

## Santé mentale au Québec

### Traiter en ville. Les centres de traitement et cliniques spécialisées du Centre hospitalier Robert-Giffard

Andrée Cardinal et Evens Villeneuve

---

Le devenir des cliniques externes de psychiatrie  
Volume 24, numéro 2, automne 1999

URI : [id.erudit.org/iderudit/013015ar](https://id.erudit.org/iderudit/013015ar)  
<https://doi.org/10.7202/013015ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

---

Éditeur(s)

Département de psychiatrie de l'Université de Montréal

ISSN 0383-6320 (imprimé)  
1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

---

Citer cet article

Cardinal, A. & Villeneuve, E. (1999). Traiter en ville. Les centres de traitement et cliniques spécialisées du Centre hospitalier Robert-Giffard. *Santé mentale au Québec*, 24(2), 126–142. <https://doi.org/10.7202/013015ar>

---

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 1999

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne. [<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>]

---

**Érudit**

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. [www.erudit.org](http://www.erudit.org)

## Traiter en ville. Les centres de traitement et cliniques spécialisées du Centre hospitalier Robert-Giffard

---

Andrée Cardinal\*

Evens Villeneuve\*\*

Les auteurs décrivent l'évolution de certains services en santé mentale au Centre hospitalier Robert-Giffard : les centres de traitement et les cliniques spécialisées, des services de traitement implantés dans la communauté. Ils identifient les principes qui ont, à partir de l'évolution d'une pensée, présidé à l'émergence de ces organisations de traitement.

**L**e Centre hospitalier Robert-Giffard, à l'instar d'autres institutions psychiatriques au Québec, a été l'objet d'une profonde métamorphose depuis les années soixante. L'institution est passée de plus de 5000 lits à moins de 1000 aujourd'hui (299 pour les soins psychiatriques et 641 pour les soins de longue durée). Parmi les différents types de points de service déployés pour la réalisation de ce changement, il y a des centres de traitement et des cliniques spécialisées situés dans la communauté.

Il sera question dans cet article de l'émergence et du fonctionnement de ces structures de traitement, une expérience particulière au Québec.

Ces centres et cliniques sont des lieux de traitement à niveau élevé d'interventions pour patients présentant des troubles psychiatriques graves ou complexes. Chacun d'eux est élaboré autour d'une même

---

\* Psychiatre, CHR Pavillon Enfant-Jésus.

\*\* Psychiatre, Centre hospitalier Robert-Giffard et directeur de la Clinique Le Faubourg St-Jean.

### Remerciements

Nous avons rencontré en entrevue Mme Louise Bérubé, directrice des soins psychiatriques du CHRG, le Dr Louis Roy, surintendant à St-Michel-Archange (1969-72) et directeur des services professionnels (1972-1997), ainsi que les psychiatres responsables des centres et cliniques : Danielle Bergeron, Marie-Claire Leroy, Lyne Vanier, Marie-Luce Quintal et Marc-André Roy. Nous les remercions vivement pour leur collaboration. Nous tenons aussi à remercier M. Robert Fillion, qui a collaboré à la rédaction de ce texte.

problématique, nécessitant une approche à la fois globale et spécifique dont l'expertise est portée par des psychiatres et des psychanalystes et partagée par les équipes de professionnels. Le traitement, généralement limité dans le temps, vise résolument le maintien dans la société. L'adhésion des patients et de leurs proches aux modèles de traitement est essentielle, chaque patient accepte de s'engager dans le traitement et de prendre sa responsabilité face à son choix et à sa place dans la société.

Telles sont les caractéristiques générales des trois centres de traitement et des deux cliniques spécialisées.

Pour les fins de cet article, nous avons rencontré des psychiatres et des administrateurs impliqués dans la création de ces centres et cliniques.

Les cinq organisations, indépendantes les unes des autres et différentes quant à leur mission et à leur approche, comportent dans leur effectif professionnel des psychiatres, psychologues, ergothérapeutes, infirmières, travailleurs sociaux, éducateurs et, dans un centre, des psychanalystes. On y trouve des services variés d'évaluation, de psychothérapie, de traitement biologique et des interventions sociales et familiales. Ces services sont accessibles facilement par le transport en commun. Ils sont dispersés dans la ville de Québec et banalisés extérieurement quant à leur vocation.

Ces centres et ces cliniques sont des services de troisième ligne, selon les critères actuels du Conseil médical du Québec sur la hiérarchisation des services médicaux : des services en regard de problèmes de santé à prévalence très faible ou très complexe, pour lesquels on souhaite trouver un traitement plus efficace.

Référés par les intervenants de la première ligne et par les hôpitaux, les patients sont acceptés en traitement selon des critères différents d'un centre ou d'une clinique à l'autre. Les trois centres de traitement offrent des services 24 heures par jour, sept jours par semaine. Ils ont des lits permettant aux personnes en crise ou en difficulté de recevoir des soins par leur équipe traitante. On peut éviter ainsi une hospitalisation, symbole d'échec pour l'utilisateur et pour la famille et souvent catalyseur d'une régression décourageante.

Les cliniques sont ouvertes les jours ouvrables et dispensent des services de consultation, d'évaluation et de traitement sur rendez-vous en thérapie individuelle et de groupe.

## **Histoire et origine d'un mouvement**

Plusieurs facteurs ont contribué à la création de ces centres et de ces cliniques. Pour en saisir l'esprit, il faut remonter aux années 1960. Les hôpitaux psychiatriques, de pratique asilaire, atteignaient des sommets inégalés quant au nombre de personnes institutionnalisées. Au Centre hospitalier Robert-Giffard, des 5000 patients hospitalisés, dont près de 80 % en cure fermée, rarement l'un d'eux était-il libéré, tout au plus bénéficiait-il d'un congé d'essai. Après 6 mois, s'il n'était pas de retour, il était libéré.

Ce surpeuplement posait problème et commandait de réduire la taille des institutions et d'améliorer la qualité des soins. On nomma « déconcentration » la première phase de sortie des patients, puisqu'il s'agissait essentiellement de déplacer des groupes d'une institution à une autre. Hébergées dans des sanatoriums reconvertis à de nouvelles fins, des personnes furent retournées dans leur région. On ouvrit des résidences d'hébergement pour des groupes n'excédant pas quinze personnes.

Au début des années 1970, les administrateurs évaluèrent que la moitié des patients du Centre hospitalier pourraient être traités ou hébergés à l'extérieur de l'institution. L'idée était audacieuse. On resserra les critères d'admission afin de limiter l'accès à l'hôpital. Une première clinique externe fut ouverte.

À la fin de cette décennie, quelques psychiatres, en mission de formation en Europe, revinrent avec l'idée de centres de traitement dans la communauté. Les décideurs d'alors y adhèrent, davantage qu'à l'idée de cliniques externes psychiatriques. Le rationnel de cette décision reposait sur une volonté d'ouvrir des structures de traitement qui ne seraient pas des extensions de l'hôpital, comme le sont les cliniques externes. On voulait atténuer le lien avec l'institution.

Dans ce contexte, le Centre psychanalytique de traitement pour jeunes adultes psychotiques, le « 388 », verra le jour en 1982, puis, en 1989, le Centre de traitement Le Benoît XV, où l'on traite des personnes présentant des troubles psychotiques graves. En 1996, on ouvre le Centre de traitement et de réadaptation De Nemours, le CTR, pour y traiter des patients présentant des troubles psychotiques graves avec déficits cognitifs et fonctionnels majeurs. Depuis trois ans, la Clinique Le Faubourg St-Jean traite des patients présentant un trouble grave de personnalité limite. Enfin, en 1997, c'est l'ouverture de la Polyclinique Sainte-Anne, une clinique d'évaluation et de traitement des psychoses en début d'évolution.

## **Le regroupement psychiatrie en ville et le traitement dans la communauté**

En 1996, l'ensemble des cliniciens œuvrant dans les ressources de traitement psychiatriques dans la communauté du Centre hospitalier Robert-Giffard se regroupèrent sous la bannière du Regroupement «Psychiatrie en ville». On y trouve, en plus des cinq organisations décrites dans cet article, deux autres structures de traitement: la Clinique de thérapie Quatre-Saisons et l'Hôpital de Jour. Le Regroupement promeut la pratique du traitement dans la communauté et la participation active de l'utilisateur à son traitement, à ses choix de vie et à sa réinsertion sociale. En tenant compte du champ de compétence de chacun de ses membres, le Regroupement propose son expertise aux partenaires du réseau de la santé mentale et aux organismes communautaires.

Le Regroupement crée des lieux et des temps de discussions scientifiques sur la pratique de la psychiatrie «en ville»: journées cliniques, cours, séminaires, colloques et participation à des congrès nationaux et internationaux reliés à ses objectifs. Ses membres recherchent une vision cohérente des services de traitement donnés en ville pour les articuler plus efficacement les uns aux autres et contribuer à en compléter la gamme.

### **Les centres et les cliniques**

#### ***Le 388, centre psychanalytique de traitement pour jeunes psychotiques, ou donner la parole au psychotique***

Le premier centre de traitement, le 388, deviendra le chef de file de cette nouvelle façon d'envisager le traitement, de traiter autrement. À la fin des années soixante-dix, il était clair qu'on pouvait traiter des personnes présentant des troubles psychotiques à l'extérieur de l'institution, tout en tentant de contrer le phénomène de la porte tournante (Bergeron et al., 1986; Apollon et al., 1990).

Les instigateurs du 388 avaient fait le choix de la psychanalyse pour le traitement des jeunes psychotiques à l'extérieur de l'hôpital, même lors de crises. On leur donne la parole en les plaçant dans une position de sujet.

Pour réaliser le projet, à la fois sur le plan clinique et administratif, le Centre s'est associé au Groupe interdisciplinaire freudien de recherche et d'interventions cliniques (GIFRIC). Cette collaboration était nécessaire pour le recrutement de personnel formé en psychanalyse et pour concevoir l'application, dans le champ de la psychose, de la

psychanalyse freudienne telle que promue par l'enseignement de Jacques Lacan (Bergeron et al., 1985, 1986 ; Apollon et al., 1990, 1996).

Le traitement dans un milieu urbain a pour effet de limiter les stigmates associés à l'institutionnalisation et d'introduire les règles sociales auxquelles doit se plier le citoyen. Le travail et le bénévolat dans la ville font partie intégrante du traitement. Cela permet de rattacher la personne présentant un trouble psychotique à l'univers du symbolique qui fait défaut, la vie sociale.

Avec le traitement par la psychanalyse, le patient cesse d'être un objet sur lequel on travaille, il se met à parler et à prendre des décisions sur sa propre vie. On accorde de la crédibilité à ce qu'il pense et à ce qu'il dit. Ainsi ses délires et ses hallucinations peuvent être compris par les cliniciens. Le matériel issu des crises est utilisé dans la cure.

Ayant chacun un rôle défini et important dans le Centre, des cliniciens de formations diverses contribuent à l'évolution des connaissances. Ils évaluent leurs activités depuis le début. Bien intégrée, cette évaluation clinique sert d'instrument pour l'analyse des problèmes et pour des fins statistiques.

Le 388 est ouvert 24 heures par jour et les usagers en crise passent la nuit au Centre, à moins de danger nécessitant une hospitalisation. C'est également un milieu de stages universitaires pour différentes disciplines.

L'avenir se dessine dans la consolidation de l'enseignement et la diffusion des connaissances. Aujourd'hui, le 388 est reconnu internationalement : deux centres inspirés de ce modèle ont été fondés en Amérique du Sud, et des collaborations nombreuses se développent avec divers milieux d'enseignement à l'étranger.

### **Le Benoît XV, ou éviter la rupture dans le traitement**

Centre de traitement dans la communauté, Le Benoît XV a ouvert ses portes en 1989. L'idée du projet est issue d'une expérience de réadaptation de psychotiques dans une unité interne, « unité d'adaptation sociale optimale » de Robert-Giffard. Le programme s'adressait à de « jeunes chroniques » qui ne parvenaient pas à s'adapter à la vie à l'extérieur de l'hôpital, en raison de la persistance de leurs symptômes. Fréquemment hospitalisés et pour de longues périodes, ils contribuaient eux aussi au phénomène de « la porte tournante ».

Les cliniciens constataient que la localisation hospitalière de l'unité d'adaptation sociale pouvait nuire aux objectifs poursuivis. En effet, l'institution demeurant le point de référence privilégié lors des crises, les usagers y revenaient systématiquement. Il semblait

souhaitable de concevoir une approche différente. On fit donc sortir en bloc de l'hôpital les patients de ce programme ainsi que leur équipe traitante. Les psychiatres accentuèrent l'approche psychodynamique et psychanalytique dans la compréhension et le traitement de ces patients, approche partagée progressivement par les membres de l'équipe (Wallot, 1998).

Malgré la détermination des cliniciens et le support de l'administration, on peut imaginer les craintes qu'un tel projet pouvait susciter. C'était téméraire et risqué. Il s'agissait d'une clientèle présentant des troubles psychotiques ou troubles de personnalité graves. Dans un contexte où les hôpitaux avaient toujours offert sécurité et protection, chose souvent nécessaire en période de crise, on discuta de la possibilité de se munir de salles d'isolement, de contentions et de barreaux aux fenêtres. Finalement, on prit la décision de s'en passer.

Grâce à l'engagement d'une équipe traitante et à la capacité de modifier une pratique issue de l'expérience institutionnelle, le projet fut possible. Il a fallu apprendre aux patients à se référer au Centre et ne plus retourner à l'hôpital, une attitude aujourd'hui enseignée dès l'arrivée à tout nouvel usager. La réussite tient également à une remarquable connaissance de chaque patient par le personnel, permettant ainsi la détection précoce de signes et symptômes subtils, précurseurs de décompensation. Une intervention à ce moment est plus simple, susceptible d'être plus efficace; il est alors possible de suggérer un séjour d'abord au Centre ou à l'hôpital psychiatrique si la gravité du cas, surtout sa dangerosité, l'impose.

Les interventions ont lieu au Centre, dans la communauté, au téléphone et au domicile des usagers; ceux-ci ont accès au Centre 24 heures par jour. Les informations les concernant sont communiquées aux équipes traitantes et aux psychiatres, qui en ont ainsi une évaluation continue.

Les professionnels du Centre aident les patients à gérer les crises et à éviter les hospitalisations par une meilleure compréhension des événements déstabilisateurs et par l'utilisation des lits du Centre lorsque la situation l'exige. Les personnes sont alors traitées par la même équipe, sans rupture dans les soins, permettant ainsi la poursuite des activités. Une contribution monétaire pour chaque nuit passée au Centre est exigée, somme minime mais symboliquement importante.

### **Le CTR De Nemours, ou redonner du pouvoir à la personne**

Deux co-conférenciers font une présentation sur la réadaptation psychiatrique à ce Centre, l'un est un psychiatre et l'autre un patient

présentant un trouble schizophrénique avec déficits majeurs, voilà une image qui témoigne bien de l'esprit prévalant au Centre de Traitement et de Réadaptation (CTR) : redonner du pouvoir à la personne.

Localisé d'abord à l'hôpital, le CTR s'est constitué progressivement depuis 1991. À la suite de la fermeture d'unités de réadaptation, on ouvrit d'abord des appartements de réadaptation, puis une résidence de groupe, pour en arriver à l'ensemble tel qu'il est constitué aujourd'hui : le Centre de Réadaptation lui-même, une résidence de groupe et quatre appartements de réadaptation psychiatrique.

Le Centre est en quelque sorte le quartier général où ont lieu les activités cliniques de réadaptation, d'évaluation et de consultation pour les personnes en appartement autonome. On y retrouve sept lits de traitement pour les périodes de déséquilibre mental ou de crise. C'est aussi le lieu des rencontres de formation et des discussions d'équipe.

Les intervenants se déplacent du Centre de traitement vers les lieux de résidence des usagers. Ils visent à favoriser d'autres apprentissages et à détecter précocement des difficultés qui pourraient entraîner une désorganisation mentale et fonctionnelle importante. Pour éviter l'hospitalisation, on privilégie un séjour au Centre de traitement.

La clientèle visée à l'origine du programme était celle des personnes institutionnalisées depuis longtemps en raison de déficits majeurs, reliés à divers troubles psychotiques. Ce type d'usagers représente toujours une fraction significative, bien qu'on y accueille de plus en plus des jeunes gens dans la vingtaine présentant des déficits fonctionnels importants. Cela s'inscrit en complémentarité avec le 388 et la Polyclinique Sainte-Anne.

L'organisation des traitements et des soins, reposant sur le principe de redonner du pouvoir à la personne en traitement, se réfère aux approches de réadaptation psychiatrique d'Anthony et Farkas (1990). La personne est le maître d'œuvre de son plan d'intervention, elle fixe ses objectifs et élabore son projet de vie. Les professionnels du Centre l'assistent dans cette appropriation de ses objectifs.

Au foyer de groupe, l'accent est placé sur l'acquisition et le maintien d'un horaire régulier, la prise de la médication, l'hygiène et les compétences nécessaires pour fonctionner avec les autres. On vise donc à augmenter la capacité d'apprentissage et l'autonomie, tout en réduisant la perspective et la durée des hospitalisations. Il n'y a pas de limite prescrite du temps de fréquentation, mais lorsque les apprentissages sont suffisants, tous quitteront le programme vers des ressources plus légères.

Pour l'avenir, on souhaite le développement de nouvelles ressources de soutien dans le milieu et d'un hébergement complémentaire afin de continuer le travail amorcé au CTR. On mise sur les groupes d'entraide où les liens sont plus « naturels » et moins porteurs de prise en charge.

### **La clinique Le Faubourg St-Jean, ou sortir de l'impasse**

Traiter en ville, rue St-Jean, 145 personnes présentant un trouble sévère de personnalité limite, « ça fait peur ! ». Pourtant, l'endroit est calme et les professionnels sont les mêmes qu'à l'ouverture de la Clinique, il y a bientôt quatre ans.

Depuis longtemps, on reconnaît que ces personnes ne répondent pas bien aux traitements conventionnels et génèrent des difficultés plus importantes quand elles sont hospitalisées. Les hospitalisations fréquentes se prolongent et se terminent souvent de façon dramatique, engendrant occasionnellement des effets dévastateurs au sein des équipes traitantes.

En 1995, on a créé une unité de traitement spécialisé pour cette clientèle au Centre Robert-Giffard. L'expérience dura deux ans et démontra qu'une approche cohérente et structurée se traduisait en une amélioration significative chez ces personnes. Malgré cela, les thérapeutes en arrivèrent à la même décourageante constatation : ces patients, lorsqu'ils sont admis à une unité de soins, ont tendance à régresser massivement. Rapidement, c'est l'impasse.

Il fallut cesser de lutter avec autant d'énergie contre la structure hospitalière qui génère, de par sa fonction intrinsèque de prise en charge, des comportements régressifs intenses. Les intervenants choisirent de mettre l'accent sur l'approche structurée et d'éviter l'activation des forces régressives, puissantes, induites par l'hôpital.

### **La solution : quitter l'hôpital.**

Après plus de trois années, au quatrième étage d'un petit édifice de la rue St-Jean, on a eu en traitement près de 250 personnes pour une durée d'une à trois années. Les cliniciens ont acquis la certitude que le programme est efficace et produit des changements significatifs chez les patients : le taux de rétention en traitement, au-delà d'une année, dépasse 85 % ; les durées d'hospitalisation ont chuté significativement, les patients acceptant de ne plus être hospitalisés pour plus de 72 heures pour tout motif en regard de leur trouble de personnalité ; le taux de suicide est pratiquement nul et, après quelques mois, les préoccupations suicidaires ne sont plus un enjeu majeur.

Comparée au traitement précédemment appliqué en milieu hospitalier, cette approche hors de l'institution permet de traiter plus de personnes, sans générer les difficultés énormes habituellement et inévitablement rencontrées à l'hôpital. On doit cela à des principes de base auxquels on se réfère constamment dans l'élaboration des stratégies d'intervention et dans la relation aux patients. Ces principes sont tirés d'éléments retrouvés et intégrés des approches de Kernberg (1984), Masterson (1993, 1993) et Linehan (1993).

On peut simplifier les différentes étapes du traitement en les divisant en trois grands moments : acquisition de la capacité de s'observer, travail sur les forces du moi et consolidation des éléments d'une identité en développement (sens de soi comme personne, dans une communauté et dans l'univers). Pour cela, l'éclectisme est au rendez-vous... On utilise différents types de traitement : thérapie cognitive, comportementale, psychodynamique, information aux familles, ateliers spirituels, approches médiatisées et traitement pharmacologique. Cependant, au-delà de l'apport de toutes ces approches, une cohérence personnelle chez le thérapeute et l'équipe, dans un cadre de traitement clair, solide et acceptable par les patients, demeure et demeurera l'essentiel.

Un autre élément organisateur de cette approche est la notion de limite dans le temps. La durée maximale du traitement est de trois années, ce qui installe une pression en faveur du changement, et la nécessité d'une implication véritable. Cette durée pose la question de la séparation, quelle que soit l'intensité de l'attachement.

En plus du volet de traitement, on développe actuellement un volet de suivi intensif dans le milieu, inspiré des PACT (*Program of Assertive Community Treatment*). L'objectif est d'atteindre des cas plus graves que l'on ne réussit pas à sortir de l'hôpital actuellement et avec lesquels il est quasi impossible d'avoir une alliance de travail.

Également, des sessions de formation sont dispensées aux professionnels des équipes de santé mentale des CLSC et d'autres organisations. Ces formations précèdent la supervision régulière par des professionnels du Faubourg St-Jean de ces équipes. Un volet de recherche clinique et pharmacologique est également en chantier.

Quant à l'avenir, il reste à évaluer les effets durables de cette approche.

### **La Polyclinique Ste-Anne, ou comment traiter précocement fait la différence**

L'évolution de la schizophrénie est marquée par une détérioration au cours des cinq premières années. L'hypothèse en découlant est que de

traiter précocement améliore le pronostic (Birchwood et al., 1986). La Polyclinique Sainte-Anne (PCSA) s'appuie sur cette idée pour le traitement des personnes en début d'évolution d'une psychose apparentée à la schizophrénie. En plus d'aller dans le sens de ce courant international d'intervention précoce auprès des schizophrènes, on voulait pallier un problème d'accessibilité aux équipes multidisciplinaires. Ces ressources professionnelles n'étaient disponibles qu'à un stade tardif, après échec et effondrement.

Quant au choix de localiser la clinique dans la communauté pour cette clientèle de jeunes psychotiques, on visait à augmenter la fidélité au traitement, à diminuer la stigmatisation associée à ces troubles et à atténuer l'impact affectif relié aux rechutes et au retour à l'hôpital.

L'équipe de la PCSA, dans son approche globale des troubles psychotiques, met à profit de multiples stratégies thérapeutiques : interventions familiales, case-management, thérapies cognitives et comportementales et utilisation privilégiée des neuroleptiques atypiques. Le type d'intervention familiale développé à cette clinique s'est inspiré des travaux de Hogarty (1986) et Falloon (1991). Dans ce modèle, on vise l'acquisition de connaissances et l'augmentation des capacités d'adaptation.

Dès le début, l'esprit était à l'ouverture et à la collaboration. Les médecins de première ligne, identifiés comme collaborateurs privilégiés, ont accès rapidement aux services de la Polyclinique. Ils demeurent impliqués tout au long des étapes de traitement, dans une optique d'acquisition de connaissances mais aussi en prévision du retour des patients vers cette ligne de soins. Cet enseignement aux intervenants de première ligne prend des formes diverses : séminaires, accompagnement des usagers lors des entrevues et journées d'observation à la Polyclinique.

Pratiquement 50 % des demandes de consultation proviennent des CLSC et d'organismes communautaires.

Le programme de traitement est échelonné sur une période de deux ans. La première partie, l'évaluation, peut durer de quelques semaines à quelques mois ; la seconde s'organise autour des activités de traitement intensif, d'une durée approximative d'un an et demi. Les usagers bénéficient alors d'un niveau élevé d'intervention, réalisé par une équipe multidisciplinaire. Le volet pharmacologique y tient une place importante et tire profit des services d'une neurologue et de pharmaciennes. Trois pharmaciennes travaillent en collaboration avec les professionnels de la clinique et les médecins référants.

Dans un dernier temps, il y a poursuite du traitement par un médecin de première ligne. Il devient alors nécessaire d'assurer aux intervenants du réseau une accessibilité aux intervenants de la Polyclinique. On prévoit déjà qu'il y aura, au départ, une période de plusieurs mois de suivi conjoint.

Après deux ans, le constat est positif : les usagers prennent leurs médicaments, ils gèrent leur maladie. Un certain pourcentage de personnes ont récupéré «*ad integrum*». On est d'ailleurs plus optimiste qu'autrefois à l'égard de ce trouble, le sentiment général est que le nombre de patients à bonne évolution a augmenté.

Le maillage avec la première ligne répond aussi à un autre objectif, le dépistage précoce des personnes présentant des troubles psychotiques, dans un but de traitement. La démonstration est faite qu'il y a souvent un délai d'une année et demie entre le début de la psychose et le début du traitement (Birchwood et al., 1997). On ignore encore si la réduction de ce délai est favorable à l'évolution de la maladie mais en attendant de vérifier cette hypothèse, il apparaît indiqué d'intervenir.

Les aspects originaux de ce programme sont multiples. Ils tiennent entre autres au développement de compétences chez les intervenants de la première ligne et à la collaboration étroite et ouverte avec divers milieux médicaux, communautaires et spécialisés. La recherche occupe également une place majeure : la Polyclinique est associée au Centre de recherche Laval-Robert Giffard dans le développement de protocoles de recherche et d'activités de formation.

Dans le contexte de cette stratégie de traitement fondée sur des interventions diverses et massives en début d'évolution des troubles psychotiques, on mettra d'ici peu en place une base de données cliniques. Une première préoccupation sera d'identifier les facteurs permettant de prédire sous conditions optimales l'évolution de la schizophrénie.

## **Discussion**

Bien enracinés dans l'ensemble des services de traitement pour des clientèles gravement atteintes, ces centres et cliniques se sont maintenus grâce à un leadership médical et à l'engagement constant des administrateurs. On y retrouve une bonne pratique de la psychiatrie, davantage orientée vers la psychothérapie que vers les approches biologiques. Environ 800 personnes y reçoivent des traitements, ce qui soulève la question de l'accessibilité, indépendamment du fait que le rayonnement est incontestable.

Ces services ont-ils influencé la pratique hospitalière ? La réponse est oui. Plusieurs cliniciens rencontrés parlent de contamination positive. Ainsi les usagers sont perçus différemment lorsqu'ils sont hospitalisés. D'abord, les équipes traitantes de l'hôpital bénéficient d'informations pertinentes de la part des professionnels des centres et cliniques ; ensuite, on observe que les personnes traitées s'impliquent davantage dans le traitement, dans un contexte où le suivi en externe est déjà bien établi. On observe aussi une généralisation des règles de respect établies avec les usagers en traitement dans la ville. Destinées à protéger les intervenants et en accord avec le rôle social attendu dans tout milieu naturel, ces mêmes règles sont reprises en milieu hospitalier et deviennent la norme.

Pensées comme solutions aux problèmes d'hier, ces organisations devront faire en sorte qu'elles ne fassent pas partie des problèmes de demain. Il serait décevant qu'elles deviennent les nouveaux terminus des soins de santé mentale. S'il est clairement démontré que ces ressources sont accessibles à leur clientèle, il faut s'interroger sur l'accessibilité de services de cette qualité à l'ensemble des personnes souffrant de troubles graves. Cette question appelle divers types de réponses : augmenter les ressources, diminuer la durée de traitement et transmettre le savoir à un plus grand nombre d'intervenants du réseau.

Il y a là, sans doute, quelques défis pour les années à venir.

Ces centres et cliniques sont probablement à l'image du passage d'une certaine résignation et impuissance à davantage d'espoir et de repositionnement par rapport à la maladie mentale.

### **Psychiatres responsables des ressources dans la communauté**

Le 388 : Dre Danielle Bergeron, chef de service clinique au « volet évaluation et traitement dans la communauté et ressources de réadaptation » ;

Le Benoît XV : Dre Marie-Claire Leroy, directrice ;

Centre de traitement et de réadaptation (CTR) : Dre Marie-Luce Quintal, directrice ;

Clinique Le Faubourg St-Jean : Dr Evens Villeneuve, directeur ;

Clinique Ste-Anne : Dr Marc-André Roy, directeur.

### **Directeur général du CHRQ (1994-2000)**

M. Réjean Cantin.

Nom du programme	Pour la région de Québec		
	Centre de traitement Le Benoît XV	Centre de traitement et de réadaptation de Nemours	Centre psychanalytique de traitement pour jeunes psychotiques, le A388"
Endroit	145, boul. Benoît XV, Québec - G1L 2Y8 Tél. : 529-2445 • Télécopieur : 529-2109	905, rue De Nemours, Charlesbourg - G1H 5Z6 Tél. : 628-6284 • Télécopieur : 628-6068	388, Saint-Vallier Ouest, Québec - G1K 1K6 Tél. : 522-1555 • Télécopieur : 683-1935
But	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer l'état mental</li> <li>• Apprendre à la personne à vivre avec sa maladie mentale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permettre à la personne de s'intégrer dans la communauté en reprenant du pouvoir sur sa vie et en favorisant son rétablissement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permettre la réarticulation sociale du jeune adulte psychotique instable</li> </ul>
Capacité / Volume	C : 9 lits pour le traitement des crises / 75 places V : 90 patients / année	C : 7 lits pour le traitement des crises / 75 places plus 1 résidence de groupe de réadaptation psychiatrique (8 places) et 4 appartements de réadaptation psychiatrique (16 places) V : 140 patients / année	C : 7 lits pour le traitement des crises / 60 places V : 70 patients / année
Durée du traitement	5 ans	2 ans	Variable
Heures d'ouverture	24 heures/ 7 jours par semaine toute l'année	24 heures / 7 jours par semaine toute l'année	24 heures / 7 jours par semaine toute l'année
Clientèle : Profil d'admissibilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avoir un problème de psychose en évolution continue ou un autre trouble psychiatrique grave et récidivant, nécessitant un suivi plus intensif que le suivi habituellement dispensé par les services de consultations externes</li> <li>• Être motivé à s'engager dans un processus de traitement et d'intégration sociale et communautaire</li> <li>• Accepter d'être traité et suivi par l'équipe dont un psychiatre du Benoît XV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avoir une psychose grave et chronique</li> <li>• Avoir des symptômes positifs actifs, négatifs actifs</li> <li>• Avoir été traité en institution sur une longue période ou à de multiples reprises ou être susceptible de l'être</li> <li>• Avoir des déficits fonctionnels importants</li> <li>• Requérir un traitement psychiatrique intensif</li> <li>• Avoir une capacité d'apprentissage et un projet de vie</li> <li>• Être motivé à s'engager dans le traitement</li> <li>• Accepter d'être traité et suivi par l'équipe dont un psychiatre du CTR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Être âgé de 18 à 35 ans</li> <li>• Avoir une psychose ou un autre trouble psychique grave</li> <li>• Être motivé à s'engager dans un traitement intensif axé sur le changement personnel et la réarticulation sociale</li> </ul>

<p>Objectifs</p>	<p>Pour la personne</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recouvrer et maintenir la plus grande stabilité possible de son état mental</li> <li>• Assumer son autonomie dans la vie quotidienne</li> <li>• S'engager comme citoyen dans la communauté</li> <li>• Éviter le développement de déficits d'autonomie fonctionnelle associés à l'effet des symptômes et aux hospitalisations répétitives</li> </ul>	<p>Pour la personne</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exercer un meilleur contrôle sur sa symptomatologie psychiatrique</li> <li>• Composer avec les difficultés de la vie quotidienne avec un minimum de support</li> <li>• Identifier ses forces et ses besoins en tenant compte de ses limites</li> <li>• Acquérir les habiletés optimales pour agir socialement de façon adéquate</li> <li>• Obtenir du soutien de son milieu social</li> <li>• Réaliser les objectifs de son projet de vie</li> </ul>	<p>Pour la personne</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser les moyens pour prendre la responsabilité de sa vie et participer avec satisfaction à la vie sociale</li> </ul>
<p>Approches</p>	<p>Orientation psychodynamique jointe à des activités de soutien à l'intégration sociale où la personne est au centre de son traitement et s'approprie un mode d'expression personnelle</p>	<p>• Réadaptation psychiatrique selon le modèle développé par Anthony et Farkas</p> <p>• Psychopharmacologie</p>	<p>• Psychanalytique d'orientation lacanienne alliant les activités socioculturelles et artistiques au traitement psychiatrique et à la cure analytique</p>
<p>Activités <sup>1</sup></p>	<p>Suivi intensif dans la communauté au moyen de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• suivi psychiatrique</li> <li>• relation d'aide</li> <li>• milieu-thérapie</li> <li>• plans d'action, d'intervention et de services individualisés</li> <li>• support à l'intégration sociale</li> <li>• enseignement</li> <li>• interventions à domicile et par téléphone</li> <li>• activités socioculturelles et de loisirs</li> <li>• orientation vers d'autres services à la fin du traitement</li> </ul>	<p>Suivi intensif dans la communauté au moyen de :</p> <p>traitement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• suivi psychiatrique, psychopharmacothérapie</li> <li>• psychothérapie</li> <li>• relation d'aide</li> <li>• plans d'action, d'intervention et de services individualisés</li> </ul> <p>suivi clinique à domicile</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• enseignement , relation d'aide, écoute téléphonique</li> <li>• support pour les activités de la vie quotidienne</li> </ul> <p>activités structurées</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• enseignement individuel et de groupe</li> <li>• développement personnel</li> </ul> <p>consultation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• évaluation fonctionnelle et avis aux professionnels de qui provient la demande d'inscription au programme</li> </ul>	<p>Suivi intensif dans la communauté au moyen de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• suivi psychiatrique par l'équipe multidisciplinaire</li> <li>• traitement intensif de la crise pour les personnes inscrites au centre</li> <li>• cure d'orientation psychanalytique</li> <li>• ateliers d'art et activités socioculturelles et communautaires</li> <li>• accompagnement pour retour aux études ou au travail</li> <li>• support aux familles et interventions psychosociales</li> <li>• plans d'action, d'intervention et de services individualisés</li> </ul> <p>Tous les programmes peuvent accueillir des stagiaires provenant des collèges et des universités</p>

1. Tous les programmes peuvent accueillir des stagiaires provenant des collèges et des universités.

Nom du programme	Pour la région de Québec	
	Clinique Le Faubourg St-Jean	Clinique Sainte-Anne
Endroit	175, rue St-Jean, 4e étage, Québec GIR 1N4 Téléphone : 648-6166 Télécopieur : 648-6227	Polyclinique Sainte-Anne, Édifice Price, 65, rue Sainte-Anne, 2e étage, Québec GIR 3X5 Téléphone : 691-0777 Télécopieur : 691-2667
But	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduire les difficultés personnelles et diminuer la douleur morale, et conséquemment, éviter le suicide</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévenir le développement des incapacités associées aux psychoses apparentées à la schizophrénie</li> </ul>
Capacité / Volume	C. : 125 V. : 175 patients / année	C. : 70 V. : 175 patients / année
Durée du traitement	Maximum 3 ans	Variable
Clientèle : Profil d'admissibilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avoir un diagnostic de trouble de personnalité limite</li> <li>• Être motivé à s'engager dans le programme</li> <li>• Être suivi par un médecin qui s'engage à faire hospitaliser la personne au besoin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avoir un trouble schizophrénique ou une psychose apparentée, incluant les troubles schizo-affectifs, en évolution depuis moins de cinq ans</li> <li>• Avoir besoin d'un diagnostic spécifique ou avoir des problèmes de non-réponse à la médication, d'effets indésirables complexes ou persistants, de manque d'autonomie et de mauvaise collaboration au traitement</li> </ul>
Objectifs	<p>Pour la personne :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• réduire les comportements qui menacent sa vie</li> <li>• diminuer l'impulsivité</li> <li>• acquérir des techniques de résolution de problèmes</li> <li>• réduire les comportements qui nuisent à ... la création d'une alliance thérapeutique</li> <li>• accroître la tolérance à la détresse</li> <li>• améliorer les relations interpersonnelles</li> <li>• maintenir les habiletés acquises</li> </ul> <p>Pour les intervenants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• améliorer les connaissances sur le diagnostic et le traitement</li> <li>• améliorer leurs capacités de travail avec cette clientèle difficile</li> </ul>	<p>Pour la personne :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• améliorer l'état mental lors d'un premier épisode de psychose majeure</li> <li>• maintenir la plus grande stabilité possible de l'état mental afin de prévenir les rechutes</li> <li>• rétablir un niveau satisfaisant d'adaptation sociale</li> </ul> <p>Pour les intervenants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• améliorer leurs connaissances sur l'évolution des psychoses affectives et schizophréniques</li> <li>• améliorer leur capacité d'effectuer un dépistage précoce des psychoses</li> <li>• améliorer les connaissances et les habiletés cliniques des intervenants du réseau</li> </ul>
Principales approches	D'inspiration analytique, cognitive, comportementale et interpersonnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pharmacothérapeutique</li> <li>• Remédiation cognitive</li> <li>• Psychoéducatrice</li> </ul>
Activités <sup>1</sup>	<p>Évaluation et traitement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychothérapie individuelle</li> <li>• Thérapie de groupe : psychoéducatif, interpersonnel, psychodynamique</li> <li>• Interventions de crise auprès de la clientèle</li> <li>• Plans d'action, d'intervention et de services individualisés</li> <li>• Groupes famille et intervention familiale</li> <li>• Consultation en pharmacothérapie</li> <li>• Support, formation continue et consultations pour les intervenants du réseau</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation multidimensionnelle</li> <li>• Élaboration d'un plan d'intervention</li> <li>• Suivi conjoint avec les intervenants du réseau</li> <li>• Support pendant l'hospitalisation, le cas échéant</li> <li>• Coordination et complémentarité des services entre l'équipe de la clinique et l'équipe du réseau qui assure le suivi</li> </ul>

1. Tous les programmes peuvent accueillir des stagiaires provenant des collèges et des universités.

**RÉFÉRENCES**

- ANTHONY, W. A., COHEN, M. R., FARKAS, M. D. (1990), *Psychiatric Rehabilitation*, Boston, Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston.
- APOLLON, W., BERGERON, D., CANTIN, L., 1990, *Traiter la psychose*, Collection Nœud, GIFRIC.
- APOLLON, W., BERGERON, D., CANTIN, L., 1996, Le traitement de la psychose, *Revue internationale de santé mentale et psychanalyse appliquée*, 2, Paris, 31-50.
- BERGERON, D., 1996, *Virage ambulatoire et traitement psychiatrique dans la communauté*, Communication, 30<sup>e</sup> congrès de l'Association des médecins psychiatres du Québec.
- BERGERON, D., CANTIN, L., 1985, Psychanalyse, Psychose et Parole retrouvée, *Transitions*, 20, 23-38.
- BERGERON, D., CANTIN, L., 1986, Pour une nouvelle approche clinique de la psychose : le « 388 », *Santé mentale au Québec*, XI, 1, 149-172.
- BIRCHWOOD, M., McGorry, P., Jackson, H., 1997, Early Intervention in Schizophrenia, 170, 2-5.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE, 1997, *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*, MSSS, Québec.
- FALLOON, I. R. H., Behavioral family therapy, in Gurman, A. S., Kniskern, D. P., eds, *Handbook of Family Therapy*, New York, 1991.
- HOGARTY, G. E., ANDERSON, C. M., REISS, D. J., KORNBLITH, S. J., GREENWALD, D. P., JAVNA, C. D., MADONIA, M. J., 1986, Environmental/personal indicators in the course of schizophrenia, Research Group, Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: I one-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion, *Archives of General Psychiatry*, 43, 633-642.
- KERNBERG, Otto, 1984, *Les troubles graves de la personnalité: stratégies psychothérapeutiques*, Le Fil Rouge, PUF, Yale University Press.
- LINEHAN, M., Marsha, 1993, *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, The Guilford Press, New York, London.
- MASTERSON, F., JAMES, 1993, *The Emerging Self*, Brunner, Mazel publisher.
- MASTERSON, F., James, 1993, *The Narcissistic and Borderline Disorders, An Integrated Developmental Approach*, Brunner, Mazel publisher.

WALLOT, H., 1998, Traitement psychiatrique dans la communauté, l'expérience de Limoilou, *Le Clinicien*, janvier, 81-99.

## **ABSTRACT**

### **Treatment centres and specialized clinics of the Centre hospitalier Robert-Giffard**

The authors describe the evolution of certain mental health services of the Centre hospitalier Robert-Giffard: treatment centres, specialized clinics as well as treatment services implemented in the community. The authors identify the principles that have presided over the organization of these treatment.

## **RESUMEN**

### **Tratar en la ciudad. Los centros de tratamiento y las clínicas especializadas del Centro hospitalario Robert-Giffard**

Los autores describen la evolución de ciertos servicios en salud mental del Centro hospitalario Robert-Giffard: los centros de tratamiento, las clínicas especializadas y de servicios de tratamiento implantadas en la comunidad. Los autores identifican los principios que a partir de la evolución de un pensamiento, han presidido a la emergencia de esas organizaciones de tratamiento.