Document generated on 07/17/2025 8:32 p.m.

Santé mentale au Québec

Les caractéristiques du syndrome de la porte tournante à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine
Characteristics of the revolving door syndrome at Louis-Hippolyte Lafontaine Hospital

Henri Dorvil

Volume 12, Number 1, June 1987

Aspects de la désinstitutionnalisation

URI: https://id.erudit.org/iderudit/030374ar
DOI: https://doi.org/10.7202/030374ar

See table of contents

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)
1708-3923 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Dorvil, H. (1987). Les caractéristiques du syndrome de la porte tournante à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. *Santé mentale au Québec*, *12*(1), 79–89. https://doi.org/10.7202/030374ar

Article abstract

This cross-sectional study involving questionnaires examines the influence of clinical and socio-demographic variables on read-missions to Louis-H. Lafontaine Hospital. Results show a close resemblance between the profile of the 1024 patients surveyed and that of the complex prototype identified by studies carried out in other countries. However, our clientele's characteristics offer a unique profile of open-door syndrome. The study's conclusion presents several recommendations to help provide more efficient services to the latter clientele.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 1987

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

Santé mentale au Québec, 1987, *XII*, 1, 79-89.

Les caractéristiques du syndrome de la porte tournante à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine

*Henri Dorvil**

Cette étude transversale par questionnaire traite de l'influence des variables cliniques et socio-démographiques dans les réadmissions à l'hôpital Louis-H. Lafontaine. Si les 1024 patients échantillonnés ressemblent sur certains côtés au prototype complexe identifié par des études menées dans d'autres pays, notre clientèle du syndrome de la porte tournante a son propre visage. L'étude conclut sur des recommandations en vue d'une gestion efficace de cette clientèle.

Au milieu des années 60, au plus fort de la psychiatrie communautaire au Québec, les réadmissions ont fait leur apparition dans les hôpitaux psychiatriques. Durée de séjour hospitalier de plus en plus courte, difficultés d'adaptation sociale du malade mental, désengagement de la famille, récidivisme lié à l'essence même de la folie... bien des raisons peuvent être évoquées pour expliquer le phénomène des réadmissions. Étant donné sa forte taille, l'hôpital Louis-H. Lafontaine n'échappe pas à cette situation. Ainsi, près de 75 % des entrées dans cet hôpital sont des cas de réadmission. C'est pourquoi la direction générale de cette institution nous a donné le mandat de mener une enquête afin de mieux cerner le profil de cette clientèle dite du «syndrome de la porte tournante» et de faire des recommandations quant à l'amélioration des services.

POSITION DU PROBLÈME

Toutefois, en dépit de la prévalence de ce syndrome, très peu d'études lui ont été spécifiquement consacrées. Une recherche bibliographique informatisée, commandée à la bibliothèque de la santé de l'Université de Montréal, nous rapporte seulement dix-neuf études traitant fondamentalement de cette question. Beaucoup de livres et de revues notent tout au plus le phénomène. Françoise Boudreau (1984), par exemple, parle des «patients désinstitutionnalisés qui vivent dans des conditions misérables (foyers clandestins) et retournent en institution à intervalles réguliers, faute de services extra-hospitaliers». Quant au manuel de Kaplan (1985), il parle de ce syndrome sous la rubrique «prévention tertiaire». Il s'agit de patients chroniques qui fréquentent régulièrement les salles d'urgence des hôpitaux d'État. Au nombre d'au moins trois millions aux États-Unis, ils sont caractérisés par un diagnostic sévère (schizophrénie ou paranoïa sévère, occasionnellement des psychoses affectives et des syndromes organiques), une incapacité étendue et de multiples admissions en psychiatrie. Les centres de santé mentale (mental health centers), qui ont des programmes spécifiques pour ce genre de patients, définissent ce groupe comme étant composé de jeunes adultes souffrant de schizophrénie ou de désordres de la personnalité, de type antisocial ou paranoïde. Comme il s'agit de cas d'incapacité sociale, ils deviennent la responsabilité du secteur public. Il n'existe aucun stimulant de nature financière qui encouragerait les praticiens du secteur privé à s'occuper de cette clientèle. Le taux de suicide de cette clientèle dépasse de deux cent dix fois celui de la population générale et de dix fois son taux d'arrestation.

Selon plusieurs études menées aux États-Unis (Hogarthy, 1973, 1974 : Talbott, 1974), les taux de

* Travailleur social et détenteur d'un Ph.D. en sociologie de la santé de l'Université de Montréal, l'auteur enseigne la sociologie de la déviance au Département de travail social de l'Université du Québec à Montréal. Il est également professeur-visiteur au Centre de recherche psychiatrique de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

rechute et de réhospitalisation indiquent que 35 % à 50 % de schizophrènes désinstitutionnalisés sont réadmis dans la première année et 70 % à l'intérieur de deux ans (35 % malgré la médication et la thérapie de support, 50 % malgré la médication et 80 % avec du placebo, c'est-à-dire sans médication). Même si le traitement psychopharmacologique diminue l'acuité de la symptomatologie et est souvent nécessaire pour maintenir l'atténuation des signes d'incapacité, il ne peut combattre à lui seul les schémas de récidive et de chronicité. Aux États-Unis, ni la médication antipsychotique ni les centres communautaires de santé mentale n'arrivent à stopper le syndrome de la porte tournante.

À l'hôpital Louis-H. Lafontaine (Aucoin, 1985), il y a eu 3933 réadmissions de 1981 à nos jours, soit une moyenne de 1311 par année. Selon le rapport de l'administrateur délégué du M.A.S. :

> Les réadmissions comptent donc pour 72,39 % de toutes les admissions. De ces 3933 réadmissions, 2730 (69,41 %) ont été faites pour des psychoses fonctionnelles, 49 (1,25 %) pour des troubles organiques, 721 (18,33 %) pour des névroses et 409 (10,4 %) pour des pathologies physiques. De ces admissions et réadmissions, 3615 (66,54 %) proviennent du domicile, 631 (11,61 %) des hôpitaux, 97 (1,79 %) des centres d'accueil, 464 (8,54 %) des familles d'accueil, 122 (2,25 %) des pavillons et 504 (9,28 %) d'autre provenance.

Même à l'état brut, ces chiffres sont éloquents. Les réadmissions, où se recrutent les patients du syndrome de la porte tournante, constituent un problème majeur à l'hôpital Louis-H. Lafontaine. Non seulement celles-ci hypothèquent-elles la rénovation physique des unités pour une meilleure qualité de vie des patients à l'interne (l'hôpital étant rempli régulièrement à 98 %), mais elles témoignent également du manque d'intervention dans la communauté : support aux familles qui ont des malades mentaux à la maison, surveillance dans la prise des médicaments, programmes communautaires de type éducationnel et récréatif, équipe mobile compétente pour des consultations immédiates aux résidences ou pour traiter des crises aiguës dans les lieux spécifiques.

Mais comment peut-on être si sûr, alors qu'on ne connaît pas d'une manière précise le profil de cette clientèle au niveau clinique, socio-démographique et ultérieurement au niveau des besoins de service, de la qualité de vie? C'est pour répondre à une telle carence que cette recherche a été mise sur pied.

REVUE DE LITTÉRATURE

Le syndrome de la porte tournante est connu des médecins depuis de nombreuses décennies. À cet égard, nous avons recensé plusieurs mentions dans des revues spécialisées. Voici les données les plus saillantes. Dans la clientèle du «revolving door syndrom», non seulement rencontre-t-on traditionnellement des psychotiques, mais aussi des patients non psychotiques en nombre presque égal (Martin *et al*, 1976; Woosh, 1977).

Le manque de suivi en clinique externe, le manque de services de soutien, l'insuffisance de réévaluation des prescriptions médicamenteuses renforcent le syndrome de la porte tournante (Talbott, 1974; Joyce *et al*, 1981; Harris et Bergman, 1984).

Cependant, lorsque des groupes d'intervention de crise se rendent soit dans les résidences des patients soit dans d'autres lieux réservés au traitement de ces crises, le nombre de réadmissions diminue (Woosh, 1977).

Enfin, les familles dites «naturelles», à haut degré d'émotivité négative et à l'esprit critique et ambivalent, fournissent un tribut imposant à la clientèle du syndrome de la porte tournante (Rose *et al*, 1977; Rosenfeld, 1982).

On retrouve très peu de personnes âgées chez les patients du syndrome de la porte tournante. En effet, celles-ci sont automatiquement dirigées vers des centres spécifiques après la première admission. Tel n'est pas le cas pour les patients chroniques qui sont encore de jeunes adultes (Woosh, 1977). En général, ces patients du syndrome de la porte tournante ne sont pas mariés, ils habitent seuls, vivant le plus souvent dans des maisons de chambre et pension (Rose *et al*, 1977). L'instabilité résidentielle est reliée au «revolving door syndrom», le patient étant porté à changer de résidence à chacun de ses retours dans la communauté (Caton et Goldstein, 1984). Bref, la clientèle du syndrome de la porte tournante réfère à des variables cliniques, ainsi qu'à des variables socio-démographiques.

Au niveau du public en général, on assiste depuis cinq ans environ à la vulgarisation de ce phé-

nomène, puisque dans le quotidien on relève deux faits. Tout d'abord, un psychiatre de l'Institut Philippe-Pinel (Lavallée, 1985) voit dans le phénomène de la porte tournante l'échec de la resocialisation, de la réinsertion sociale. Ainsi, disait-il, la grande majorité des malades, sinon tous, sont admis à l'hôpital par les équipes de l'urgence. On ne peut faire autrement, car les lits sont tous occupés, souvent par des malades que les travailleurs sociaux ne réussissent à placer qu'après de nombreux mois d'attente. Alors, pour faire de la place, des pressions sont exercées sur les équipes soignant les malades hospitalisés pour que ces derniers quittent l'hôpital, qu'ils soient suffisamment rétablis ou non. Même ceux qu'on peut remettre sur pied en un mois ou deux se sentent inconfortables dans leur milieu dès qu'ils sont soumis aux exigences de la vie en société; souvent ils ne prennent pas leurs médicaments, rechutent et finalement retournent à l'hôpital. Un mois d'hospitalisation pour les remettre sur pied... et ça recommence. Il semble, selon le Dr Lavallée, que le gîte dans la société soit insuffisamment protecteur. Et la responsabilité d'un gîte est une fonction sociale complexe que plusieurs malades psychiatriques ne peuvent assumer.

En septembre 1986, l'Association canadienne pour la santé mentale, Division du Québec, tenait un colloque dont le thème portait sur le syndrome de la porte tournante. La définition écrite dans le feuillet publicitaire se lisait comme suit : «Une personne aux prises avec un problème psychologique aigu passe le plus souvent par les étapes suivantes : recours à la structure du milieu (famille, amis); recours au centre local de services communautaires (C.L.S.C.); recours à l'urgence d'un centre hospitalier, retour dans son milieu avec un suivi minimal, sinon inexistant, après le traitement; réhospitalisation probable à plus ou moins brève échéance; manque de concertation et d'harmonisation; surconsommation des services hospitaliers psychiatriques».

C'est dans le contexte de mieux situer cette problématique, dans le milieu hospitalier et principalement psychiatrique, que cette recherche a été entreprise.

MÉTHODOLOGIE

Nous avons fait une enquête transversale par questionnaire portant sur la clientèle de l'urgence-admission de l'hôpital Louis-H. Lafontaine entre le 10 novembre 1985 et le 1er mars 1986 sur une période de 24 heures. Au total, 1024 questionnaires ont été remplis. Sont exclus de l'échantillon les cas d'admissions électives, c'est-à-dire ceux découlant de contrats de services que l'institution entretient avec d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

La première partie du questionnaire a été remplie par l'infirmière de l'urgence pour tous les patients. La deuxième partie a été remplie par une préposée à l'admission, lorsque le patient est admis, et par le responsable de l'enquête, à même les archives, lorsque le patient n'est pas admis. Le questionnaire comporte des questions dites «fermées», c'est-à-dire ne donnant lieu qu'à une seule réponse, et des questions dites «ouvertes», soit permettant des réponses multiples.

À la fin de la cueillette des données, nous avons effectué une dernière vérification des données et nous les avons complétées au besoin avec le Service des archives et avec l'Unité de soins, quand le patient était hospitalisé. Ensuite, les données ont été traitées à l'informatique du Centre de recherche, par des tests non paramétriques du Chi^2 et du calcul de l'intervalle de confiance (Siegel, 1956). Les données paramétriques ont été évaluées par analyse de variance.

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

Étant donné les limites d'espace inhérentes à tout article de revue, je vais rappeler pour le bénéfice du lecteur les passages les plus significatifs sous deux sous-titres : I. fréquence et moyenne; II. analyse multivariée.

Fréquence et moyenne

Jours et saisons de pointe

À l'exception du samedi et du dimanche, toutes les journées sont en général achalandées à l'urgence. En effet, au cours de notre enquête, chaque jour ouvrable a déjà atteint son record de 25 patients et plus. Par ailleurs, la salle d'urgence fait toujours le plein les jeudis et vendredis qui précèdent les longs week-ends de trois jours (fête du travail, fête du personnel, week-end pascal, etc.). Cinquante-cinq pour cent des patients consultent le jour (de

8h00 à 16h00), 30 % le soir (16h00 à 24h00), 15 % la nuit (24h00 à 8h00).

L'affluence s'avère sensiblement la même pour les quatre périodes statistiques de l'hôpital retenues aux fins de l'échantillonnage. Les résultats de cette enquête ne peuvent conclure que pour cette tranche d'année (quatre mois). Nous savons que certaines maladies (premières déclarations ou rechutes) ont une allure saisonnière qui atteint un sommet à l'automne et au printemps. Il eut été intéressant de faire cette enquête pendant toute une année pour examiner de près cette tendance et identifier les pathologies plus sensibles à l'humeur des saisons. Mais tel n'est pas le cas pour cette enquête-ci.

Motifs cliniques de consultation

Une proportion de 29,98 % des utilisateurs de l'urgence se plaignent de divers troubles physiques très souvent associés soit à un besoin de réajustement de médicaments ou soit à un renouvellement de prescriptions, qui n'a pas eu lieu à la date suggérée par le médecin traitant. Le principal malaise énoncé par le patient à l'urgence demeure l'anxiété prononcée (26.17 %). Ensuite viennent les hallucinations et délires (13,48 %), les idées ou tentatives de suicide (12,60 %), l'agitation (9.28 %), la confusion mentale (6.15 %), l'agression envers les autres (6.05 %) et l'état d'ébriété aigu dû à l'alcool (4,69 %). Pour ce qui est de l'apathie du patient, de l'intoxication prolongée à l'alcool ou à une drogue et du surdosage de médicament, ils terminent en bout de piste avec des scores inférieurs à 4,60 %.

Motifs sociaux de consultation

Il existe un lien entre les motifs cliniques et les motifs sociaux de consultation. Très souvent, les problèmes sociaux agissent comme facteur précipitant le recours à l'urgence. En effet, tant que le dysfonctionnement biologique ne se manifeste pas sur le plan social (troubles avec la famille, le voisin, le quartier, l'employeur, etc.), l'individu n'est pas reconnu malade et n'est pas forcé de consulter. L'individu est reconnu malade en autant que son comportement dérange l'ordre social. Par conséquent, lors de notre enquête, seulement 19,43 % du total des patients étaient venus à l'urgence sans raison sociale. Les autres facteurs sociaux se répartissent comme suit : 32,42 % (troubles avec sa famille, ne paie pas son logement, perturbe la paix publique, etc.), 11,23 % (manque d'organisation), 10,64 % (difficultés spécifiquement liées à la solitude), 9,37 % (crise conjugale), 8,01 % (n'a plus d'argent ou gîte). Le score de 4,30 % a été attribué aux cas de misère sociale, c'est-à-dire aux analphabètes fonctionnels, incapables de se familiariser avec les structures établies pour obtenir des services dont ils ont besoin. Les cas d'itinérance et de ceux qui éprouvent de la difficulté à planifier un budget se situent en dessous des 3,00 %.

Médication

On a relevé que 67,48 % des utilisateurs de l'urgence suivaient déjà des prescriptions psychiatriques contre 32,52 % qui n'en avaient pas, mais la très grande majorité de ceux qui prenaient des médicaments en absorbaient au moins trois sortes différentes. Voici donc la proportion des catégories consommées suivant le nombre de réponses (N) (tableau 1).

TABLEAU 1
Médication

Médicament	N	%
Hypnotiques	338	33,01
Anxiolytiques	319	31,15
Neuroleptiques	280	27,34
Antiparkinsoniens	225	21,97
Tricycles (antidépresseurs)	132	12,89
Lithium	125	12,21
Anticonvulsifs	107	10,45

Fréquence du suivi avant la consultation

La littérature sur le syndrome de la porte tournante établit un lien de cause à effet entre l'absence de suivi et les admissions répétitives. Aussi, pour avoir un éclairage pertinent sur ce phénomène, nous avons posé des questions en ce sens. Nous avons découvert que 54,98 % des utilisateurs de l'urgence n'avaient pas été vus à la clinique externe durant les derniers six mois précédant leur consultation et ce, en dépit du fait qu'un fort pourcentage de ce nombre y était inscrit. Parmi les 45,02 % qui avaient été vus, soit 461 patients, 8,11 % seulement l'avaient été trois fois (c'est-à-dire à tous les deux mois), 10,74 % deux fois, 12,50 % une fois, pour un total de 321 patients. Trente-trois patients (3,22 %) avaient été vus cinq fois durant les six mois

précédant l'enquête, 3,91 % (40 patients) six fois, 4,49 % (46 patients) quatre fois. Par contre, neuf patients, soit 0,89 %, avaient été vus entre dix et vingt-cinq fois durant les six mois précédant l'enquête.

La fréquence moyenne du suivi est de trois fois plus ou moins 0,11. L'écart type est de 12,49. Pour la distribution normale, l'intervalle de confiance a été calculé à 95 % (de 2,81 à 3,27) et à 99 % (de 2,74 à 3,34). La médiane est de 0 puisqu'elle se trouve dans la classe majoritaire de ceux qui n'ont pas été vus en clinique externe dans les six mois précédant leur consultation à l'urgence.

Occupation, emploi du temps

L'emploi du temps est le principal facteur responsable de l'instabilité de la plupart des patients. En général, quand le patient bénéficie d'activités éducatives et récréatives, il revient beaucoup moins souvent à l'hôpital. C'est pourquoi notre recherche s'est intéressée à cet aspect de la vie du patient en communauté. Ainsi, alors que seulement 17,68 % des patients occupaient un travail régulier rémunéré, 48,44 % d'entre eux ne s'adonnaient ni à des activités éducatives ni à des activités récréatives, 14,36 % étaient occupés d'une manière sporadique (venaient de perdre leur emploi, étaient des accidentés du travail, etc.), 11,33 % avouaient s'occuper de tâches ménagères, 3,81 % étaient aux études et les autres (6,83 %) s'adonnaient à une occupation thérapeutique.

Support principal du patient

Le relâchement des liens familiaux et communautaires inhérent à la société industrielle y fait pour beaucoup dans l'isolement du patient psychiatrique. L'individu qui vit des problèmes émotionnels intenses ne peut pas trop compter sur des parents ni des proches pour le soutenir. Or, une personne qui n'a pas d'attache socio-affective dans la société envisage davantage de recourir à la sécurité de l'asile. Mais la clientèle qui fréquente l'urgence est aussi choyée, puisqu'elle reçoit un support des parents à 33,40 %, du conjoint à 17,29 %, de divers bénévoles à 16,89 %, d'amis(es) à 16,41 %, de responsables de familles d'accueil à 8,69 % et de membres de l'équipe thérapeutique à 6,25 %. Tous les autres types de support (parrainage civique, religieux(se), catholique, témoins de Jéhovah, barman) représentent moins de 1,07 %.

L'arrivée du malade à l'hôpital

Autrefois, dans la majorité des cas, c'était contre son gré que le présumé «malade» psychiatrique était amené à l'urgence, admis et traité, contrairement à l'individu souffrant de maux d'estomac qui, de sa propre volonté décidait de consulter le médecin. Signe des temps modernes, conséquence de la pénétration dans la société d'une idéologie médicale qui veut que la maladie mentale soit une maladie comme les autres, aujourd'hui le patient psychiatrique adopte plus souvent le comportement du malade «ordinaire» et se présente de lui-même à la salle d'urgence. Aussi est-il responsable de son arrivée à l'urgence à 47,17 %. Urgence-Santé arrive en seconde place avec 17,38 %, les parents 11,13 %, le médecin 6,15 %, le responsable de ressources alternatives 5,47 %, la police 4,39 %, les amis(es) 4,20 %, enfin le conjoint 4,10 %. Comme dit Bastide (1965), c'est la «norme» qui le classifie comme malade et exige qu'il se fasse soigner. Cependant, une nuance doit être apportée ici. Ce nouveau comportement se retrouve surtout chez les cas de réadmission (72,39 % à l'hôpital Louis-H. Lafontaine), chez ceux qui sont installés dans une carrière de psychiatrisé, alors que les nouveaux malades continuent de refuser l'aide, peut-être à cause du tabou qui entoure la maladie mentale, et n'acceptent de se présenter à l'urgence que sous la pression de la famille, voire de la police.

Âge

Ce qui frappe de prime abord dans le tableau ci-dessous c'est que le plus fort pourcentage d'utilisateurs de l'urgence se trouve chez les moins de vingt-huit ans, soit 29,30 % (tableau 2). Le deuxième fort pourcentage se trouve chez les moins de 37 ans, encore une autre population très jeune. Ce qui veut dire que 77 % des utilisateurs de l'urgence ont 49 ans et moins. On constate donc la forte pression qu'exerce sur l'urgence le patient chronique jeune adulte. Seulement 8,82 % des patients ont 62 ans et plus, pourcentage minime qui confirme la plupart des recherches voulant que les gens du troisième âge soient dirigés vers des ressources qui leur sont destinées tout de suite après une première visite à l'urgence.

TABLEAU 2
Répartition des groupes d'âge

Groupe d'âge	Âge	%	N
A	17-28 ans	29,30	300
B	29-37 ans	26,17	268
C	38-49 ans	21,47	220
D	50-61 ans	14,24	146
E	62 et plus	8,82	90
Total	**5**	**100**	**1024**

La moyenne d'âge est fixée à 38,82 ans plus ou moins 0,44. L'écart type est de 14,36. La médiane est de 0,36. En distribution normale, l'intervalle de confiance a été calculé à 95 % (de 37,94 à 39,71) et à 99 % (de 37,67 à 39,98).

Langue et lieu de naissance

On observe que 97,75 % des utilisateurs de l'urgence sont de langue française, 1,27 % de langue anglaise et 0,98 % ne parlent ni l'une ni l'autre des deux langues officielles du pays. Une population équivalente (95,70 %) est originaire du pays; la citoyenneté et la religion suivent cette même courbe ethnique.

Sexe

Les utilisateurs de l'urgence sont à 52,47 % (n = 537) de sexe masculin et à 47,53 % (n = 487) de sexe féminin.

Statut civil

Sur les 1024 sujets examinés au cours de notre enquête, 54,39 % (n = 557) étaient célibataires, 22,66 % (n = 232) se déclaraient mariés ou vivaient en concubinage, 18,07 % (n = 185) étaient divorcés ou séparés, 4,88 % (n = 50) étaient veuf(ve)s. La forte proportion des célibataires chez les utilisateurs de l'urgence comparativement aux autres catégories du statut civil mérite d'être soulignée.

Niveau d'éducation

Seulement 2,93 % des patients qui se sont présentés à l'urgence s'étaient rendus à l'université, 10,45 % au Cegep. Le gros de la clientèle, 64,55 % (n = 661), avait complété son secondaire (I à V), 20,51 % (n = 210) avait complété une partie du cours primaire, tandis que 1,56 % n'avait jamais mis les pieds à l'école. À considérer le peu d'universitaires qui utilisent l'urgence, on est en droit de reconnaître qu'un niveau d'éducation élevé sert d'amortisseur d'anxiété, valorise davantage l'individu et devient ainsi un rempart, le protégeant contre les maladies mentales graves. Cependant, il faut être prudent dans l'interprétation de pareilles données (Hollingshead et Redlich, 1958). Les gens instruits disposent en effet de plages thérapeutiques plus prisées que l'hôpital psychiatrique : les cliniques externes, les bureaux privés de thérapeutes et autres. Les Québécois à l'aise, quant à eux, vont se faire soigner dans des cliniques privées de Floride ou de Californie, tout comme les Français préfèrent les cliniques de Suisse (Dorvil, 1985).

Statut marital, socio-économique et domiciliaire

En général, plus il y a de personnes à sa charge et moins le patient a tendance à prolonger son séjour à l'hôpital. La plupart des recherches établissent ce fait, aussi bien pour les hôpitaux psychiatriques que pour les hôpitaux généraux. Notre enquête ne fait pas exception, puisque 79,30 % des utilisateurs de l'urgence (812/1024), c'est-à-dire des candidats à l'admission, n'avaient pas de dépendants à leur charge (enfant, épouse, époux, etc.).

Quant au statut socio-économique, seulement 17,38 % des candidats à l'admission étaient des salariés. Si l'on excepte les sujets retraités, qui représentent 7,32 % de cette clientèle, c'est 75,30 % des utilisateurs de l'urgence, soit les trois quarts de cette clientèle, qui n'étaient pas sur le marché du travail : 54,39 % (n = 557) d'assistés sociaux, 7,81 % de gens qui se déclarent un statut de ménagères, 7,62 % de chômeurs, 5,47 % n'ayant aucune occupation. De ces résultats, il ressort que les trois quarts des utilisateurs de l'urgence se recrutent chez les assistés sociaux, les chômeurs, les gens sans emploi ou économiquement considérés comme marginaux (ménagère), c'est-à-dire principalement les exclus de la production. Comme disait Goffman (1968), c'est moins les maladies mentales que les contingences de la vie qui décident de l'internement en psychiatrie. Ces résultats confirment plusieurs études précédentes qui établissent une surreprésentation des membres de la classe défavorisée chez les malades mentaux et chez les utilisateurs de l'urgence psychiatrique (Hollingshead et Redlich, 1958; Bozzini, 1979).

Nombre de changements de domicile — Provenance de la clientèle

Contrairement à la relation établie par certaines études entre l'instabilité résidentielle et l'instabilité émotive de la plupart des malades mentaux, plus de la moitié de l'échantillonnage, soit 56,54 % (n = 579), avaient gardé le même domicile durant les cinq dernières années. La moyenne des changements de domicile était de 2,81 plus ou moins 0,22, ce qui témoigne d'une assez grande stabilité pour une population de malades mentaux. L'écart type était de 4,81, la médiane était à 0.

Parmi les utilisateurs de l'urgence, 81,85 % (n = 838) proviennent du domicile naturel. Les chiffres se répartissent comme suit : 37,21 % (n = 381) vivaient seuls, en chambre ou en appartement privé, 23,05 % (n = 236) vivaient avec un conjoint, 11,82 % (n = 121) demeuraient avec leur famille, enfin, 9,77 % (n = 100) habitaient une maison qu'ils partageaient avec quelqu'un d'autre. Si l'on considère que seulement 11,33 % des utilisateurs de l'urgence étaient issus de ressources intermédiaires, l'écart entre les deux types de provenance est évident. Ce qui témoigne de la force du réseau primaire au Québec. Toutefois, les difficultés liées au fait de vivre seul (37,21 % dans le premier groupe) témoigneraient de l'inexistence des supports sociaux ou de leur non-utilisation par cette catégorie.

Nombre de consultations à l'urgence — Durée des hospitalisations

Tous les patients qui se sont présentés à l'urgence de l'hôpital Louis-H. Lafontaine entre le 10 novembre 1985 et le 1er mars 1986 y étaient déjà venus à plusieurs reprises, sauf sept (0,68 %). Cette variable ainsi que le nombre d'hospitalisations (68,55 %, n = 702), leur durée et le nombre de mois passés à l'extérieur entre chaque séjour à l'hôpital permettent d'évaluer non seulement la gravité de la maladie mais aussi la dépendance de la clientèle psychiatrique à l'égard de la structure hospitalière. Comme le démontrent les deux tableaux suivants (tableaux 3 et 4), de 1981 à 1986 la durée de séjour hospitalier s'allonge pendant que l'on assiste à une réduction du temps passé à l'extérieur et ce, en dépit des progrès thérapeutiques.

TABLEAU 3
Durée des hospitalisations antérieures

Nombre de mois	Période finissant en				
	1981	**1982**	**1983**	**1984**	**1985**
1	75,49%	74,71%	70,21%	59,37%	50,20%
1-3	10,36%	12,20%	11,23%	19,82%	28,61%
3-5	7,80%	7,61%	8,69%	11,81%	24,13%
5-7	2,44%	3,60%	2,34%	3,42%	2,83%
Effectif total	**984**	**990**	**947**	**967**	**983**

TABLEAU 4
Intervalle entre chaque hospitalisation

Nombre de mois entre chaque hospitalisation	Période finissant en				
	1981	**1982**	**1983**	**1984**	**1985**
1	78,52%	71,68%	68,85%	63,09%	49,32%
1-3	3,42%	3,23%	3,41%	4,20%	8,98%
3-5	2,05%	2,74%	4,49%	4,88%	6,74%
5-7	2,44%	3,72%	5,18%	4,40%	5,08%
Effectif total	**885**	**833**	**839**	**784**	**718**

Le pourcentage restant se répartit presque également entre ceux qui ont eu une hospitalisation ou un intervalle de séjour à l'extérieur de sept à douze mois.

Analyse multivariée

Les 1024 patients à l'étude ont été divisés en deux sous-groupes : 485 admis et 539 non-admis. Mentionnons, pour le lecteur non averti, que l'urgence-admission fonctionne comme une cour de triage qui n'admet que les patients réputés très malades. Pour ce qui est des motifs cliniques de consultation, il existe deux fois plus de sujets qui se présentent à l'urgence se plaignant d'hallucinations et de délire chez les admis (19,79 %, n =96) que chez les non-admis (7,79 %, n = 42). Le groupe des admis est légèrement plus médicamenté que celui des non-admis (72,58 %, n = 352 contre 62,89 %, n = 339). Parmi les admis, 70,10 % (n = 340) avaient un suivi psychiatrique contre 54,36 % (n = 293) des non-admis. Les non-admis ont tendance plus à consulter des thérapeutes autres que les psychiatres. Comme il fallait s'y attendre, les non-admis fréquentent moins souvent la clinique externe que les admis dans une proportion de 36,73 % contre 54,23 %.

Il y a un plus fort pourcentage de sujets qui occupent un travail régulier rémunéré chez les non-admis que chez les admis (21,34 % contre 13,61 %). Chez les non-admis, il y a beaucoup plus de patients (56,03 %, n = 302) qui sont responsables de leur arrivée à l'hôpital, c'est-à-dire moins perturbés, voire plus autonomes, que chez les admis (37,32 %, n = 181).

Chez les non-admis, la clientèle est plus jeune que chez les admis, puisque dans le premier groupe, la moyenne d'âge est de 37,29 ans, plus ou moins 0,57, alors que dans le second groupe elle est de 40,52 ans, plus ou moins 0,69. Chez les admis, il y a presque autant de femmes que d'hommes alors que chez les non-admis, l'écart est plus visible comme le montre le tableau 5.

TABLEAU 5
Sexe — admis/non-admis

	Admis N/%	Non-admis N/%	Total N/%
Masculin	247/50,93	290/53,80	537/52,44
Féminin	238/49,07	249/46,20	487/47,56
TOTAL	**485/47,36**	**539/52,64**	**1024/100,00**

Au niveau de l'état civil, il y a juste un peu plus de célibataires chez les non-admis (55,47 %, n = 299) que chez les admis (53,20 %, n = 258), à peu près le même ordre de grandeur que nous avons constaté pour l'âge. Comme nous l'avons constaté dans la première partie de cette recherche, les utilisateurs de l'urgence n'ont pas beaucoup de personnes à leur charge mais les patients non admis ont plus de dépendants que ceux qui sont admis, une moyenne de 2 plus ou moins 0,09 contre une moyenne de 1,93 plus ou moins 0.12.

On constate plus de salariés chez les non-admis que chez les admis, près du double. On compte par contre moins de retraités chez les non-admis que chez les admis, mais un peu plus de chômeurs. Les deux derniers écarts sont à conjuguer avec l'âge. Voici les chiffres tels qu'exposés au tableau 6.

TABLEAU 6
Statut socio-économique

Non-admis				Admis					
Réponse	Fréquence N	%	% cumulatif	Réponse	Fréquence N	%	% cumulatif	X^2	P
1	118	21,89	21,89	1	60	12,37	12,37	18,25	0,000
2	30	5,57	27,46	2	45	9,28	21,65	2,61	0,10 (ns)
3	50	9,28	36,73	3	28	5,77	27,42	5,65	0,01
4	288	53,43	90,17	4	269	55,46	82,89	0,58	0,54 (ns)
5	37	6,86	97,03	5	43	8,87	91,75	0,31	0,58 (ns)
6	16	2,97	100,00	6	40	8,25	100,00	9,44	0,002
TOTAL	**539**			**TOTAL**	**485**				

N.B. 1 = salarié(e), 2 = retraité(e), 3 = chômeur(se), 4 = assisté(e) social (e), 5 = ménagère, 6 = autre.

Les différences catégoriques observées aux analyses non paramétriques se justifient à l'analyse de variance, entre autres, par des différences entre les deux sexes, les critères d'admission du malade et les principaux types d'hébergement. Le tableau 7 résume les différences statistiques observées.

TABLEAU 7
Différences sociodémographiques et cliniques significatives observées aux analyses de variance. *

ENTRE LES SEXES						
	Hommes		**Femmes**		**F**	**p**
Âge	37,1	0,62	40,7	0,65	15,81	0,0002
Nombre de consultations à l'urgence	4,4	0,24	3,2	0,25	12,01	0,0007
ENTRE LES MALADES ADMIS ET LES MALADES NON ADMIS						
	Admis		**Non Admis**		**F**	**p**
Âge (années)	40,50	0,65	37,30	0,62	13,07	0,0005
Nombre de dépendants	0,32	0,042	0,49	0,040	9,26	0,003
Nombre de domiciles	1,60	0,157	0,89	0,149	10,84	0,002
Nombre de mois à la dernière adresse	29,30	1,05	46,40	1,00	138,71	0,0001
Nombre d'admissions à Louis-H. Lafontaine	3,42	0,110	1,19	0,104	216,64	0,0001
Fréquence du suivi	1,59	0,102	1,17	0,097	8,70	0,0001
ENTRE LES NIVEAUX D'HÉBERGEMENT						
	Domicile		**Milieu alternatif**		**Institution**		**F**	**p**
Âge (années)	37,60	0,49	42,90	1,32	52,40	1,98	31,42	0,00001
Nombre de dépendants	0,48	0,32	0,02	0,087	0,04	0,13	16,68	0,00001
Nombre de domiciles	1,07	0,079	1,70	0,216	0,70	0,325	4,49	0,02
Nombre de mois à la dernière adresse	39,40	0,84	28,80	2,30	40,60	3,47	9,51	0,0002
Nombre d'admissions à Louis-H. Lafontaine	2,21	0,092	3,19	0,250	1,48	0,375	9,25	0,002
Fréquence du suivi	1,29	0,078	2,41	0,212	0,86	0,318	13,71	0,00001

* Moyenne ± erreur-type; coefficient F de Fisher et probabilité des différences.

CONCLUSION

Les 1024 patients échantillonnés au cours de notre étude ressemblent au prototype complexe identifié par des études menées dans d'autres provinces canadiennes, aux États-Unis, en Angleterre et en Nouvelle-Zélande dont nous avons fait état dans notre revue de littérature. Mais en dépit de quelques ressemblances, notre clientèle du syndrome de la porte tournante a un visage qui lui est propre comme en témoignent nos résultats. Par exemple, dans les recherches étrangères consultées, les utilisateurs de l'urgence n'ont pas de dépendants à leur charge. Notre étude ne fait pas exception à la règle. Il en est de même de leur moyenne d'âge : 38 ans. Il y a très peu de vieillards (8.28 %), ce qui confirme la plupart des recherches, à savoir que les vieillards sont dirigés sur des voies alternatives tout de suite après une première visite à l'urgence. Notre recherche confirme également la tendance observée dans d'autres études à savoir que les utilisateurs de l'urgence se recrutent chez les moins instruits. Autre résultat qui corrobore les études antérieures : plus on a de personnes à sa charge, moins on a tendan-

ce à prolonger son séjour à l'hôpital. Les trois quarts des utilisateurs de l'urgence se recrutent chez les assistés sociaux, les chômeurs, les gens sans emploi ou économiquement considérés comme marginaux. Ce qui confirme plusieurs études en ce domaine. Pour ce qui est des diagnostics identifiés dans notre enquête, ils correspondent à ceux relevés par d'autres études : on retrouve presque autant de patients psychotiques que de patients non psychotiques chez la clientèle du syndrome de la porte tournante. Cependant, notre enquête se démarque nettement des recherches précédentes à propos des changements fréquents de domicile souvent reliés non seulement au «revolving door syndrom» mais aussi aux malades mentaux en général.

En dernier lieu, il faut mentionner un fait digne d'intérêt. Un fort contingent de patients fréquentant l'urgence de l'hôpital Louis-H. Lafontaine habitent au domicile naturel. À notre avis, le réseau social primaire est très fort dans ce secteur, mais il n'est pas assez exploité par les intervenant(e)s. Une aide thérapeutique efficace devrait être offerte aux parents, aux conjoints qui gardent un membre perturbé (groupe de parents/patients, clarification des messages), afin d'endiguer le nombre important de réadmissions venant de ce secteur névralgique. Pour contrôler davantage le récidivisme qui demeure un défi de taille à la désinstitutionnalisation, il faudra aussi assurer une meilleure logistique des patients dans la communauté, particulièrement ceux et celles qui ont des problèmes spécifiquement liés à la solitude.

Et maintenant, qu'en est-il de l'utilisation des résultats de cette recherche ? Le 22 octobre 1986, les résultats de cette recherche ont été exposés à la communauté hospitalière dans le cadre d'une conférence organisée par le Service de l'enseignement universitaire de l'hôpital Louis-H. Lafontaine. Un certain nombre de consensus a été réuni au cours de la discussion. Depuis quelque temps déjà, s'est constitué à l'hôpital Louis-H. Lafontaine un noyau de professionnels intéressés à travailler avec l'entourage immédiat des patients, particulièrement ceux qui souffrent de schizophrénie ou de maladie bipolaire. Les résultats de l'enquête (le fort pourcentage des utilisateurs de l'urgence venant du domicile naturel) sont venus apporter de l'eau au moulin de ces professionnels, partisans de l'approche psycho-éducative auprès des familles dont un membre vit un problème psychique. Attitude qui fait boule de neige actuellement à travers la province, puisque le Service de santé mentale, le Service de la formation réseau ainsi que la Direction de la consultation et de la protection sociale du M.S.S.S. sont associés financièrement au Décanat des études du 1er cycle de l'UQAM pour expérimenter un programme de formation en ce sens pour les professionnels des centres de services sociaux (Sabetta et Blais, 1986). Inspirées de l'approche de thérapie familiale psycho-éducationnelle de Carol Anderson, ces sessions servent à mieux outiller les praticiens pour qu'ils interviennent plus efficacement auprès de ces familles.

Au cours de cette enquête, nous avons mis au point un questionnaire complet qui trace avec beaucoup de précision le profil clinique et sociodémographique des patients du «Revolving Door Syndrom». Plusieurs autorités de cet hôpital sont acquises à l'idée de l'utiliser sur une base permanente grâce aux capacités de l'informatique. Déjà, l'usage est fort courant dans les hôpitaux américains pour suivre la mouvance de la clientèle. C'est un outil précieux pour une saine gestion et des interventions adéquates.

Certains chercheurs et professionnels de l'hôpital ont avancé l'idée d'une autre étude sur les patients vivant à l'extérieur de l'hôpital, par exemple une étude comparative entre la clientèle de l'urgence-admission et celle des cliniques externes. Toutefois, la réaction la plus immédiate à notre étude est venue du Département de santé communautaire de St-Luc qui a intéressé les hôpitaux du centre-ville à expérimenter durant toute une année notre questionnaire sur leur clientèle respective (urgence et clinique externe). Ces enquêtes sont actuellement en cours.

RÉFÉRENCES

AUCOIN, L., 1985, *Document sur les orientations futures de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine*, AD85 n° 11, 24.

BASTIDE, R., 1965, *Sociologie des maladies mentales*, Paris, Flammarion.

BOUDREAU, F., 1984, *De l'asile à la santé mentale* (Les soins psychiatriques : histoire et institution), Montréal, Édition St-Martin, 127.

BOZZINI, L., LEBEAU, A., PINEAULT, R., CONSTANDRIOLOULOS, A.P., 1979, *Les urgences psychiatriques dans la région de Montréal métropolitain : Analyse descriptive*, Département de l'administration de la santé, Faculté de médecine, Université de Montréal.

CATON, C.L.M., GOLDSTEIN, J., 1984, Housing change of chronic schizophrenic patients : a consequence of the revolving door, *Social Science and Medicine, 19*, n° 7, 759-764.

DORVIL, H., 1985, Type de sociétés et représentations du normal et du pathologique : La maladie physique, la maladie mentale, in Dumont, F., *et al*, EDS, *Traité d'anthropologie médicale, L'Institution de la santé et de la maladie*, Presses de l'Université du Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, Presses Universitaires de Lyon.

GOFFMANN, E., 1986, *Asiles*, Paris, Minuit.

HARRIS, M., BERGMAN, H.C., 1984, Reassessing the revolving door : a developmental perspective on the young adult chronic patient, *American Journal of Orthopsychiatry, 54*, n° 2, 281-289.

HILLEL, J., DHOUIB, M., 1980, Syndrome de la valise et du baluchon,*L'Union médicale du Canada, 109*, n° 2, 279-282.

HOGARTHY, G.E., GOLDBERG, S.C. AND COLLABORATIVE STUDY GROUP, 1973, Drug and sociotherapy in the aftercare of schizoprhenic patients : One-year relapse rates, *Archives of General Psychiatry, 28*, 54-64.

HOGARTHY, G.E., GOLDBERG, S.C., SCHOOLER, N.R., ULRICH, R.F., 1974, Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients : II. Two-year relapse rates, *Archives of General Psychiatry, 31*, 603-608.

HOLLINGSHEAD, A.B., REDLICH, J.C., 1958, *Social Class and Mental Illness*, New York, J. Wiley and Sons.

JOYCE, P.R., KHAN, A., JONES, A.V., 1981, The revolving door patient, *Comprehensive Psychiatry, 22*, n° 4, 397-403.

LANGSLEY, D.G., 1985, Prevention in psychiatry : Primary, secondary and tertiary, in Kaplan, H.J., ED, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Baltimore, 1885-1888.

LAVALLÉE, Y.-J., 1985, La psychiatrie québécoise et ses aspirations. Le phénomène de la porte tournante : un mois d'hospitalisation pour remettre le malade sur pied, et on recommence... *Le Devoir*, 6 septembre.

MARTIN, B.A., KEDNARD,H.B., EASTWOOD, M.B., 1976, Hospitalization for mental illness : evaluation of admission trends from 1941 to 1971, *Canadian Medical Association Journal, 115*, 876-881.

ROSE, S.O., HAWKINS, J., APODACA, L., 1977, Decision to admit criteria for admission and readmission to a Veterans Administration Hospital, *Archives of General Psychiatry, 34*, 418-421.

ROSENFELD, A.H., 1982, Closing the revolving door through family therapy, *Hospital and Community Psychiatry, 33*, 893-894.

SABETTA, Y., BLAIS, R., 1986, *Approche psycho-éducative dans l'intervention auprès des familles dont un membre vit un problème d'ordre psychique*, Devis Pédagogique, mars.

SIEGEL, S., 1956, *Non Parametric Statistics for the Behavioral Sciences*, McGraw-Hill Book Co., New York, Toronto, London.

TALBOTT, J.A., 1974, Stopping the revolving door, a study of readmissions to a state hospital, *Psychiatric Quarterly, 48*, n° 2, 159-168.

WOOSH, C.M., 1977, Psychiatric hospitalization in Ontario : The revolving door in perspective, *Canadian Medical Association Journal, 116*, n° 8, 876-881.

SUMMARY

This cross-sectional study involving questionnaires examines the influence of clinical and socio-demographic variables on readmissions to Louis-H. Lafontaine Hospital. Results show a close resemblance between the profile of the 1024 patients surveyed and that of the complex prototype identified by studies carried out in other countries. However, our clientele's characteristics offer a unique profile of open-door syndrome. The study's conclusion presents several recommendations to help provide more efficient services to the latter clientele.