

Santé mentale au Québec



Région de Lanaudière
Centre d'intervention et de traitement en psychiatrie adulte
(C.I.T.P.A.)

Nicole Côté, Yvon Girard, Linda Lamirande and Françoise Moreira

Volume 13, Number 2, November 1988

De l'adolescence aux adolescents

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/031478ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/031478ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Côté, N., Girard, Y., Lamirande, L. & Moreira, F. (1988). Région de Lanaudière : centre d'intervention et de traitement en psychiatrie adulte (C.I.T.P.A.). *Santé mentale au Québec*, 13(2), 178–180. <https://doi.org/10.7202/031478ar>

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 1988

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/>

Région de Lanaudière **Responsable: Carmen Mignan**

Centre d'intervention et de traitement en psychiatrie adulte (C.I.T.P.A.)

Le centre d'intervention et de traitement en psychiatrie adulte est situé à Joliette, près du centre-ville, dans une maison ne se distinguant pas extérieurement des maisons d'habitation qui l'entourent.

Il dépend du C.H.R.D.L., qui est un centre hospitalier régional desservant la région de Lanaudière, soit une population de 250,000 habitants environ. Il existe plusieurs cliniques externes qui sont sectorisées. Le centre d'intervention ne l'est pas, et les patients qui y sont référés proviennent des différentes parties du dispositif psychiatrique, c'est-à-dire de l'urgence, des services d'hospitalisation, de la consultation de liaison et des cliniques externes.

Avant d'aborder de façon plus précise les références théoriques et le mode de fonctionnement du centre, il nous semble utile de préciser le contexte dans lequel il a été créé.

Le contexte socio-historique

Le centre d'intervention existe depuis le printemps 1986. Bien avant la parution du rapport Harnois pour une politique en santé mentale, le C.H.R.D.L., via le C.R.S.S.S., avait reçu un mandat de réorganisation de ses services de psychiatrie. Cette réorganisation s'est prévaluée de grands titres encore très actuels de désinstitutionnalisation, de soins dans la communauté, de services répondant aux besoins des clients, etc., pour en arriver, dans un deuxième temps, à la conséquence de tout cela, qui, pour nous, parle davantage de non-institutionnalisation.

En effet au moment de sortir ces centaines de clients de la « Maison Mère », des questions étaient posées, soit : comment les maintenir dans la communauté?, comment éviter la porte-tournante?, com-

ment aussi éviter l'entrée dans l'institution de nouveaux clients?.

Un certain nombre de propositions ont été faites dans le cadre de cette réorganisation : 1. La création d'un centre de jour et de soir en santé mentale. 2. Une ligne d'écoute téléphonique. 3. Un centre de dépannage. 4. Un centre de développement psychosocial.

De ces propositions, seul le centre de développement a vu le jour et a fonctionné pendant un an. Dans ce cadre, le centre d'intervention en situation de crise était un centre de dépannage qui devait fonctionner avec cinq lits. Cependant, dans la réorganisation des services, une unité d'observation d'environ six lits était prévue à côté d'une unité de soins intensifs. De plus, il nous était possible d'être considérés par le C.S.S. comme prioritaires, ce qui nous permettait d'obtenir une place en famille d'accueil le jour de la demande. Nous en sommes donc venus à la conclusion qu'avoir des lits risquait de créer une mini-institution, alors que nous visions la non-institutionnalisation.

Par ailleurs, il devenait plus clair que le centre voulait avoir une vocation plus psycho-thérapeutique et médicale, qu'une orientation sociale. La présence de lits, considérés comme lits de dépannage dans les crises psycho-sociales, aurait modifié la physiologie du centre. C'est ainsi que le centre est devenu un centre de consultation spécialisée, pour un certain type de problématique.

On pourrait dire que le C.I.T.P.A. est une réponse nouvelle à des problématiques aussi vieilles que le monde, c'est-à-dire les crises existentielles, mais on peut aussi bien dire que c'est une réponse à une nouvelle problématique qui est celle créée par la désins-

tutionnalisation. En d'autres termes, il s'agit de répondre aux crises inévitables surgissant chez des personnes autrefois protégées par les murs de l'asile.

Les références théoriques et philosophie d'intervention

Les références théoriques ne manquaient pas, puisqu'au cours des 40 dernières années, l'intervention de crise avait inspiré une cinquantaine de livres et des centaines d'articles. Elle nous apparaissait bien, comme l'a défini pour la première fois en 1970, le dictionnaire Hinsic Campbell, comme une « branche de la psychiatrie communautaire », avec sa dimension préventive secondaire. Nous avons bien conscience d'offrir un type de traitement qui se définit tout d'abord par le moment de l'intervention, pendant « la période relativement courte de déséquilibre psychologique..., provoqué par la rencontre d'un obstacle, à des buts existentiels importants » que la personne « ne peut ni fuir ni résoudre avec ses ressources habituelles de solution problème ». C'est la définition de Caplan, et c'est d'elle dont nous nous servons comme définition opérationnelle, même si nous n'adoptons pas globalement le modèle homéostatique. Elle nous est utile notamment pour préciser la clientèle cible, qui peut bénéficier d'une intervention de courte durée, parce qu'il est possible, d'une part, de focaliser la thérapie, et d'autre part, parce que l'acuité du symptôme est garante de la motivation. C'est la conception systémico-familiale qui nous a semblé le cadre conceptuel le plus adapté à cette problématique et à l'intervention qui pouvait y répondre. C'est elle qui permet la communication entre les divers professionnels, qui privilégie la dimension inter-personnelle, sans négliger la dimension intrapsychique, qui ne sous-estime pas l'importance du contexte.

Le mode de fonctionnement

Le C.I.T.P.A. est un centre de consultation spécialisée, ouvert de 9h à 21h, du lundi au jeudi, et de 9h à 17h le vendredi.

Les intervenants

C'est une petite équipe multidisciplinaire qui anime le C.I.T.P.A., qui comportait au départ 2 infirmières dont l'une était la responsable du centre, sur le plan administratif, et l'autre, infirmière clini-

cienne, un psychologue et une bachelière en ergothérapie. Il n'y avait pas de psychiatre attaché, dans un premier temps, au C.I.T.P.A., chaque patient continuait à être suivi par le psychiatre de la clinique externe. Un psychiatre a par la suite offert pendant quelque temps, une demi-journée, consacrée à la supervision et à la formation, et une nouvelle psychiatre s'est rajoutée à l'équipe en janvier 1988, à raison de 2 jours par semaine. Une secrétaire et une réceptionniste à temps partiel complètent l'équipe.

Actuellement, l'infirmière clinicienne est devenue la responsable administrative du centre, et sauf le départ de la première responsable, l'équipe est restée stable. Un travailleur social doit se joindre à cette équipe en août 1988.

Les critères d'admission

Les critères d'admission sont ceux qui définissent la crise. Il faut donc une rupture de l'équilibre antérieur (quel que soit ce type d'équilibre) et la notion de facteur déclenchant. La participation doit être volontaire. Le centre est réservé aux adultes.

Les critères d'exclusion sont ceux qui peuvent justifier une hospitalisation, soit une psychose décompensée ou une dépression majeure avec des signes autonomiques marqués, et des problèmes de toxicomanie (qui disposent de services spécialisés), ou de personnalité anti-sociale.

Le fonctionnement

Chaque patient référé est évalué par un membre de l'équipe. Dans un premier temps, pour s'assurer de la fiabilité entre les différents examinateurs, ces premières évaluations étaient conduites par 2 intervenants. Au cours de cette évaluation, un certain nombre de données doivent être recueillies concernant la dangerosité, les facteurs précipitants, et l'aire d'impact. La crise doit alors être formulée par l'intervenant, et un contrat est passé avec le patient, qui s'engage pour un travail à durée limitée, focalisé sur le problème immédiat. Il y a aussi un engagement de non passage à l'acte, de durée variable, selon les capacités du client, et qui doit être parfois renégocié. Le plan de traitement se fait habituellement lors de la réunion d'équipe, où un thérapeute principal (qui n'est pas forcément le premier évaluateur) est désigné en fonction des caractéristiques du client.

À titre d'exemple, certains patients ayant peu de facilité verbale, sont référés en ergothérapie. D'autres, dont l'expression est plus somatique, à l'infirmière clinicienne qui les aborde par la relaxation. Pour ceux qui peuvent bénéficier d'une approche cognitive, c'est au psychologue qu'ils sont adressés.

Il est évident que cela n'est nullement restrictif et qu'il s'agit là surtout de décrire des modes d'abords différents. À côté des techniques non spécifiques de support et de confrontation, c'est sur le plan cognitif que se retrouve l'ensemble des intervenants.

Simultanément, sont organisées des rencontres avec « les autres significatifs », habituellement par un autre intervenant, ainsi qu'une rencontre avec le médecin pour une évaluation médicale et un contrôle médicamenteux des symptômes, ce qui s'avère nécessaire dans un grand nombre de cas. Nous insistons beaucoup sur la flexibilité et sur le fait que les divers types d'intervention, individuelle, en groupe, en famille, auprès de l'entourage, sont offertes en fonction des besoins de chaque client. Ces besoins sont réévalués chaque semaine en équipe. Nous considérons que la crise est terminée, lorsque la personne a pu reprendre son fonctionnement habituel, ou du moins un fonctionnement acceptable, que la souffrance psychologique est atténuée, qu'une bonne reconnaissance des affects est possible, ainsi qu'une compréhension cognitive de la crise. Le processus

de référence ultérieure est déjà engagé dès le milieu de la prise en charge, et se fait avec le médecin traitant, les cliniques externes de psychiatrie, les C.L.S.C., les services communautaires, etc. Il arrive également qu'il n'y ait pas de référence ultérieure. La durée moyenne de l'intervention est de 6 à 8 semaines. Nous insistons aussi pour que les liens avec l'équipe habituelle qui suit le patient, soient maintenus.

Conclusion

Le centre, au cours de ses deux premières années d'existence, a traité 219 patients, et il y a eu 4,002 interventions, et 9 réadmissions.

La première étape, celle qui consistait à démontrer sa viabilité, est maintenant achevée.

La deuxième étape dans laquelle nous nous engageons maintenant, est celle de l'évaluation, qui est celle de l'évaluation interne des procédures. Cette recherche devrait mettre en place des mécanismes d'information nous permettant d'affiner notre clinique et de proposer des interventions plus spécifiques.

Nicole Côté, infirmière

Yvon Girard, psychologue

Linda Lamirande, bachelière en ergothérapie

Françoise Moreira, psychiatre