, que la technologie favorisera l'accès à des services intégrés et personnalisés et que nos soins évolueront selon un système de santé apprenant non seulement de la science, mais surtout, de la voix de toutes les Bernadette et tous les Damase qui y auront recours.

## RÉFÉRENCES

- Bhugra, D., Tasman, A., Pathare, S., Priebe, S., Smith, S., Torous, J., Arbuckle, M. R., Langford, A., Alarcón, R. D., Chiu, H. F. K., First, M. B., Kay, J., Sunkel, C., Thapar, A., Udomratn, P., Baingana, F. K., Kestel, D., Ng, R. M. K., Patel, A., ... Ventriglio, A. (2017). The WPA-*Lancet Psychiatry* Commission on the Future of Psychiatry. *The Lancet Psychiatry*, 4(10), 775-818. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30333-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30333-4)
- Cassivi, C., Sergerie-Richard, S., Saint-Pierre, B. et Goulet, M.-H. (2023). Crisis plans in mental health: A scoping review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 32(5), 1259-1273. <https://doi.org/10.1111/inm.13158>
- Cellard, A. et Thifault, M.-C. (2007). *Une Toupie sur la tête*. Boréal.
- CIUSSS de la Capitale-Nationale. (2023). *Modèle clinique pour l'hospitalisation à domicile en santé mentale*. Gouvernement du Québec.
- Furtos, J. (2011). Hospitalisation à domicile en psychiatrie de secteur: Témoignage et élaboration d'une pratique à partir de vingt-trois ans d'expérience. *Dialogue*, 192(2), 97-108. <https://doi.org/10.3917/dia.192.0097>
- Leyreloup, A.-M. (2009). Hospitalisation à domicile en psychiatrie, une idée pas si neuve: *VST - Vie sociale et traitements*, 99(3), 53-58. <https://doi.org/10.3917/vst.099.0053>
- Oudin, A., Maatoug, R., Bourla, A., Ferreri, F., Bonnot, O., Millet, B., Schoeller, F., Mouchabac, S. et Adrien, V. (2023). Digital Phenotyping: Data-Driven Psychiatry to Redefine Mental Health. *Journal of Medical Internet Research*, 25(e44502). <https://doi.org/10.2196/44502>
- Stip, E. et Rialle, V. (2005). Environmental Cognitive Remediation in Schizophrenia: Ethical Implications of "Smart Home" Technology. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(5), 281-291. <https://doi.org/10.1177/070674370505000509>
- Townsend, M. C. (2022). *Psychiatrie et santé mentale* (P. Pariseau-Legault et M.-H. Goulet, Eds.; 3e ed.). Pearson ERPI.