

**L'hôpital de jour en psychiatrie adulte à
Saint-Jean-Sur-Richelieu**
Approche nouvelle d'une clientèle en phase aiguë
**The outpatient psychiatric clinic for adults at
Saint-Jean-sur-Richelieu. A new approach for a clientele in an
acute phase**

Marie-José Aiello

Volume 13, numéro 2, novembre 1988

De l'adolescence aux adolescents

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/031454ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/031454ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Résumé de l'article

L'hôpital de jour à pour objectif de traiter une clientèle psychiatrique adulte, en phase aiguë, en état de crise. La prise en charge est immédiate et intensive et vise à éviter ou écourter l'hospitalisation traditionnelle de 24 heures. Une approche systémique, tenant compte des aspects bio-psycho-sociaux, permet de déplacer la responsabilité de l'institution vers l'individu et son système favorisant une résolution active et dynamique de l'état de crise.

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Aiello, M.-J. (1988). L'hôpital de jour en psychiatrie adulte à Saint-Jean-Sur-Richelieu : approche nouvelle d'une clientèle en phase aiguë. *Santé mentale au Québec*, 13(2), 16–20. <https://doi.org/10.7202/031454ar>

L'hôpital de jour en psychiatrie adulte à Saint-Jean-Sur-Richelieu.

Approche nouvelle d'une clientèle en phase aiguë

Marie-José Aiello*

L'hôpital de jour a pour objectif de traiter une clientèle psychiatrique adulte, en phase aiguë, en état de crise. La prise en charge est immédiate et intensive et vise à éviter ou écourter l'hospitalisation traditionnelle de 24 heures. Une approche systémique, tenant compte des aspects bio-psycho-sociaux, permet de déplacer la responsabilité de l'institution vers l'individu et son système favorisant une résolution active et dynamique de l'état de crise.

Le 21 avril 1983, un incendie détruisait l'unité de soins interne du Département de psychiatrie de l'Hôpital du Haut-Richelieu. La fermeture temporaire de cette unité obligea la création immédiate d'une nouvelle forme de prise en charge de la clientèle psychiatrique. C'est alors que le Dr René Deschamps, chef du Département de psychiatrie, opta pour la mise en place d'un hôpital de jour.

La création de l'hôpital de jour

Dès le lendemain, l'hôpital de jour accueillit 12 clients. On mobilisa deux salles d'ergothérapie et deux bureaux, qui étaient situés à l'étage de la Psychiatrie (4^e Sud) de l'Hôpital général du Haut-Richelieu.

Le 4 août 1983, l'unité de soins interne de psychiatrie ouvrait à nouveau avec 28 lits. Vu l'efficacité opérationnelle de l'hôpital de jour durant la période où l'unité de soins interne avait été fermée, la direction du centre hospitalier accepta d'en prolonger le programme sans pour autant en assurer la permanence.

Huit mois plus tard, l'administration accepta de créer deux postes d'ergothérapeutes et un poste d'infirmière pour l'hôpital de jour. L'équipe, qui avait déjà fonctionné pendant presque un an, pouvait dorénavant compter sur des postes officiels, assurant ainsi la survie de la nouvelle unité de soins.

En février 1986, on décida de diminuer à 15 le nombre de lits à l'unité de soins interne, avec un seuil maximum de 20. En effet, l'hôpital de jour permettait la prise en charge d'une clientèle jadis dirigée

vers « l'hospitalisation de 24 heures », ce qui rendait possible la diminution de lits à l'unité de soins interne. Depuis, le nombre de lits à cette unité s'est maintenu à 20.

Le programme

Les objectifs cliniques

Les objectifs cliniques de l'hôpital de jour sont les suivants : la prise en charge intensive d'une clientèle en état de crise, afin d'éviter une hospitalisation de 24 heures continues ; la réduction minimale des hospitalisations de 24 heures continues, en permettant le transfert du client à l'hôpital de jour dès que les facteurs de danger ont diminué ; l'évaluation et l'observation clinique, la précision du diagnostic, le plan de traitement et l'ajustement de la médication ; la prise en charge du client dès l'apparition des signes avant-coureurs d'une rechute ou d'une détérioration clinique (prévention).

La clientèle cible et ses besoins

Ne peut avoir accès au programme de l'hôpital de jour que la clientèle en *état de crise*. Toute personne souffrant d'une perturbation majeure dans le fonctionnement de ses activités quotidiennes et au niveau de son équilibre psychologique y est admissible. On lui prodigue une thérapie intensive suivant un horaire régulier de 4 jours par semaine (du lundi au jeudi, de 9h30 à 15h30), ce qui permet de libérer l'hospitalisation traditionnelle de 24 heures pour la clientèle montrant un comportement dangereux (agressivité, agitation, risques suicidaires importants et grande régression). Une trentaine de patients suivent ainsi quotidiennement le programme.

* L'auteure, m.d., est résidente 1 en psychiatrie à l'Hôpital St-Luc.

La clientèle est divisée en deux groupes, afin d'assurer une meilleure homogénéité des cas et d'ajuster les approches thérapeutiques. Le premier groupe comprend des individus possédant moins de ressources introspectives et présentant un niveau de désorganisation plus élevé. Une approche fonctionnelle par interventions thérapeutiques contrôlées et dirigées est alors privilégiée. Le second groupe est constitué de personnes ayant plus de ressources cognitives et affectives. Une approche psychodyna-

TABLEAU 1
Les diagnostics

Les diagnostics	Pourcentage
Maladies affectives majeures; psychoses aiguës; réactions schizophréniques aiguës.	68 %
Troubles d'adaptation avec humeur anxio-dépressive, avec risque suicidaire variable, avec risque d'évolution vers une dépression majeure.	24 %
Troubles de la personnalité avec dérèglement du comportement aboutissant à un état de crise.	8 %

N.B. 60% de la clientèle présente des idéations suicidaires avec risques variables.

TABLEAU 2
La provenance

Provenance	1983-84	84-85	85-86	86-87	87-88
Urgence-observation	23 %	43 %	43 %	50 %	44 %
Unité interne	31 %	22 %	16 %	7 %	13 %
Clinique externe	43 %	32 %	39 %	42 %	42 %
Autres départements	3 %	3 %	2 %	1 %	1 %

mique, basée sur un schème existentiel de références, est alors utilisée.

Les tableaux 1, 2 et 3 permettent de mieux cerner les divers types de clientèle admis à l'hôpital de jour.

TABLEAU 3
Les admissions annuelles

Années	Nombre
1983-84	337
1984-85	364
1985-86	397
1986-87	415
1987-88	347

N.B. Les années sont calculées du 1^{er} avril au 31 mars suivant.

Les statistiques révèlent que l'hôpital de jour traite une clientèle difficile, si l'on se réfère aux différents diagnostics. On remarque aussi (tableau de la provenance de la clientèle) que son existence au sein du Département de psychiatrie a eu des répercussions sur la composition de la clientèle à l'unité de soins interne, qui accueille maintenant les cas les plus graves, se rapprochant ainsi du mandat d'une unité de soins intensifs. C'est pourquoi nous observons, au cours des années, une diminution des patients provenant de l'unité de soins interne et une augmentation des cas référés par l'urgence-observation, ce qui permet d'éviter les hospitalisations prolongées.

La durée moyenne de séjour à l'hôpital de jour est d'environ 5 à 6 semaines. Le congé se donne après avoir allégé l'horaire hebdomadaire et observé un début de stabilité sur les plans affectif, psychosocial et médical, c'est-à-dire lorsque les symptômes aigus sont contrôlés et que la médication est fixée.

Le client peut alors être dirigé vers une autre unité de soins du Département qui fera le suivi (clinique externe, centre de jour) ou être référé à son médecin traitant. Par ailleurs, si le client nécessite une observation et un contrôle plus stricts, à cause d'une détérioration de son état clinique, il peut être dirigé à l'unité urgence-observation psychiatrique, tout en poursuivant le programme de l'hôpital de jour; une

hospitalisation à l'unité de soins interne de psychiatrie peut aussi être demandée.

L'auberge

Depuis décembre 1987, l'hôpital de jour bénéficie d'une ressource sociale nouvelle pour sa clientèle: un service de Famille d'Accueil-Auberge, qui reçoit les clients nécessitant, pour une période transitoire, un milieu plus structuré et plus protégé. Il permet d'héberger jusqu'à 8 personnes (et bientôt davantage) qui autrement seraient dirigées à l'unité d'urgence-observation. Un tel service d'hébergement contribue, par conséquent, à désengorger l'urgence-observation. Les clients se retrouvent dans un milieu plus naturel, ils demeurent dans la communauté et sont pris en charge par les responsables de l'Auberge en dehors des heures passées à l'hôpital de jour. Les responsables de l'Auberge collaborent activement avec l'équipe traitante. Ils viennent chercher et reconduisent leurs clients tous les jours, échangent avec l'équipe médicale des données pouvant aider les patients, complètent l'observation clinique et participent aux plans de soins, ce qui assure une meilleure continuité dans l'application de ces derniers.

Deux équipes traitantes

Pour mieux répondre aux besoins pathologiques de la clientèle, on a constitué deux équipes traitantes.

L'équipe paramédicale comprend trois ergothérapeutes, une infirmière (et bientôt 2), un préposé aux bénéficiaires et un travailleur social, qui travaillent tous à temps plein.

On retrouve un chef par équipe et des thérapeutes attirés, qui peuvent desservir l'une ou l'autre. Le préposé et le travailleur social sont disponibles pour les deux équipes.

L'équipe médicale est composée de psychiatres ou de généralistes jouissant de privilèges en psychiatrie. Ils agissent soit comme médecins coordonnateurs de l'unité, soit comme médecins responsables d'une équipe ou comme psychiatres consultants. Actuellement il existe un médecin coordonnateur, un médecin responsable d'une équipe (cinq demi-journées de présence par semaine) et un psychiatre consultant (une journée par semaine).

Les méthodes d'intervention

Les équipes traitantes utilisent, conjointement, quatre méthodes d'intervention thérapeutiques.

Le programme est d'abord basé sur des activités thérapeutiques de groupe, adaptées aux deux types de clientèle. Le patient participera à deux thérapies de groupe quotidiennement. Le tableau 4 illustre les divers types de groupe, selon les équipes.

TABLEAU 4

Les activités de groupe selon les 2 équipes

Activités de groupe — Equipe 1	
Clientèle:	Moins de ressources introspectives et niveau de désorganisation plus élevé.
Schème de référence:	Approche fonctionnelle.
Types de groupe:	3 groupes de tâches: 1 groupe de retour sur la fin de semaine et d'objectifs pour la semaine; 1 groupe de socialisation — communication; 1 groupe de relaxation dirigée, structurée; 1 groupe projectif; 1 groupe de gymnase; 1 groupe de retour sur la semaine et prévision de la semaine suivante.
Activités de groupe — Equipe 2	
Clientèle:	Plus de ressources cognitives et affectives.
Schème de référence:	Approche psychodynamique.
Type de groupe:	1 groupe de retour sur la fin de semaine et d'objectifs pour la semaine; 1 groupe d'expression corporelle; 1 groupe d'expression verbale; 1 groupe projectif; 1 groupe d'information sur la maladie mentale et la dynamique problématique; 1 groupe de relaxation; 1 groupe de gymnase; 1 groupe de retour sur la semaine et prévision de la semaine suivante.

En plus des activités de groupe, chaque individu rencontre un thérapeute qui lui est attribué, une fois par semaine. C'est à ce dernier qu'on réfère également toutes les demandes du client. Les thérapeutes de l'équipe se communiquent les informations et observations pertinentes à leurs clients, lors du plan de soins hebdomadaires.

Compte tenu que la philosophie de base de l'hôpital de jour est l'approche systémique, des rencontres familiales sont aussi prévues pendant le séjour du client. Il peut s'agir de familles naturelles, de famille d'accueil ou encore de membres du réseau social avec qui les thérapeutes attribués entrent en contact, afin de mieux comprendre l'origine et l'évolution des symptômes.

Enfin l'approche pharmacothérapeutique est utilisée par le médecin responsable de l'équipe : le thérapeute attribué veille à ce que son client prenne sa médication.

L'approche systémique

Le critère d'admission à l'hôpital de jour étant l'état de crise, nous avons décidé d'aborder la résolution de l'état de crise par l'approche systémique. Celle-ci est appliquée depuis le début de l'existence de l'hôpital de jour.

La décompensation pathologique du client est le résultat d'un long processus. Il faut en reconstituer l'histoire et identifier les facteurs ayant perturbé l'homéostasie originale du système auquel appartient le sujet. Il faut aussi décoder la signification du symptôme dans ce système, se demander pourquoi l'état de crise est apparu à ce moment précis de l'histoire du sujet et pourquoi ce déséquilibre s'est focalisé sur cette personne en particulier.

Pour accomplir ce travail il est nécessaire de solliciter la collaboration des proches du client, d'aller chercher ou de faire circuler l'information dans le système auquel il appartient. C'est pourquoi nous invitons les gens de la famille ou de l'environnement immédiat du client à venir nous rencontrer. Nous insistons pour que ces rencontres aient lieu ou, du moins, pour qu'une communication s'amorce entre eux et l'équipe traitante.

L'objectif est d'ouvrir le système en faisant circuler l'information, de façon à produire un nouvel équilibre et à éviter le repliement en un système fermé, paralysé par la situation de conflit. Pour atteindre cet objectif, il faut travailler sur l'affect du client et des personnes de son entourage, afin que l'information ne soit pas seulement transmise mais

bel et bien comprise. On prépare ainsi le terrain pour entreprendre un processus de changement, d'un autre ordre que celui qui est habituellement utilisé pour résoudre les conflits. La résolution de l'état de crise doit aboutir à un équilibre nouveau, différent des conditions qui existaient avant la crise. C'est grâce à la philosophie voulant que la résolution de l'état de crise puisse se solder par une expérience de croissance qu'on réussit à motiver le client pour entreprendre un processus de changement.

Cette approche s'avère réalisable, vu que beaucoup de support est apporté, non seulement au client, mais aussi à sa famille ou à son réseau social, de même qu'à l'équipe traitante. Malgré parfois certaines réticences à venir aux rencontres, les membres de la famille ou du réseau social se sentent en général soulagés d'avoir pu verbaliser leurs inquiétudes concernant l'état de crise vécu. Ils se sentent supportés et le fait qu'on leur demande leur participation les libère de leur sentiment d'impuissance. Le patient se sent aussi mieux compris de son entourage, libéré du fardeau d'être perçu comme « le malade ». Il est aidé par l'équipe traitante et par le groupe avec lequel il partage son vécu ; il est encouragé dans son processus de changement. L'équipe traitante se trouve davantage dégagée de la lourdeur de ses responsabilités, car elle va chercher la participation active du client, de la famille et du groupe déplaçant ainsi la responsabilité institutionnelle vers l'individu et son système. Elle peut mieux affronter le stress que représente la prise en charge d'une telle clientèle en état de crise.

L'hospitalisation n'est par conséquent jamais encouragée, à moins que des facteurs de danger menacent le client, car l'hospitalisation se trouve à déclencher une *seconde crise*, liée, cette fois, à la séparation du client d'avec son système, ce qui place l'équipe traitante dans une position contradictoire. En effet, l'objectif de la résolution de la crise est de responsabiliser le client et de faire participer les membres de son système, d'encourager l'autonomie du client et surtout sa réadaptation dans son milieu, de maintenir l'adaptation fonctionnelle et/ou structurelle de son système face à la crise. A l'inverse, l'hospitalisation incite à la régression et rend plus difficile le processus de changement.

Conclusion

Les cinq années d'existence de l'hôpital de jour en font une expérience originale et exclusive qui

mérite d'être davantage répandue. Son approche, qui s'inscrit dans l'ère de la désinstitutionnalisation, permet de traiter de façon dynamique une clientèle psychiatrique en état de crise, de la maintenir dans son milieu et de susciter la participation de ce milieu. La structure et le mode de fonctionnement de l'hôpital de jour en font une unité de soins très rentable, tant sur le plan clinique que budgétaire, sans compter l'aspect stimulant et valorisant à travailler dans un tel contexte.

RÉFÉRENCES

- Ausloss, G., 1981, Equilibration, *Thérapie Familiale*, 2, no. 3, 187-203.
- Ausloss, G., 1983, Finalités individuelles, Finalités familiales : ouvrir des choix, *Thérapie Familiale*, 4, no. 2, 207-219.
- Ethier, L., 1983, Approche systémique et intervention familiale, *Revue canadienne de psycho-éducation*, 12, no. 2, 83-92.
- Fadda, S., 1984, L'Hôpital psychiatrique comme centre d'intervention de crise, *Revue Médicale Suisse Romande*, 104, 163-168.
- Walsh, Joseph A., Thomas, W., Phelan, 1974, People in crisis, An Experimental Group, *Community Mental Health Journal*, 18, 1.

SUMMARY

The objective of day hospitals is to treat a psychiatric adult clientele, in the acute phase, in a state of crisis. Control of the situation is taken immediately in an intensive way with the aim of avoiding or shortening the usual 24-hour hospitalization period. A systemic approach that takes into consideration the bio-psycho-social aspects, allows a transfer of responsibility from the institution to the individual and his/her system which, in turn, promotes an active and dynamic resolution of the state of crisis.