



uOttawa

Université d'Ottawa

**Contexte démographique du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort (1976-2006)  
et parcours clinico-social d'un patient schizophrène (1983-2007)**

Par

Andrée-Anne Sabourin (B.Sc.Santé)  
École interdisciplinaire des sciences de la santé  
Faculté des sciences de la santé

Thèse présentée à la Faculté des sciences de la santé  
En vue de l'obtention du grade de maîtrise ès sciences (M.Sc.)  
Sciences interdisciplinaires de la santé

Membres du comité de thèse

Dr. Marie-Claude Thifault (directrice de thèse)  
Dr. Sanni Yaya  
Dr. Sarah Fraser

Examineurs de thèse

Dr. Sanni Yaya  
Dr. Sarah Fraser

*À toutes ces âmes qui se sentent abandonnées, marginalisées  
par cette même société qui les étiquète;  
en espérant voir cette thèse se rallier à leurs voix.*

## RÉSUMÉ

### **Contexte démographique du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort (1976-2006) et parcours clinico-social d'un patient schizophrène (1983-2007)**

Par  
Andrée-Anne Sabourin (B.Sc.Santé)

Thèse présentée à la Faculté des sciences de la santé en vue de l'obtention  
du grade de maîtrise ès sciences (M.Sc.) en sciences interdisciplinaires de la santé  
Ottawa, Ontario, Canada

La schizophrénie étant un problème de santé mentale chronique, elle requiert, de la part des personnes qui en sont atteintes, une assiduité perpétuelle au traitement ainsi qu'au suivi clinique. Bien que la recherche fuse en la matière, peu de littérature s'attarde à l'expérience clinique vécue par les patients. Il devient donc difficile d'humaniser cette maladie, qui, plus souvent qu'autrement, est décrite de manière quantitative ou encore sous une perspective biomédicale. Pourtant, une bonne mise en place d'un système de soins et de services dépend non seulement de ce type de connaissances, mais également des réalités uniques qui sont façonnées par les infrastructures et les services offerts. L'étude en question se penche donc sur cette perspective humaine et personnelle, puisqu'elle est basée sur les données recueillies par les infirmières et les autres professionnels de la santé qui ont été classées dans le dossier médical d'un patient schizophrène. Ce dossier, datant de 1983 à 2007 et provenant des archives du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort d'Ottawa, relève les différentes hospitalisations ainsi que les suivis en clinique externe. L'étude vise à décrire ce parcours en faisant état du nombre de suivis et de leur contenu, en plus de décrire les trajectoires multiples du patient. L'emploi de l'approche socio-historique permet de retracer le parcours d'un patient dans le temps. Ainsi, le travail des infirmières se trouve au cœur des soins administrés au patient, puisque c'est, en grande partie, à travers leur plume que la progression clinique du patient est racontée. Cette approche est agrémentée par une analyse statistique des caractéristiques démographiques de la population psychiatrique de ce même Département, de par l'analyse des registres d'admission. Cela permet de contextualiser la situation du patient choisi au sein de son environnement clinico-social. En analysant le dossier médical et les données recueillies, il est possible de constater que plusieurs obstacles sont rencontrés par le patient : la récurrence des hospitalisations, la mauvaise coordination des ordonnances de la cour, les dynamiques familiales complexes, la violence conjugale, la toxicomanie, les problèmes avec la justice, l'arrêt brusque et intermittent du suivi clinique, les péripéties d'emploi, etc. Ces observations permettent d'imager les réalités vécues parallèlement à celles du système en place. Elles contribuent ainsi, bien qu'un tout petit peu, à une critique du mouvement de désinstitutionnalisation et à une édification des retombées de cette intégration communautaire des patients psychiatriques; retombées qui, malgré leur bienveillance initiale, ne sont pas aussi inclusives ou flexibles qu'elles n'y paraissent.

**Mots clés :** schizophrénie, santé mentale, psychiatrie, désinstitutionnalisation, parcours psychiatrique, approche socio-historique, étude de cas

## SUMMARY

### **Demographic context of the Montfort Hospital's Department of Psychiatry (1976-2006) and clinical-social journey of a schizophrenic patient (1983-2007)**

By  
Andrée-Anne Sabourin (B.Sc.Health)

Thesis submitted to the Faculty of Health Sciences for the purpose of obtaining a  
Master of Science (MSc) degree in Interdisciplinary Health Sciences  
Ottawa, Ontario, Canada

Since schizophrenia is a chronic mental health problem, it requires people who are suffering from it to rigorously observe treatment and attend clinical follow-ups. Although research is not lacking in this area, there is little literature that focuses on the clinical experience of patients. It therefore becomes difficult to humanize this disease, which is, more often than not, described quantitatively or from a biomedical perspective. However, the proper implementation of a system of care and services depends not only on this type of knowledge, but also on the unique realities that are shaped by the infrastructures and services offered. The study in question therefore looks at this human perspective, since it is based on data collected by nurses and other health professionals. This data has been classified in the medical file of a schizophrenic patient, which extends from 1983 to 2007. The patient was hospitalized at the Montfort Hospital's Department of Psychiatry in Ottawa, and his file lists the various hospitalizations and outpatient follow-ups. The purpose of the study is to describe the psychiatric journey by reporting on the number of follow-ups and their content, as well as describing the patient's multiple trajectories. The use of the socio-historical approach allows us to trace the course of a patient in time. Thus, the work of nurses is at the heart of the care given to the patient, since it is mostly through their eyes that the clinical progression of the patient is seen. This approach is complemented by a statistical analysis of the demographic characteristics of the psychiatric population that attended the same Department from 1976 to 2006; the statistical profiling is conducted through the analysis of admission registers. This makes it possible to contextualize the situation of the chosen patient within his clinical-social environment. By analyzing the medical file and the data collected, it is possible to note that several obstacles were encountered by the patient: recurrence of hospitalizations, poor coordination of court orders, complex family dynamics, domestic violence, drug abuse, problems with the judicial system, abrupt and intermittent stop of the clinical follow-up, unemployment, etc. These observations make it possible to monitor the realities experienced alongside those of the system in place. They thus contribute, albeit a little bit, to a critique of the deinstitutionalization movement. The fallout of this community integration of psychiatric patients makes it possible to assert that, despite initial goodwill, the repercussions of such a movement were not as inclusive or as flexible as originally thought.

**Keywords:** schizophrenia, mental health, psychiatry, deinstitutionalization, psychiatric care, socio-historical approach, case study

## TABLE DES MATIÈRES

|                                                  |            |
|--------------------------------------------------|------------|
| <b>Résumé.....</b>                               | <b>iii</b> |
| <b>Summary.....</b>                              | <b>iv</b>  |
| <b>Table des matières.....</b>                   | <b>v</b>   |
| <b>Liste des tableaux.....</b>                   | <b>ix</b>  |
| <b>Liste des figures.....</b>                    | <b>ix</b>  |
| <b>Introduction.....</b>                         | <b>1</b>   |
| <b>Chapitre 1 : Problématique.....</b>           | <b>3</b>   |
| Vivre avec la schizophrénie.....                 | 4          |
| <i>Caractéristiques démographiques</i>           |            |
| <i>Types de schizophrénie</i>                    |            |
| <i>Symptômes</i>                                 |            |
| <i>Diagnostic</i>                                |            |
| <i>Causes et facteurs de risque</i>              |            |
| <i>Chronicité</i>                                |            |
| <i>Traitement et réhabilitation</i>              |            |
| <i>Stratégies d'adaptation</i>                   |            |
| <i>Qualité de vie</i>                            |            |
| <i>Réalités sociales de la schizophrénie</i>     |            |
| Présentation du sujet de thèse.....              | 12         |
| <i>Limitations fonctionnelles</i>                |            |
| <i>Effet de temps</i>                            |            |
| <i>Unicité du cas</i>                            |            |
| Questions de recherche et objectifs.....         | 14         |
| <i>Partie 1</i>                                  |            |
| <i>Partie 2</i>                                  |            |
| <i>Complémentarité</i>                           |            |
| <i>Hypothèse</i>                                 |            |
| Conclusion.....                                  | 15         |
| <b>Chapitre 2 : Recension des écrits.....</b>    | <b>16</b>  |
| La schizophrénie dans son contexte sociétal..... | 16         |
| <i>Les conséquences de la schizophrénie</i>      |            |
| <i>Conséquences sociales</i>                     |            |
| <i>Conséquences économiques</i>                  |            |
| <i>Conséquences médicales et comorbidités</i>    |            |
| <i>Conséquences judiciaires</i>                  |            |

|                                                                                           |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <i>Conséquences familiales</i>                                                            |           |
| Les soins et politiques en santé mentale.....                                             | 22        |
| <i>Connaissances des professionnels de la santé</i>                                       |           |
| <i>Les infirmières au cœur du système de soins</i>                                        |           |
| <i>L'importance de l'offre active en français</i>                                         |           |
| <i>Profil démographique des visiteurs récurrents</i>                                      |           |
| <i>Mouvement de désinstitutionnalisation</i>                                              |           |
| <i>Les conséquences de la désinstitutionnalisation</i>                                    |           |
| <i>Argument pilier de la désinstitutionnalisation</i>                                     |           |
| La famille et la santé mentale.....                                                       | 31        |
| Conclusion.....                                                                           | 33        |
| <b>Chapitre 3 : Cadre conceptuel de l'étude.....</b>                                      | <b>37</b> |
| Approche socio-historique descriptive.....                                                | 37        |
| Parcours de vie.....                                                                      | 38        |
| Cette approche employée antérieurement.....                                               | 38        |
| Cette approche dans le cadre de la présente étude.....                                    | 39        |
| Banque d'archives de l'Hôpital Montfort.....                                              | 39        |
| Conclusion.....                                                                           | 40        |
| <b>Chapitre 4 : Méthodologie de l'étude.....</b>                                          | <b>41</b> |
| L'Hôpital Montfort et la création d'une base de données informatisée.....                 | 41        |
| Devis de recherche.....                                                                   | 43        |
| Choix du dossier.....                                                                     | 45        |
| Approche interdisciplinaire.....                                                          | 45        |
| Collecte des données.....                                                                 | 46        |
| <i>Partie 1</i>                                                                           |           |
| <i>Partie 2</i>                                                                           |           |
| Instruments.....                                                                          | 47        |
| Considérations éthiques.....                                                              | 47        |
| Conclusion.....                                                                           | 48        |
| <b>Chapitre 5 : Résultats.....</b>                                                        | <b>49</b> |
| 1. Contexte démographique global du Programme de santé mentale de l'Hôpital Montfort..... | 51        |
| 1.1 Différence entre les sexes                                                            |           |
| 1.2 Nombre d'admissions au Département de psychiatrie de Montfort                         |           |
| 1.3 Nombre d'admissions pour les patients schizophrènes                                   |           |
| 1.4 Âge lors des admissions pour la population psychiatrique générale                     |           |
| 1.5 Âge lors des admissions pour les patients schizophrènes                               |           |
| 1.6 Prévalence de certains diagnostics clés                                               |           |
| 1.7 Contextualisation du patient X                                                        |           |
| 2. Parcours clinico-social d'un patient schizophrène.....                                 | 68        |
| 2.1 Présentation du patient X                                                             |           |
| 2.1.1 Pourquoi ce patient?                                                                |           |
| 2.1.2 Première hospitalisation et premier diagnostic                                      |           |
| 2.2 Contexte familial                                                                     |           |
| 2.2.1 Mère                                                                                |           |

|                                                                                           |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 2.2.2 Père                                                                                |            |
| 2.2.3 Frère                                                                               |            |
| 2.2.4 Sœur #1                                                                             |            |
| 2.2.5 Sœur #2                                                                             |            |
| 2.3 Description du parcours psychiatrique de Charles                                      |            |
| 2.3.1 Clinique externe                                                                    |            |
| 2.3.2 Faits saillants des entrées en clinique externe                                     |            |
| 2.3.2.1 Emploi et finances                                                                |            |
| 2.3.2.2 Polytoxicomanie                                                                   |            |
| 2.3.2.3 Agoraphobie ou ochlophobie non diagnostiquée                                      |            |
| 2.3.2.4 Agressions verbales et menaces                                                    |            |
| 2.3.2.5 Comorbidités physiques                                                            |            |
| 2.3.2.6 Problèmes avec la justice                                                         |            |
| 2.3.2.7 Nier ses conditions médicales                                                     |            |
| 2.3.2.8 Attitude                                                                          |            |
| 2.3.2.9 Ressources exploitées vs non exploitées                                           |            |
| 2.3.3 Documents connexes                                                                  |            |
| 2.3.3.1 Notes de sortie                                                                   |            |
| 2.3.3.2 Dossier de la cour (force policière d'Ottawa, 16 juin 1996)                       |            |
| 2.3.3.3 Rapports d'incident                                                               |            |
| 2.3.3.4 Révision de la caution                                                            |            |
| 2.3.3.5 Demande de logement subventionné                                                  |            |
| 2.3.4 Consultations cliniques en soins d'urgence                                          |            |
| 2.3.4.1 Royal Ottawa Hospital (17 février 1989)                                           |            |
| 2.3.4.2. Le 24 octobre 2002                                                               |            |
| 2.3.4.3 Hôpital Général d'Ottawa (22 septembre/10 octobre 2003)                           |            |
| 2.3.4.4 Hôpital Général d'Ottawa (1 <sup>er</sup> juin 2004)                              |            |
| 2.3.4.5 Hôpital Général d'Ottawa (23 août 2005)                                           |            |
| 2.3.5 Hospitalisations                                                                    |            |
| 3. Autres données et observations notables.....                                           | 98         |
| Conclusion.....                                                                           | 99         |
| <b>Chapitre 6 : Discussion.....</b>                                                       | <b>101</b> |
| 1. Contexte démographique global du Programme de santé mentale de l'Hôpital Montfort..... | 102        |
| 2. Parcours clinico-social d'un patient schizophrène.....                                 | 103        |
| 2.1 Présentation du patient                                                               |            |
| 2.2 Description du parcours psychiatrique du patient X                                    |            |
| 2.2.1 Lignes du temps                                                                     |            |
| 2.2.2 Déplacements                                                                        |            |
| 2.2.3 Toxicomanie et démêlés judiciaires                                                  |            |
| 2.2.4 Commencement du suivi clinique                                                      |            |
| 2.2.5 Emploi et problématiques financières                                                |            |
| 2.2.6 Impulsivité et menaces                                                              |            |
| 2.2.7 Comorbidités                                                                        |            |
| 2.2.8 Anglais, langue seconde                                                             |            |
| 2.2.9 Étiquettes en santé mentale                                                         |            |
| 2.2.10 Résumés à la sortie                                                                |            |

|                                                         |            |
|---------------------------------------------------------|------------|
| 2.3 Péripéties sociales                                 |            |
| 2.3.1 Épuisement des figures de soutien                 |            |
| 2.3.2 Coordination des ordonnances de la cour           |            |
| 2.3.3 Dynamiques familiales et violence domestique      |            |
| 3. Autres données et observations notables.....         | 113        |
| 3.1 Notes en clinique externe plus exhaustives dès 1990 |            |
| 3.2 Médication                                          |            |
| 4. Réflexion sur un système complexe.....               | 114        |
| 4.1 Incapacité d’assurer un suivi                       |            |
| 4.2 Vulnérabilité et double stigmatisation              |            |
| 4.3 Syndrome des portes tournantes                      |            |
| 5. Recommandations.....                                 | 119        |
| Limites de l’étude.....                                 | 124        |
| Perspectives futures.....                               | 125        |
| Conclusion.....                                         | 126        |
| <b>Conclusion.....</b>                                  | <b>127</b> |
| <b>Déclaration de conflit d’intérêts.....</b>           | <b>129</b> |
| <b>Remerciements.....</b>                               | <b>130</b> |
| <b>Bibliographie.....</b>                               | <b>131</b> |

## Liste des tableaux

|                                                                         |    |
|-------------------------------------------------------------------------|----|
| Tableau 1. Données démographiques de sexe.....                          | 52 |
| Tableau 2. Répartition du nombre d'hospitalisations.....                | 53 |
| Tableau 3. Nombre d'admissions pour les patients schizophrènes.....     | 54 |
| Tableau 4. Âge lors des admissions.....                                 | 57 |
| Tableau 5. Âge lors des admissions pour les patients schizophrènes..... | 60 |
| Tableau 6. Prévalence de certains diagnostics clés.....                 | 63 |
| Tableau 7. Contextualisation du patient X.....                          | 66 |
| Tableau 8. Thérapie médicamenteuse non-exhaustive de Charles.....       | 98 |

## Liste des figures

|                                                                                                            |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figure 1. Nombre d'admissions au Département de psychiatrie de Montfort.....                               | 56 |
| Figure 2. Nombre d'admissions en fonction de l'âge.....                                                    | 59 |
| Figure 3. Nombre total de diagnostics de schizophrénie posés en fonction de l'âge.....                     | 61 |
| Figure 4. Nombre de nouveaux diagnostics de schizophrénie posés en fonction de l'âge.....                  | 62 |
| Figure 5. Nombre de diagnostics posés en fonction du sexe pour certaines conditions de santé mentale ..... | 65 |
| Figure 6. Présentation du patient X, Charles.....                                                          | 69 |
| Figure 7. Contexte familial.....                                                                           | 71 |
| Figure 8. Ligne du temps, consultations cliniques et hospitalisations entre 1984 et 1997.....              | 75 |
| Figure 9. Ligne du temps, consultations cliniques et hospitalisations entre 2000 et 2007.....              | 77 |
| Figure 10. Résumé à la sortie, 27 juin 2005.....                                                           | 87 |

## INTRODUCTION

*Unfortunately, we force people  
to break the law in order to get  
any kind of mental health treatment.*

Pete Earley

Lors de l'été 2016, j'ai eu l'opportunité de participer à un stage d'initiation à la recherche sous la supervision des Dres Marie-Claude Thifault et Sandra Harrisson. Lors de ce stage, trois stagiaires et moi devions analyser des dossiers médicaux provenant des archives de l'Hôpital Montfort afin d'illustrer les parcours psychiatriques de patients hospitalisés entre 1976 et 2006. Les dates de consultation et les services communautaires utilisés devaient être entrés dans un fichier Excel. Par la suite, ces données étaient transférées au programme Palladio. Ce programme permettait de construire des graphiques et lignes du temps et, ainsi, d'« illustrer » les parcours psychiatriques des patients. En analysant les deux dossiers auxquels j'avais été assignée, j'ai pu observer que les patients en question disposaient d'un pauvre soutien familial. D'ailleurs, l'un de ces patients était victime de violence physique, violence causée par son frère, et avait beaucoup de difficulté à s'intégrer à sa famille. En effet, les épisodes conflictuels avec son frère, sa mère et son père étaient récurrents, et provoquaient en quelque sorte les hospitalisations. À partir de cette analyse, je me suis demandée si un projet de recherche ne pouvait pas naître de ce concept.

La présente thèse comprend six chapitres. Le premier chapitre porte sur la problématique du projet de recherche. La recension des écrits sera pour sa part abordée lors du second chapitre. Nous visiterons ensuite le cadre conceptuel de l'étude et la méthodologie dans les troisième et quatrième chapitres respectivement. Le cinquième chapitre consistera en la présentation des résultats du projet de recherche. Enfin, le sixième et dernier chapitre servira à la discussion.

Revenons sur la problématique qui sera présentée lors du premier chapitre. Celle-ci servira à décrire l'enjeu principal ayant mené à l'établissement de cette étude en plus de décrire les questions de recherche principales et les objectifs de l'étude.

## PREMIER CHAPITRE PROBLÉMATIQUE

*There is no standard normal.  
Normal is subjective.  
There are seven billion versions  
of normal on this planet.*  
Matt Haig, *Reasons to Stay Alive*

La santé mentale est un sujet d'actualité croissant et, malgré le fait que ce soit un sujet encore tabou aujourd'hui, les discussions lui étant rattachées sont plus nombreuses et atteignent de plus en plus de gens grâce à l'évolution fulgurante et sans précédent des moyens médiatiques. Plusieurs campagnes sont lancées chaque année pour combattre la stigmatisation associée aux problèmes de santé mentale. On voit de plus en plus de soutien prendre forme, que ce soit dans les médias ou encore de la part des entreprises. Un exemple important consiste en la campagne médiatique nationale, soit en la journée *Bell Cause Pour la Cause*, lors de laquelle l'entreprise téléphonique Bell promeut la cause de la santé mentale en invitant les gens à communiquer entre eux en utilisant le mot clé #BellCausePourLaCause. Quelques cents par message texte, *tweet* ou *retweet* sont donc versées à cette cause qui prend de l'ampleur dans l'estime publique. Du côté du Commonwealth, la famille royale britannique s'affaire désormais à cet enjeu, ayant tout récemment mis sur pied la campagne *Heads Together*. Cette campagne, coordonnée par la Fondation Royale ainsi que par les ducs et duchesses de Cambridge et de Sussex, se voit plus aisément partagée au sein de l'auréole public dû au statut de célébrité de ses ambassadeurs. Enfin, à travers le monde, plusieurs campagnes voient le jour et se partagent la vedette annuellement; on peut entre autres penser à Time To Change (Angleterre), One Of Us (Danemark) et SANE Australia (Australie) (Global Anti-Stigma Campaigns, 2018). Sur le plan local, il y a de quoi se mobiliser, et il va de soi qu'il est essentiel de parler de cette cause, puisque « 20% des Canadiens

et Canadiennes seront personnellement touchés par la maladie mentale au cours de leur vie. » Cette statistique provient du site internet de l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM, 2019). Sur ce même site web, plusieurs autres données et statistiques en matière de santé mentale sont divulguées. Toutefois, peu de données ont été répertoriées sur le rôle de la famille ou encore sur la situation domiciliaire des personnes atteintes de maladie mentale. Pourtant, le système de soins de santé mentale actuel repose sur le principe fondamental du soutien familial, comme nous le verrons plus loin.

Malgré cette suppression graduelle de l'animosité et des préjugés péjoratifs à l'endroit de la maladie mentale, il n'en demeure pas moins que les troubles mentaux plus sévères sont toujours tabous aujourd'hui, et que les personnes qui en sont atteintes demeurent marginalisées. D'où la pertinence de s'attarder au tracé clinique vécu par un patient gravement atteint mentalement. En ce sens, cette thèse aura pour but de faire état du parcours psychiatrique d'un patient schizophrène sur plusieurs décennies.

### **Vivre avec la schizophrénie**

La schizophrénie est considérée comme étant un trouble psychotique, soit un trouble « se caractéris[ant] par des distorsions de la pensée, des perceptions, des émotions, du sentiment de soi et du comportement » (OMS, 2018). Il s'agit d'une maladie dite cérébrale qui peut faire référence à une perte de contact avec la réalité (psychose). Eugen Bleuler, psychiatre suisse, fut le premier, en 1911, à employer ce terme signifiant « esprit divisé » en grec (Ashok, Baugh, & Yeragani, 2012). Il s'agit d'un trouble mental chronique sévère, soit l'un des plus sévères au Canada. Le fonctionnement des personnes atteintes de schizophrénie est altéré, et ce, dans tous

les aspects de leur vie. L'unique méthode pour diagnostiquer un trouble schizophrénique réside dans l'observation clinique par des professionnels de la santé (APA, 2013).

### *Caractéristiques démographiques*

Il est globalement accepté à titre de prévalence qu'**un pourcent** de la population (mondiale et canadienne) est atteint de schizophrénie. La maladie apparaît généralement au **début de la vie adulte** et touche les femmes et les hommes à pareil nombre. Les conséquences sont toutefois plus dévastatrices chez les hommes. Ceux-ci développent la maladie au début de la vingtaine, contrairement aux femmes qui la développent vers la fin de la vingtaine. Ils sont donc moins bien imbriqués socialement et financièrement; les femmes, quant à elles, ont généralement un emploi et une situation familiale stables lors du diagnostic (APA, 2013). L'âge semble d'ailleurs être un prédicateur important du parcours clinique résultant. On suppose également que les patients schizophrènes typiques se présentant à l'urgence pour une première visite sont des hommes célibataires possédant un historique d'abus de substances et ayant subi des complications à la naissance. Ils sont également moins bien accomplis sur le plan académique (Liu, Norman, Manchanda, & Luca, 2013).

### *Types de schizophrénie*

La schizophrénie pouvait auparavant être subdivisée en plusieurs types distincts, dont le désordre schizo-affectif de type bipolaire ou dépressif, le désordre de personnalité schizoïde, la schizophrénie résiduelle, etc. On parle dorénavant du **spectre** de la schizophrénie pour les englober depuis la publication de la cinquième et plus récente version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association américaine de psychiatrie (APA, 2013). Cette modification a été apportée dû à l'instabilité et à la difficulté de distinguer les symptômes de

chaque sous-type (Tandon et collab., 2013). Selon Katharine Larose-Hébert (2014), qui s'appuie sur les dires du sociologue et psychologue français Alain Ehrenberg, ces changements sont dus aux normes sociales qui évoluent avec les années.

### *Symptômes*

Les symptômes sont variés et peuvent être subdivisés en plusieurs catégories. D'abord, le spectre de la schizophrénie est fréquemment dépeint par la présence de symptômes dits **positifs**. Ceux-ci regroupent les hallucinations, les idées délirantes ainsi que la désorganisation de la pensée et du comportement. Ces symptômes se traduisent par une activité du cerveau plus intense que la normale (APA, 2013). À l'inverse, des symptômes dits **négatifs** peuvent également faire partie de la description clinique; ils sont plus difficiles à déceler et se caractérisent par une diminution de l'activité cérébrale. Ils englobent les symptômes apparents à la dépression, la diminution de l'intérêt habituel et de l'entregent, et bien d'autres. Des symptômes dépressifs sont rapportés dans 50% des cas (APA, 2013). On décèle par la suite les symptômes **cognitifs**, soient ceux qui « affectent l'habileté de la personne à comprendre, analyser ou à se rappeler l'information reçue. » (SQS, n.d.). Finalement, les **troubles de l'anxiété et de l'humeur** ainsi que les **troubles métaboliques** sont fréquemment observés en parallèle avec les symptômes de la schizophrénie (APA, 2013).

### *Diagnostic*

La référence en matière de santé mentale, soit le DSM-V (APA, 2013), met la table quant à la formulation des diagnostics. Généralement, un psychiatre devra observer deux des cinq symptômes suivants au minimum, et ce, pendant une période d'un mois ou plus : hallucinations, idées délirantes, discours désorganisé, comportement désorganisé ou catatonique et symptômes

négatifs. Les conséquences fonctionnelles persistent habituellement pour une durée de six mois. Des prises de sang peuvent être requises afin d'éliminer d'autres maladies présentant une symptomatologie similaire.

### *Causes et facteurs de risque*

Ce trouble de santé mentale pose plusieurs défis aux chercheurs qui sont toujours incapables de déterminer ses causes exactes; on considère toutefois cette maladie comme étant multicausale. En ce sens, l'amalgame de divers facteurs de risque est fortement corrélé à l'apparition de la maladie. La **génétique** serait partiellement en cause. En effet, les membres de la famille immédiate d'une personne atteinte de schizophrénie seraient dix fois plus susceptibles de développer cette maladie comparativement à la population générale. Pour les enfants de schizophrènes, la prévalence serait de 40% (Keks, Mazumdar, & Shields, 2000), tandis qu'elle atteindrait 50% pour les jumeaux monozygotes (Narayan, Shikha, & Shekhar, 2015). Côté **neurochimique**, une production à la hausse de dopamine a été observée chez les sujets schizophrènes. Un déséquilibre au niveau de la production du glutamate et de la sérotonine ainsi qu'un problème avec le développement de connections neuronales seraient possiblement en cause. L'**environnement** aurait également sa part du blâme; une corrélation a été observée entre un désavantage social important et la maladie. D'autres hypothèses subsistent, soit les infections virales, les traumatismes lors de la période périnatale ou lors de l'enfance – indépendamment de la susceptibilité génétique (Husted, Ahmed, Chow, Brzustowicz, & Bassett, 2010), et la consommation en excès d'alcool et/ou de drogues (plus particulièrement de cannabis). Il a également été établi que la maladie semble entraîner de mauvaises conditions sociales (Häfner & An der Heiden, 1997). Le mois de naissance – fin de l'hiver, début du printemps – est aussi corrélé à la maladie, tout comme l'influenza maternelle durant la grossesse (Brown & Patterson,

2010). Plusieurs autres facteurs de risque sont décrits extensivement dans le DSM-V, ce dernier étant la référence mondiale en matière de psychiatrie (Larose-Hébert, 2014).

### *Chronicité*

La schizophrénie est une maladie incurable à proprement parler. Il est possible de soigner et de soulager les symptômes des patients, mais les périodes de rémission sont souvent entrecoupées de rechutes, et ce, plus particulièrement lorsque la maladie est diagnostiquée tardivement et que les psychoses sont ignorées (Agence de la santé publique du Canada, 2012). Le fardeau est donc d'autant plus lourd chez les personnes atteintes et leur entourage qui se voient ainsi fort probablement entrer dans un cercle vicieux dès lors que le diagnostic est posé.

### *Traitement et réhabilitation*

Le traitement de la schizophrénie permet aux personnes atteintes de vivre une vie satisfaisante et permet de réduire la fréquence et l'intensité des symptômes ou encore de les enrayer complètement. Le traitement typique comprend plusieurs mesures, dont la prise de médicaments, soit d'antipsychotiques, et la psychothérapie, englobant elle-même la thérapie individuelle ainsi que la thérapie de groupe (APA, 2013). Bien que ces options soient efficaces et complémentaires, il est souvent également question du soutien de la famille et de l'entourage. Les proches activement présents, qui accompagnent les patients tout au long du suivi clinique et qui sont informés en matière de schizophrénie, mènent à une intégration plus durable dans la communauté; c'est d'ailleurs la raison pour laquelle tant de rapports (*p. ex.* rapport Bédard de 1962) semblent mettre l'emphasis sur l'importance du soutien familial en matière de santé mentale.

Le soulagement des symptômes permet tout de même au patient de retrouver un fonctionnement « normal » suffisant et, dans une certaine mesure, de s'épanouir. La thérapie principale consiste en la médication. Les **antipsychotiques** typiques (masquent les symptômes positifs) et les antipsychotiques atypiques (masquent les symptômes positifs et négatifs et présentent moins d'effets secondaires) sont des incontournables pour le rétablissement des patients schizophrènes (Pringsheim et collab., 2017; Schizophrenia, 2018). D'ailleurs, la première cause des rechutes demeure à ce jour la mauvaise observance médicamenteuse (Battaglia, 2014; Masand, Roca, Turner, & Kane, 2009). Un suivi **psychothérapeutique** ou en centre de jour et divers services communautaires permettent la réinsertion sociale et professionnelle ainsi que la réhabilitation efficace des personnes affectées au sein de la société. Ce dernier point revêt d'ailleurs d'une importance inestimable. Les équipes **communautaires** multidisciplinaires qui offrent des services liés au logement, à l'emploi et aux facteurs sociaux et institutionnels assurent l'accompagnement du patient lors de sa réinsertion communautaire (Agence de la santé publique du Canada, 2012). Un traitement de **toxicomanie** connexe est également nécessaire dans plusieurs cas, puisque la schizophrénie est fréquemment associée à un abus de substances (Reimherr, Swartz, & Olsen, 2010). De plus, l'**éducation** des patients et de leurs familles au sujet de la maladie constitue un élément essentiel de la réhabilitation; il est évidemment important de connaître les tenants et aboutissants d'une condition de santé afin de moduler ses habitudes de vie en conséquence. Enfin, la pratique des habiletés sociales semble quant à elle également concluante (Ronald & Diamond, 2012).

Le rétablissement des personnes chroniquement atteintes de troubles de santé mentale ne peut pas répondre aux critères standards de rétablissement. Généralement, cette notion fait référence au « retour des capacités des personnes atteintes d'une maladie physique ou ayant subi un traumatisme nécessitant des soins particuliers. » (Noiseux & Ricard, 2005, p. 11) Or, il semble

évident que cette définition ne s'applique pas à la santé mentale, plus particulièrement aux troubles chroniques; les parcours psychiatriques des patients observent plutôt un tracé en dents de scie. En ce sens, une étude réalisée en 2005 au Québec a tenté de théoriser de façon holistique les étapes du rétablissement chez les personnes schizophrènes. Les auteurs présentent ainsi les sept étapes qui semblent constituer le rétablissement en fonction des données empiriques amassées auprès de patients, de membres de la famille et d'intervenants. La première étape constitue la « descente aux enfers » et semble figurer à titre de pierre angulaire afin de permettre au processus de guérison de s'enclencher. L'envie de vivre prend ensuite le dessus, et le patient est prêt à entrer la troisième phase du processus, soit la démarche d'introspection. Puis, le sujet en question développe des stratégies combattives, des outils et des clés, afin de faire face à la problématique et de favoriser son propre mieux-être. Il apprend ensuite à équilibrer les réalités internes et externes qui se livrent bataille pour finalement avoir « la perception d'une lumière au bout du tunnel » (Noiseux & Ricard, 2005, p. 16). Le concept de guérison auquel cet ouvrage fera référence pour les personnes sévèrement atteintes mentalement sera donc le suivant : le fait de vivre de façon satisfaisante et autonome afin de pouvoir prendre part aux activités sociales et contribuer au bon fonctionnement de sa communauté.

### *Stratégies d'adaptation*

Un diagnostic de schizophrénie n'est pas simple à naviguer et plusieurs obstacles se pointent en cours de route autant pour les patients que pour leur entourage. Emprunter certaines stratégies peut faciliter ce passage obligé. D'une part, se renseigner sur sa condition de santé revêt plusieurs bienfaits, dont le fait de se sentir plus informé et, donc, plus en contrôle. Aussi, une meilleure connaissance de la maladie permet d'ajuster ses habitudes et son environnement en conséquence. D'autre part, il peut être intéressant de joindre des groupes de soutien afin d'échanger avec des

gens qui nous comprennent, de briser l'isolement social et de ressortir des échanges engendrés avec des outils pour mieux contrer ce trouble de santé mentale. Ces deux premières stratégies sont des options viables et efficaces pour les patients et les membres de leur famille. Ensuite, tenter d'évacuer le stress et de diminuer les troubles anxieux peut grandement contribuer à la rémission. Diverses activités physiques et sociales peuvent mener à ces résultats (Schizophrenia, 2018).

### *Qualité de vie*

L'atteinte d'une bonne qualité de vie peut être réaliste pour les patients bien entourés qui suivent leur traitement religieusement et qui tirent profit des ressources communautaires. Les rechutes demeurent toutefois possibles. Dans certains cas, même les meilleurs services communautaires ne sont pas suffisants afin de réhabiliter socialement et professionnellement les patients; pour certains, la dépendance aux institutions demeure trop importante et chronique pour qu'un mode de vie indépendant puisse être envisagé (APA, 2013).

### *Réalités sociales de la schizophrénie*

Si l'on demandait à un médecin ou à tout autre professionnel de la santé issu d'un domaine d'études conservateur de décrire la schizophrénie, on obtiendrait fort probablement un amalgame des points énumérés ci-haut qui sont plutôt axés sur les réalités physiologiques, cliniques et biomédicales observées. Pourtant, comprendre un trouble de santé mentale dans son contexte sociétal n'en demeure pas moins inestimable. Spécialement si l'on considère que les diagnostics posés sont fréquemment des constructions sociales humaines basées certes sur des réalités observables, mais étant néanmoins bercées par des valeurs, des idéologies et des attentes ou

normes fixées par la majorité. Cet aspect sera abordé plus en profondeur lors du prochain chapitre.

### **Présentation du sujet de thèse**

Comme vu précédemment, les troubles mentaux sévères comme la schizophrénie mènent dans plusieurs cas à des limitations fonctionnelles ainsi qu'à des répercussions sociales et professionnelles. Ajoutons à l'équation le facteur temps qui envenime plus souvent qu'autrement la situation de par la chronicité de ces troubles. Que se passe-t-il lorsqu'un patient, qui présente ces caractéristiques, se voit devenir dépendant des institutions sociales et familiales, mais que les ressources de ces dernières ne sont ni adaptées, ni en mesure d'offrir le soutien nécessaire? À quoi ressemblerait un tel parcours clinique?

#### *Limitations fonctionnelles*

Encore une fois, la lourdeur des problématiques fonctionnelles vécues par les personnes atteintes de schizophrénie est stupéfiante. Non seulement ces personnes ont de la difficulté à fonctionner dans toutes les sphères de leur vie, elles demeurent extrêmement vulnérables et dépendantes des institutions sociétales et communautaires (Levaux & Danion, 2011). Il devient donc d'autant plus essentiel de s'attarder à la population schizophrène, afin de pouvoir orienter les politiques de santé mentale et les politiques régissant le logement et les services communautaires qui ont des impacts directs et néfastes sur cette même population.

#### *Effet de temps*

Rapporté et constamment réitéré (OMS, 2018; APA, 2013), le facteur évolutif et chronique de la maladie mentale, et de la schizophrénie plus particulièrement, se transforme rapidement en

fardeau pour tous les partis impliqués. L'investissement requis de la part des patients face au traitement est immense, et la lourdeur de celui-ci peut facilement mettre en péril l'observance médicamenteuse ainsi que la participation aux consultations cliniques. Cette réalité suit le patient toute sa vie dès lors le dépôt du premier diagnostic. Il n'est ainsi pas surprenant de constater les péripéties nombreuses de ces mêmes patients pour qui l'organisation et le fonctionnement en société ne sont pas les forces; au contraire, l'inverse serait beaucoup plus ahurissant. Pourtant, malgré ces parcours psychiatriques qui s'étendent parfois sur plusieurs décennies, il n'est pas simple de se renseigner, à l'aide de la littérature scientifique actuelle, sur les réalités individuelles des patients schizophrènes dans le temps. À quoi ressemble l'évolution d'un tel parcours? Quelles sont les implications d'un diagnostic de schizophrénie à court et à long termes?

#### *Unicité du cas*

Les dossiers médicaux permettent d'étudier la schizophrénie sur de longues périodes et sous une perspective unique et rare, c'est-à-dire de par les notes prises par les professionnels de la santé en temps et lieu. Il s'agit donc d'une entrée inédite dans le monde psychiatrique; il devient plus facile de comprendre les expériences individuelles sous une approche qualitative et, ainsi, de venir compléter les autres études réalisées à ce jour. En effet, les études se penchent généralement sur les grands échantillons et perdent de leur sensibilité par rapport aux expériences uniques (Shallice, Burgess, & Frith, 1991).

## **Questions de recherche et objectifs**

### *Partie 1*

Un premier objectif consistera en l'analyse et le profilage démographique des populations générale et schizophrène du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort pour les admissions survenues entre 1976 et 2006.

### *Partie 2*

« En quoi consiste un diagnostic de schizophrénie sur le plan clinique? » sera la question au cœur du projet de recherche. L'objectif principal sera de décrire et d'illustrer le suivi clinique en faisant état de la fréquence des suivis, de leur contenu et des services recourus.

« Comment se traduit le parcours social d'un patient schizophrène? » sera la seconde question au cœur de ce projet de recherche. Le second objectif consistera en la description des dynamiques familiales et des péripéties sociales observées tout au long du parcours psychiatrique et partagées par les infirmières et autres professionnels de la santé dans le dossier médical du patient.

Ainsi, si, lors de la lecture, des problèmes sont perçus en lien avec les expériences vécues inscrites dans le dossier médical, ils pourront être décrits, discutés, et servir de générateurs de solutions et d'idées pour les politiques futures en plus de contribuer, bien qu'un tantinet, aux diverses critiques du système de santé canadien.

### *Complémentarité*

L'apport des deux parties de ce projet de recherche rendra possible la contextualisation du parcours psychiatrique du patient dont il sera question lors des prochains chapitres. Un effet de

triangulation à deux niveaux (sources et outils de cueillette) mènera ainsi à une étude plus holistique (Jick, 1979).

### *Hypothèse*

L'hypothèse logique dans ce contexte serait la suivante : le parcours psychiatrique est demandant et suffocant par moments, alors que la réinsertion des personnes atteintes de maladie mentale dans leur famille est incongrue et chimérique dans certains cas. Ces patients ont besoin d'être entourés par des figures stables. Certes, le fondement de la réinsertion est bienveillant, mais certains ne peuvent fonctionner en société. Cette réalité est d'autant plus accrue si le soutien familial est inexistant. On peut donc soupçonner que la désinstitutionnalisation ne fonctionnerait que dans un monde utopique, un monde à des années-lumière du nôtre.

### **Conclusion**

Nous verrons, dans le prochain chapitre, les éléments importants soulevés dans la littérature. Ces éléments nous permettront de mieux situer la problématique dans ses contextes sociétal et historique.

## SECOND CHAPITRE RECENSION DES ÉCRITS

*À présent, j'ai compris : c'est une véritable  
handicapée mentale. Tout s'explique.*  
Amélie Nothomb, *Stupeur et tremblements*

Afin de bien recenser les écrits en lien avec cette problématique, il sera question de trois thématiques principales qui mèneront à une triangulation des sources. D'une part, nous aborderons la schizophrénie, et ce, sous plusieurs approches, afin de comprendre les différentes implications d'un diagnostic de problème de santé mentale grave. Ensuite, nous nous attarderons aux politiques de santé mentale importantes qui ont été établies au pays depuis les dernières décennies. Enfin, nous réviserons les concepts clés sur les relations familiales et l'affiliation famille-santé mentale. Ces différents thèmes nous permettront ainsi d'aborder le dossier médical du patient autant sous une approche biomédicale que sociale, et rendra possible une meilleure contextualisation historique, considérant la durée de plusieurs décennies du suivi psychiatrique dont il est question ici.

### **La schizophrénie dans son contexte sociétal**

Plusieurs experts se sont heureusement penchés sur la question. Il y a d'abord, Nérée St-Amand (2000), sociologue endurci, qui s'est investi dans une discussion sur la lourdeur et les répercussions découlant des noms et des étiquettes qu'on appose sur les gens. Il évoque d'ailleurs le rapport de force occasionné par la conclusion des diagnostics, précisant que cette « dominance » est bridée « par le biais de l'expertise. » (p. 41) En effet, les diagnostics ne sont pas négociés, ils sont imposés; et ils viennent avec une panoplie de réalités sociales. Il renchérit comme suit : « Une fois étiquetée, la participation des personnes à la vie économique et sociale

devient fort limitée. » (p.41) Il ajoute que les patients se font rappeler leur condition constamment, et ce, même s'ils réussissent à s'en sortir, d'où le poids des mots employés, comme le terme « ex-psychiatrisé » par exemple. St-Amand soulève également la « prophétie auto-réalisatrice » discutée par Wolfensberger et Tullman, stipulant que les gens ont tendance à remplir les rôles prédits par la société. En bref, « la majorité des façons de (...) nommer sont à la fois réductionnistes, durables, diffamatoires et désengageantes. » (p. 49)

Marcelo Otero, sociologue également, apporte pour sa part des réflexions fort intéressantes en lien avec la folie civile dans son livre *Les fous dans la cité* (2015). En voici une fort pertinente :

Car la folie n'existe, n'a jamais existé d'ailleurs, « qu'en société ». Ce qui ne signifie nullement qu'elle ne s'explique « que » par la société. Société et psychisme sont à la fois irréductibles et inséparables. Aussi bien pour comprendre la folie civile que pour tenter d'intervenir efficacement et humainement, il faut tenir compte de ses deux consistances ontologiques bien réelles qui s'hybrident inéluctablement pour définir les situations-problèmes que nous avons étudiées, soit le mental perturbé et le social problématique. (p. 300)

Ce même auteur explique que la « pathologisation » des conditions mentales est la façon dont dispose la société « d'expliquer l'inexplicable, l'injustifiable et l'insupportable » (p. 303).

## ***Les conséquences de la schizophrénie***

### *Conséquences sociales*

Les impacts peuvent être d'ordre social, comme l'isolement (aussi considéré comme un symptôme) et la baisse d'estime de soi (APA, 2013). Les patients ont généralement un faible réseau social, et celui-ci est souvent composé de personnes aussi atteintes de troubles mentaux chroniques. La multitude d'obstacles et de défis qu'ils rencontrent au cours de leur vie contribue également au développement d'une faible estime personnelle. La dépendance aux institutions est fréquente, et l'émancipation face au système de santé se raréfie pour les gens aux prises avec un trouble du spectre de la schizophrénie.

En addition, la stigmatisation et la discrimination font partie intégrante de la vie de ces patients, et ce, malgré la sensibilisation qui prend de plus en plus de place au sein de l'espace public (Corrigan & Rao, 2012). En effet, « alors que les pauvres sont paresseux et les criminels moralement mauvais, les malades mentaux sont le plus souvent inaptes, dangereux, irresponsables et vulnérables. » (Bernheim, 2014, p. 142). Toujours selon Bernheim (2014), la stigmatisation est telle qu'on assiste réellement à « de la négligence sociale, de la violence structurelle, de l'indifférence systématique ou [de la] discrimination manifeste » (p. 145). Les personnes schizophrènes sont également perçues comme étant violentes à tort. À l'inverse, elles sont fréquemment assujetties, elles-mêmes, à la violence d'autrui (Wehring & Carpenter, 2011).

### *Conséquences économiques*

Il n'est pas rare pour les personnes atteintes de problèmes de santé mentale de devoir faire face à des périodes de chômage. Pourtant, la plupart souhaiterait avoir un emploi (Mowbray, Bybee, Harris, & McCrohan, 1995). Heureusement, certains programmes d'aide à la recherche d'emploi existent et leur efficacité a été démontrée pour réduire les barrières d'accès, améliorer le bien-être

psychologique et permettre aux participants de développer des compétences et de se préparer au marché du travail (Liu, Hollis, Warren, & Williamson, 2007).

Malgré ces programmes qui ne sont d'ailleurs pas accessibles partout et/ou pour tous, la majorité des personnes aux prises avec des troubles de santé mentale se retrouvent sans emploi et font face à des périodes récurrentes de chômage; en effet, l'aide sociale figure à titre de principale source de revenus pour ces patients (Mattsson, Topor, Culberg, & Forsell, 2008). Ils deviennent donc incessamment plus à risque de devoir vivre sous le seuil de la pauvreté. On se retrouve alors avec une population assujettie à des problèmes en matière de logement. D'ailleurs, le Canada serait le seul pays développé à avoir misérablement échoué quant à l'établissement d'un programme national de logement (Forchuk, 2008). On assiste ainsi à une surreprésentation des personnes schizophrènes vivant dans la rue. Au Québec, en 2007, un peu plus de 12% de la population itinérante présentait un trouble schizophrénique comparativement à 1.7% chez la population générale (Justice et santé mentale au Québec, 2013).

Du côté de la société canadienne, la schizophrénie nécessite un investissement financier faramineux. En 2004, les coûts globaux s'élevaient à 6.85 milliards, dont 2.02 milliards pour les coûts directement et indirectement liés aux soins et 4.83 milliards liés à la perte de productivité (décès, morbidité et absentéisme). Ces coûts étaient relativement constants lors des dix années suivantes (Goeree et collab., 2005).

### *Conséquences médicales et comorbidités*

Bien qu'elle puisse être traitée rapidement, la schizophrénie n'échappe pas à son lot de complications. Ainsi, plusieurs comorbidités se voient associées à ce trouble mental. En premier lieu, les personnes schizophrènes consomment régulièrement les produits du tabac (Hanson, 2012) et les drogues afin de soulager leurs symptômes psychotiques. Les troubles anxieux sont

fréquents, bien qu'il soit difficile de déterminer s'ils ne figurent pas plutôt à titre de symptômes de la schizophrénie. L'espérance de vie est de dix ans inférieure à celle de la population globale (12 ans pour les hommes et 8 ans pour les femmes) (Lesage et collab., 2015). Cette réalité est imputable aux comorbidités récurrentes souvent tardivement et insuffisamment traitées, aux effets secondaires nocifs de la médication antipsychotique, aux risques accrus de tentatives de suicide et d'accidents causés par les comportements à risque ainsi qu'aux mauvaises habitudes de vie et d'hygiène (Lesage et collab., 2015). Parmi les maladies et troubles métaboliques fréquemment associés à la schizophrénie, on retrouve le diabète, les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), l'emphysème, l'hypertension, les maladies coronariennes et les caries dentaires (APA, 2013). Une étude canadienne publiée en 2017 rappelle l'importance de surveiller de façon proactive l'état physique des personnes schizophrènes et de préférer la médication légère afin d'éviter l'usage routinier des agents antipsychotiques présentant à l'occasion des effets secondaires. De plus, le taux d'hépatite C paraît plus élevé chez les patients ayant recours à la clozapine comme agent antipsychotique (Sackalingam, Shammi, Powell, Barker, & Remington, 2010). L'indice de masse corporelle (IMC) se voit également changer à la hausse chez la population schizophrène (Coodin, 2001). Ajoutons à cela les problèmes de toxicomanie; on estime que la prévalence des personnes schizophrènes présentant une addiction à une substance quelconque est élevée et généralement sous-estimée dans les sondages, et ce, en raison de l'auto-déclaration (Reimherr et collab., 2010). Enfin, l'impulsivité semble plus accrue chez les patients ayant consommé ou consommant toujours les produits du tabac contrairement à la population générale qui ne voit cette conséquence survenir que chez les consommateurs actuels de cigarettes (Wing, Moss, Rabin, & George, 2012).

### *Conséquences judiciaires*

Les patients schizophrènes sont surreprésentés dans les milieux carcéraux. D'ailleurs, l'investigateur correctionnel canadien Howard Sapers mentionne dans son rapport sur l'état des prisons fédérales que les milieux carcéraux nationaux « deviennent rapidement les institutions psychiatriques les plus importantes à l'échelle du pays [traduction libre] » (Imprisoning the mentally ill, 2013, p. 201). On remarque une importante prévalence de la criminalisation au sein de cette population qui se retrouve éventuellement derrière les barreaux. Du côté du Québec, l'Institut universitaire en santé mentale Douglas (Justice et santé mentale au Québec, 2013) partage les statistiques suivantes sur son site internet : en 2007, les troubles schizophréniques touchaient 1,7% de la population générale alors que cette donnée s'élevait à environ 7% dans les prisons et pénitenciers. C'est à se questionner si la fermeture des institutions psychiatriques à partir des années 1960 n'aurait pas créé un mouvement migratoire des asiles vers les milieux carcéraux. D'autres données probantes provenant des États-Unis et du Canada supportent l'idée que les personnes atteintes de troubles mentaux sont incarcérées plus couramment, et ce, de façon disproportionnée par rapport à la population générale (Davis, 1992).

### *Conséquences familiales*

Les conséquences négatives sur les proches des malades sont abondantes : détresse psychologique, dépression, anxiété, stress, perturbations relationnelles, ennuis financiers (Chan, 2011). Ces réalités sont bien documentées, et le fardeau est réel pour les familles des personnes schizophrènes. Les conséquences demeurent toutefois bidirectionnelles, c'est-à-dire que la famille et le soutien social auront également un impact sur le patient lui-même. En effet, les patients ont généralement un réseau social plus faible que la moyenne, ce qui résulte en un soutien social également plus faible (Palumbo, Volpe, Matanov, Priebe, & Giacco, 2015). En

addition, les membres de la famille constituent les principaux individus de ce réseau social (Gayer-Anderson & Morgan, 2013), alors que les amis sont plus susceptibles de développer des troubles mentaux (Stevens et collab., 2009). Cela dit, peu d'information est disponible quant à l'impact néfaste des proches sur les parcours psychiatriques.

## **Les soins et politiques en santé mentale**

Nous nous attarderons désormais aux politiques en matière de soins de santé mentale. Cette section conduira à une meilleure compréhension des contextes social et politique de la santé mentale.

### *Connaissances des professionnels de la santé*

En 1985, 246 professionnels de la santé canadiens ont été questionnés en lien avec leurs connaissances concernant les principes de soins pour les troubles mentaux chroniques (Barnes & Toews). Il a été démontré que ces mêmes professionnels, qui travaillaient pourtant auprès de patients psychiatisés, avaient plusieurs lacunes en matière de connaissances, ayant répondu à peine plus juste que le facteur chance. Ces derniers étaient trop favorables envers l'approche communautaire, sans considération pour les limites de celle-ci. Une sous-estimation notable de l'importance de la médication dans le bien-être à long terme des patients évoluant dans leur communauté a également été soulignée; les professionnels ne semblaient pas reconnaître que les bienfaits du milieu communautaire n'allaient résider que pendant l'administration des soins. Les répondants ont par ailleurs surestimé le fardeau déposé sur les épaules des familles qui recevaient un soutien adéquat tout au long du processus.

En ce sens, une revue systématique réalisée au Canada en 2013 (Dealberto) stipule que les professionnels ne sont pas assez formés dans le cadre de la réforme des soins en matière de santé

mentale. Selon l’auteure, des programmes éducationnels seraient nécessaires afin de former les intervenants dans des conditions autant communautaires qu’hospitalières. Les formations se devraient également d’incorporer une plus grande importance au modèle multidisciplinaire en ce qui a trait aux équipes de soins.

D’autres apports importants découlent au surplus de la thèse doctorale de Marie-Claude Jacques (2016). Cette thèse soulève d’abord l’importance de la relation infirmière-patient qui est par ailleurs abordée dans l’extrait suivant :

Comme la majeure partie des soins des personnes vivant avec la schizophrénie repose sur ce que la personne veut bien (ou peut) partager, il importe que l’infirmière soit consciente que les personnes vivant avec la schizophrénie ont besoin de se sentir accueillies et en sécurité dans leur dévoilement. (p. 186)

De plus, les déficits cognitifs ne sont pas systématiquement évalués auprès de la clientèle schizophrène, et ce, en dépit du fait que les infirmières aient les compétences nécessaires à la complétion de ces évaluations. On évoque également la nécessité d’offrir des services de proximité afin d’aller à la rencontre des patients évoluant au cœur de circonstances où le soutien social est négligeable. Voici une présentation brève des services de proximité ayant été proposés :

[...] l’intervention de proximité est une façon de rejoindre de façon proactive des personnes éloignées des services, elle se déroule dans des lieux informels situés près ou dans le milieu de vie des personnes, elle comprend des interventions de prévention, elle est axée sur la relation avec la personne, elle est souple dans son horaire, elle implique la collaboration avec les partenaires du milieu et elle vise notamment à favoriser l’*empowerment*. (p. 188)

La thèse de Jacques fait également état d'un « chevauchement des construits “adaptation” et “rétablissement” » (p. 189) en plus de décrire les différents filtres altérant les stratégies d'adaptation et les cinq phases du processus d'adaptation.

### *Les infirmières au cœur du système de soins*

Le métier d'infirmière en est un extrêmement exigeant et qui requiert une expertise extensive dans une panoplie de domaines. La tâche n'étant pas simple, les caractéristiques des patients ainsi que les conditions de travail et ressources accessibles peuvent fortement exacerber les difficultés rencontrées. Une étude torontoise (Lancee & Gallop, 1995) s'est d'ailleurs penchée sur la réalité contrariante à laquelle sont exposées les infirmières en lien avec la dispensation du traitement. Il a été rapporté que plusieurs préoccupations étaient observées lorsque des soins de courte durée dans le domaine de la santé mentale étaient prodigués, dont la présence de violence, de problèmes interpersonnels, de comportements d'automutilation et de sabotage de traitement. Les infirmières sondées ont également partagé leur sentiment d'impuissance et de culpabilité. Elles se sentaient aussi menacées par les comportements dangereux et à risque adoptés par les patients schizophrènes plus particulièrement.

Par ailleurs, Sandra Harrisson (2016a) note que, selon plusieurs écrits scientifiques, les infirmières semblent davantage favoriser la prestation des soins à la rédaction des dossiers médicaux. Dans ce même article, un parallèle avec le langage dominant positiviste du discours médical et les notes infirmières est fait.

En outre, Silvia Valentina Moya (2018) décrit l'importance marquée du corps infirmier dans la prestation des soins. Une étude de cas d'une patiente suivie pendant 26 ans en clinique externe a permis à l'auteure de déterminer le poids de l'infirmière au sein de l'équipe multidisciplinaire. Selon les données, les contacts avec l'infirmière représentent 63% contre 27%

pour le psychiatre. Il devient ainsi explicite « que l’infirmière occupe un espace relationnel plus important que les autres professionnels de l’équipe multidisciplinaire. » (p. 263)

Les notes infirmières s’avèrent aussi former une preuve inestimable pour le cas des infirmières, qui sont au cœur même du système, et dont le rôle tend à abréger la récurrence des hospitalisations. Pourtant, les nombreuses réformes du système ne semblent pas prendre en compte l’expertise de ces professionnelles (Harrisson & Thifault, 2018).

### *L’importance de l’offre active en français*

Selon une étude publiée en 2018 par Marie LeBel et Catherine Rheault, les services hospitaliers offerts dans le nord de l’Ontario posent problème dans l’optique où ils dévoilent, d’une part, une certaine négligence face à la langue du patient et, d’autre part, un bilinguisme de surface. D’ailleurs, les services offerts en français semblent mieux implantés en communauté qu’en milieux hospitaliers. Le rapport Dubois indiquait déjà en 1976 que le bilinguisme des francophones limitait leur possibilité d’être servis en français. De surcroît, l’offre active demeure faiblement présente au sein des politiques gouvernementales, et ce, malgré l’impact important des barrières linguistiques sur la prestation des soins et services en santé mentale (Cardinal et collab., 2018). La langue peut conséquemment figurer à titre de barrière pour l’accès à des soins de qualité, réalité abordée par Harrisson et Thifault (2014).

### *Profil démographique des visiteurs récurrents*

Une étude complétée à Montréal en 2007 (Chaput & Lebel) avait pour but de déterminer les caractéristiques cliniques et démographiques de la population psychiatrique ayant eu recours à plusieurs hospitalisations entre 1985 et 2000. Les patients qui avaient été hospitalisés à 11 reprises et plus représentaient moins de 1% de la population psychiatrique globale, mais

comptabilisaient 21% des visites totales à l'hôpital. Il est ainsi plutôt clair que les patients chroniquement atteints avaient recours aux ressources de façon disproportionnellement accrue par rapport à la population psychiatrique globale. Selon cette même étude, ceux qui se présentaient couramment à l'urgence étaient également plus susceptibles d'être schizophrènes, de présenter des comorbidités, d'être plus jeunes lors de la première visite et d'être plus à risque financièrement.

### *Mouvement de désinstitutionnalisation*

Le 9 mars 1962, le rapport Bédard est déposé, rapport qui recommande la désinstitutionnalisation afin de « régionaliser, diversifier et multiplier » les services communautaires au Québec (Institut universitaire en santé mentale de Québec, 2009). Ce rapport, pondu par la Commission d'études des hôpitaux psychiatriques, a pour but d'inciter un changement radical en suggérant la réinsertion des patients psychiatisés dans leur famille et dans leur communauté. À l'époque, plusieurs innovations contribuent à forger cette façon de penser. Entre autres, les neuroleptiques sont découverts, la révolution tranquille est enclenchée et les soins d'après-guerre sont repensés (Thifault & Dorvil, 2014). Ainsi, on cherche à abandonner le système asilaire qui tend à marginaliser les patients, et ce, dans le but d'adopter un système plus moderne et axé sur les services communautaires. Cette proposition repose sur la présence de la famille pour la prise en charge des patients psychiatisés, puisque les hospitalisations se verront diminuer en durée et en fréquence. Environ un an plus tard, soit en 1963, le rapport *More for the Mind* est déposé (Harrisson & Thifault, 2014). Ce rapport peut être perçu comme étant l'homologue ontarien et pancanadien du rapport Bédard; on tente de vendre le mouvement de désinstitutionnalisation au système de santé ontarien. On voit donc peu à peu les hôpitaux psychiatriques disparaître, alors que des départements psychiatriques rejoignent les rangs des hôpitaux généraux à la grandeur de

ces deux provinces. Cette tendance se verra progresser sur 40 ans dans la plupart des provinces canadiennes, malgré des variations en termes de chronologie et d'intensité (Sealy & Whitehead, 2004).

Jusque-là, les patients aux prises avec des troubles de santé mentale se voyaient internés dans les asiles. C'est donc grâce à ce mouvement de désinstitutionnalisation, qui arrivera par vagues successives, que cette réalité se verra changer. Ainsi, on voit peu à peu les patients intégrer les départements psychiatriques au sein d'hôpitaux généraux dans les provinces canadiennes. Cette vague sera recrudescence dans le reste du Canada, au fil des années, jusqu'à devenir la nouvelle norme en matière de soins dans le domaine de la santé mentale. En 2008, on dénombrait une diminution de 90% du nombre de lits disponibles dans les hôpitaux psychiatriques depuis 1960 (Forchuk). Bien que l'objectif premier pourrait être qualifié de bienveillant, tout n'était alors pas absolu, et de nombreux services, qui étaient préalablement acquis, se sont vus disparaître pour laisser place à un système de soins basé sur le communautarisme (Shera, Aviram, Healy, & Ramon, 2002).

« Finie » la marginalisation des patients psychiatisés, « fini » ce cycle incessant de stigmatisation; le nouveau mouvement vise la réintégration complète des patients dans leur communauté, en favorisant les services communautaires et les soins de courte durée à ceux de longue durée. On souhaitait dès lors voir les patients rejoindre les rangs des citoyens « normaux », et ce, malgré une certaine résistance de la part de la population générale qui voyait d'un mauvais œil la réinsertion sociale accompagnée de services inadéquats (Harrisson & Thifault, 2014). Néanmoins, en instaurant cette mouvance migratoire des asiles vers les hôpitaux publics et leurs services de soins de santé ambulatoires, l'objectif était d'éradiquer cette frontière entre la société et les personnes atteintes de problèmes de santé mentale. Ce dénouement pourrait ensuite participer à la sensibilisation des publics québécois et canadien, et mener à une

diminution de la discrimination et de la marginalisation portées à l'endroit des personnes malades. Le souhait était non seulement de réintégrer les patients dans leur communauté d'origine, mais aussi de guérir des maladies complexes et chroniques rapidement et définitivement. Cela ne semble toutefois pas logique, dans la mesure où on s'affaire à masquer les symptômes sans parvenir à remonter aux sources des problèmes de santé chronique. En l'occurrence, outre l'optimisme initial, ce mouvement s'est déclenché subitement, et, probablement, trop intensément (Wasow, 1986; Forchuk, 2008) pour réellement permettre aux experts de se pencher sur les besoins réels, d'évaluer les conséquences à plus long terme et de réajuster le tir. Un des facteurs essentiels à la réussite de cette nouvelle tendance en matière de soins reposait indéniablement sur le soutien familial, qui allait devenir la pièce maîtresse de la réinsertion sociale quasi complète de ces personnes qui étaient jusque-là perçues comme étant « anormales », voire « folles ».

C'est donc en 1976 que le Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort ouvre ses portes pour les consultations en clinique externe et les hospitalisations de courte durée. L'Hôpital Montfort devient conséquemment la première institution à offrir des soins de santé mentale en français pour la population linguistique minoritaire francophone de la région de l'Est de l'Ontario. On assiste dès lors à une migration des patients depuis les asiles vers les hôpitaux publics (Shera et collab., 2002).

Au fil des années, plusieurs autres rapports ont été déposés en Ontario sur les soins en matière de santé mentale afin de faire le point sur les avancées et les défis résiduels. Les rapports *Graham* (1988), *Putting People First* (1993) et *Making It Happen* (1999) prônent tous le communautarisme et l'appui familial inhérent. On cherche toujours à offrir des services ambulatoires diversifiés et à favoriser la réinsertion sociale dans la communauté. Toutefois, comme le mentionnent Harrisson et Thifault (2014, p. 106), « la volonté de désinstitutionnaliser

les patients psychiatriques et de leur offrir [...] des soins de courte durée s'appuie sur l'implication des familles et a pour conséquence d'alourdir la responsabilité de celles-ci. »

### *Les conséquences de la désinstitutionnalisation*

À en croire les lignes précédentes, la famille est non seulement nécessaire, elle est cruciale pour que le mouvement en entier réussisse. Qu'advient-t-il cependant lorsque la famille n'est pas présente? Ou lorsqu'elle est incapable, pour différents motifs, de prendre en charge le patient? Ajoutons à cela les fonds publics qui ne semblent pas suivre ce mouvement historique. Au contraire, les ressources monétaires qui étaient allouées aux asiles ne sont transférées que partiellement dans les nombreuses communautés du pays (Shera et collab., 2002; Justice et santé mentale au Québec, 2013). Que se passe-t-il dans de telles circonstances? Alors il y a les maisons de groupe, les endroits communautaires, les hôpitaux... Et parfois, certains se ramassent à la rue (Simmons, 1990). Sans compter les patients qui atterrissent dans les milieux carcéraux après un court séjour écoulé dans leur communauté (Huxter, 2012). Il est aussi crucial de mentionner que les troubles psychiatriques peuvent être imputables à l'abus et/ou à la maltraitance pendant l'enfance. La population étudiée ici – population psychiatrique – est donc plus à risque d'être issue d'un milieu familial dysfonctionnel (Verdolini et collab., 2015).

Par ailleurs, en enclenchant ce mouvement de désinstitutionnalisation, on renvoie les patients dans la communauté sans que les services nécessaires soient mis en place pour les accueillir et les aider à devenir autonomes. Les patients qui dépendent le plus de leur famille sont ceux qui sont considérés comme ayant des troubles mentaux « légers », parce qu'on réserve les services à ceux qui en ont le plus besoin. Tout-à-fait logique. Toutefois, les personnes oubliées, soit celles qui sont modérément atteintes, assez fonctionnelles, et qui sont plus ou moins entourées, deviennent rapidement vulnérables et sont donc plus à risque de devoir recourir à des

soins psychiatriques éventuels. On assiste alors à ce phénomène pouvant être dépeint comme le syndrome des portes tournantes; certains patients se voient hospitalisés continuellement, sans jamais vraiment pouvoir évader cet engrenage. Ce concept des portes tournantes est d'ailleurs bien documenté et, selon Newman (1998), il renvoie à l'incapacité du système de santé d'aller à la rencontre du patient dans sa communauté et d'offrir des services continus. Ce phénomène est également soulevé par Harrisson et Thifault alors que ces mêmes auteures s'attardent au profil de la population hospitalisée au Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort (2014).

Ainsi, un autre problème majeur de la désinstitutionnalisation consiste en l'incapacité d'assurer des soins au patient dans sa communauté (Newman, 1998). Il devient donc difficile d'offrir un suivi continu tant au patient qu'à la famille de ce dernier. Marcelo Otero aborde également ce concept dans son ouvrage *Les fous dans la cité* (2015) lorsqu'il débat de l'équilibre entre les libertés individuelles et la sécurité publique, considérant que le patient a le droit de refuser tout traitement et qu'il est ainsi possible que la société médicale perde sa trace dans un tel contexte, ce qui rend plus complexe la surveillance des patients sévèrement atteints mentalement. Il note cependant un point très intéressant, soit celui qu'il n'y a réellement pas de fous sans société pour dicter la conduite « normale » et « acceptable » de ses citoyens.

Il ajoute :

[...] le retour du fou dans la communauté, avec les changements nécessaires sur le plan de la législation qui le minorisait de manière intolérable, avait rétabli le minimum de respect juridique et d'égalité formelle que tout individu mérite dans une société de droit, mais cela ne faisait pas de lui un citoyen à part entière et ne constituait pas un soutien réel à l'autonomie sociale minimale que la société lui réclamait désormais avec insistance en lui faisant porter, parfois

cyniquement, des utopies et des idéologies communautaires qui le dépassaient.

(p. 35)

### *Argument pilier de la désinstitutionnalisation*

Le mouvement de désinstitutionnalisation a été étudié par bon nombre de professionnels, dont des historiens, des psychiatres, des sociologues et les patients eux-mêmes (Harrisson & Thifault, 2018). Ajoutons que les études faisant état des impacts de la maladie sur les autres membres de la famille sont nombreuses. On peut notamment constater cette réalité de par la lecture d'une étude de Martens et Addington portant sur le bien-être psychologique des membres de la famille d'un individu aux prises avec la schizophrénie (2001). Il est toutefois plutôt difficile d'obtenir quelque information que ce soit au sujet de l'impact de la famille (soit par son absence ou par son caractère dysfonctionnel) sur le patient lui-même et sur son parcours psychiatrique. Pourtant, le système de santé mental actuel, depuis les années 1960, repose sur le principe que la famille se doit d'être présente afin d'assurer la réinsertion des patients dans leur communauté. Nous analyserons maintenant quelques écrits sur les familles et la santé mentale.

### **La famille et la santé mentale**

« Le soutien et l'entraide par les pairs font partie des services recommandés par la Commission de la santé mentale du Canada pour l'allègement du fardeau économique et social que constitue la maladie mentale » (Briand, St-Paul, & Dubé, 2016, p. 177). Des attentes considérables sont placées sur les épaules des familles; ces dernières permettent, entre autres, d'écourter la durée des hospitalisations. Les soins dispensés par les membres de la famille, qui deviennent des experts dans le domaine par nécessité, ne sont souvent pas reconnus, puisqu'ils prennent place dans des demeures privées. Selon Harrisson et Thifault, les femmes sont les principales aidantes naturelles,

et sont donc affectées de façon disproportionnée (2014). Le fardeau est d'autant plus important lorsque la famille habite avec le proche malade (Cook et collab., 1997).

Cela dit, les familles ne sont pas toujours « aidantes ». En ce sens, les familles qui expriment plus d'émotions mènent à un risque accru de réhospitalisation et de rechute symptomatique dans les neuf mois suivants le congé de leur proche malade. L'absence de « chaleur humaine » de la part des familles est couplée à la critique, alors que la présence de « chaleur humaine » est couplée à une implication parfois excessive. Lorsque cette implication n'est pas excessive, on observe les meilleurs résultats chez les patients malades (Brown, Birley, & Wing, 1972; Vaughn, 1984). Les familles sont dites plus frustrées et déçues au commencement du parcours psychiatrique, alors que leur expertise croît avec le temps. La fratrie demeure généralement unie, bien que les sœurs figurent à titre de plus importante source de soutien (Cook, Cohler, Pickett, & Beeler, 1997).

Une étude réalisée en 2002 (Repetti, Taylor, & Seeman, 2002) s'intéressait aux familles « à risque ». Ces familles présentaient de l'abus physique, de la négligence, des conflits avec épisodes récurrents de colère et d'agressions, etc. Ces familles menaient couramment à une vulnérabilité plus grande chez les enfants. Ces derniers étaient plus à risque de présenter des troubles de comportement, de l'abus de substances et de la promiscuité sexuelle.

Poursuivons avec l'apport récent de Sandra Harrisson, infirmière de formation, qui s'est intéressée à l'effet de la chronicisation de la maladie mentale sur la famille. Une étude socio-historique sur le contenu de trente dossiers médicaux provenant des archives du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort lui a permis de tirer plusieurs conclusions pertinentes. D'abord, elle mentionne que « tous les milieux familiaux ne sont pas adaptés pour prendre soin des personnes atteintes de maladie mentale. » (Harrisson, 2016b, p. 46). En effet, 90% des dossiers étudiés présentaient des problèmes de nature conjugale ou familiale. La famille demeure tout de

même, selon l'auteure, la structure centrale, bien qu'informelle, du système communautaire. Comment un système de soins étatique peut-il si béatement faire abstraction de ces contradictions? Harrisson soutient enfin que la littérature scientifique s'est principalement intéressée aux périodes pré-asilaire et asilaire. Il incombe donc de s'attarder dorénavant à la période post-désinstitutionnalisation psychiatrique.

Nérée St-Amand (2000) s'est également intéressé aux familles dites « instables », « dégénérées », « à problèmes multiples » et « dysfonctionnelles ». Toutes ces appellations renvoient aux familles où des lacunes en termes de solidarité et de cohésion sont observées dû aux inaptitudes ou à l'incompétence des membres de la famille. Enfin, Otero (2015) se penche sur l'impact de la maladie mentale sur la famille et l'impact prétendu ou appréhendé de la famille sur le patient. Il ne mentionne toutefois pas la relation décrivant l'impact de la famille sur la maladie mentale ou sur le parcours psychiatrique.

## **Conclusion**

Lors de la recension des écrits sur le sujet, il a été possible de constater l'effervescence grandissante pour ce milieu de recherche. La plupart des études ayant été complétées entre les années 1970 et 1990, il y a néanmoins beaucoup de connaissances potentielles à acquérir sur les impacts à long terme de la désinstitutionnalisation. Et, malgré l'importance évidente de la famille pour la réussite de ce mouvement, peu d'études ont cherché à comprendre l'impact des familles sur les parcours psychiatriques ou encore à démontrer les implications d'un parcours psychiatrique sur plusieurs décennies. Il y a donc là un sujet fort intéressant et novateur.

En dépit de ce nouvel engouement social pour la maladie mentale et les nombreuses initiatives ayant été mises en place afin de venir en aide aux gens aux prises avec un trouble de

santé mentale, peu de projets de recherche ont tenté de s'attarder à l'expérience concrète vécue par les patients.

Ainsi, la présente thèse se penche sur l'expérience vécue par un patient au cours de son parcours psychiatrique qui s'est déroulé à l'Hôpital Montfort de 1983 à 2007. En se référant aux notes ajoutées à son dossier médical par les différents intervenants, il sera possible d'entrouvrir, bien qu'un peu, et selon une perspective unique, mais ô combien importante, une fenêtre sur les allées et venues du patient au Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort. Plusieurs détails concernant les soins, la médication, le comportement et les contextes familial et social ont été dépeints par le personnel soignant. Cette thèse vise à décrire ce parcours sinueux du point de vue des infirmières et des autres professionnels de la santé engagés auprès de ce patient.

Le contexte linguistique minoritaire des patients francophones de la région d'Ottawa rend cette étude d'autant plus pertinente, puisque l'on peut croire que les défis auxquels cette population cible doit faire face sont plus nombreux en matière d'accessibilité aux soins. De plus, si l'on considère que ces patients sont, plus souvent qu'autrement, et dû à leur fonctionnement limité, vulnérables, alors être bien compris par ses proches ainsi que par le personnel soignant devient soudainement encore plus crucial et pressant. Dans un tel contexte, la question de la langue devient extrêmement importante, voire indispensable (Traisnel & Forgues, 2009).

Le patient dont il sera question ici présente une réalité familiale intéressante, complexe même. Cette situation s'inscrit dans un système comportant des failles et poussant certains patients à être laissés à eux-mêmes. Il sera pertinent d'observer le développement du parcours psychiatrique du patient en parallèle avec les avancées et la progression du mouvement de désinstitutionnalisation.

En considérant tous les facteurs précédents, il devient évident que la population étudiée ici demeure marginalisée. Les patients doivent également faire face à une double stigmatisation,

puisque'ils sont malades, vulnérables, parfois mal entourés, et qu'ils vivent en contexte linguistique minoritaire. Il incombe donc de donner à ces individus ostracisés la parole afin que ceux-ci puissent s'exprimer et partager les réalités vécues ainsi que les défis auxquels ils sont confrontés quotidiennement.

Par ailleurs, ce projet de recherche permettra d'exploiter la banque de dossiers médicaux de l'Hôpital Montfort. Cette banque, nouvellement dépouillée et riche en information constitue un trésor brut pour la recherche. Dans le même ordre d'idées, la lecture intensive et analytique des dossiers médicaux permettra de laisser un portrait des services offerts et de leur utilisation par la population cible (Harrisson, Bruyninx, Maccordick, & Tessier, 2015).

Puisqu'il s'agit d'un seul cas, et donc d'une perspective unique, alors la variabilité externe de l'étude sera très faible, voire inexistante. Toutefois, bien que cela pose des limites à la généralisation, ce cas permettra d'illustrer un parcours et de démontrer la complexité et l'unicité de chaque cas existant en matière de santé mentale. Il arrive fréquemment que les études de masse soient préférées aux études axées sur les expériences individuelles et la qualité des soins; en effet, les études quantitatives incorporent généralement des échantillons plus larges, ce qui les rend, par le fait même, plus facilement généralisables. Pourtant, les discussions qualitatives sont tout aussi essentielles, puisqu'un système doit s'assurer d'inclure des procédures qui prennent en considération les besoins de toutes les personnes affectées, et ce, principalement lorsque ces personnes sont dites vulnérables (Shallice et collab., 1991).

Cette thèse se verra donc devenir un apport au ralliement des voix des acteurs et des entités qui se mobilisent afin d'assurer aux personnes aux prises avec des troubles de santé mentale les droits qui leur reviennent. En bref, il semble pertinent de s'attarder aux défis inhérents à un système parfois peu inclusif. À cet effet, il sera judicieux d'observer le parcours d'un patient atteint d'une maladie mentale sévère et chronique et dont les limitations

fonctionnelles sont réelles, et ce, alors que les retombées du contexte familial demeurent paradoxales. Considérant que la désinstitutionnalisation s'appuie sur les familles pour la prise en charge des patients vulnérables, dépendants et fonctionnellement limités, à quoi peut-on s'attendre lorsque les conditions essentielles au bien-être du patient et de son entourage sont absentes, voire même obstructives? Ce sont là les pistes qui porteront ce projet de thèse.

## **TROISIÈME CHAPITRE CADRE CONCEPTUEL DE L'ÉTUDE**

*Cette manie de qualifier de fous  
ceux que l'on ne comprend pas!  
Quelle paresse mentale!  
Amélie Nothomb,  
Cosmétique de l'ennemi*

Le cadre conceptuel de cette étude sera le parcours de vie, plus particulièrement le parcours de vie psychiatrique couplé à une approche socio-historique. Ces deux concepts ont été exploités par Silvia Valentina Moya (2018) pour son étude portant sur l'espace relationnel occupé par les infirmières au sein de l'équipe multidisciplinaire. Bien que le dossier médical analysé était différent de celui dépouillé lors de la présente étude, le projet avait accès à la même base de données et les dossiers provenaient du même centre d'archives. Ce cadre conceptuel semble également tout avoué pour guider notre étude.

### **Approche socio-historique descriptive**

L'approche socio-historique permet de retracer l'information en fonction du temps et dans son contexte. Pour illustrer le tout, il s'agit d'observer les phénomènes avec des lunettes de l'époque lors de laquelle ces phénomènes sont survenus. En ce sens, « la socio-histoire se focalise sur l'étude du passé dans le présent et sur l'analyse des relations à distance qui lient entre eux un nombre sans cesse croissant d'individus » (Hamman, 2006, p. 2). Quelques chercheuses ayant exploité les archives de Montfort ont employé cette approche, dont Sandra Harrisson (2016b, 2017), Silvia Valentina Moya (2018) et Marie-Claude Thifault (2016, 2018).

## **Parcours de vie**

Le parcours de vie est une approche née en Occident tout récemment, soit lors du vingtième siècle (Gherghel & Saint-Jacques, 2013), et sert à « l'étude multidisciplinaire et interdisciplinaire du déroulement des vies individuelles » (deMontigny & deMontigny, 2014, p. 2). Cette approche est employée par une panoplie de disciplines, dont les sciences sociales, les sciences de l'éducation et les sciences de la santé (deMontigny & deMontigny, 2014).

Les trajectoires et transitions sont les questions centrales de ce concept, et incluent notamment les trajectoires et transitions familiales. Le facteur temporel se situe également au cœur de l'approche, alors que le développement individuel tente d'être compris dans ses contextes social, culturel et socio-historique. Il est bien établi que le développement et les trajectoires sont façonnés par les institutions sociales (Gherghel & Saint-Jacques, 2013).

## **Cette approche employée antérieurement**

Plusieurs études se sont d'ailleurs basées sur la méthode des parcours de vie couplée à l'approche socio-historique. On peut penser à Thifault, qui a elle-même dirigé plusieurs projets de recherche portant sur les archives de l'Hôpital Montfort. Elle présente d'ailleurs, dans *La fin de l'asile?* (2018), le parcours de vie d'une patiente psychiatisée dans le but de rendre compte de la déhospitalisation psychiatrique. L'étude de cas, qui s'étend de 1979 à 1999, s'appuie sur la « méthode microhistorienne » (p. 191). Il y a également Harrisson (2016b), qui s'est penchée sur la chronicisation de la maladie mentale. Elle a étudié trente dossiers médicaux sous l'approche socio-historique, afin de documenter les répercussions sur les familles et le réseau hospitalier. Cette approche découle d'ailleurs de celle employée par des études portant sur les archives de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu (Thifault, 2015, 2016; Perreault & Thifault, 2017).

### **Cette approche dans le cadre de la présente étude**

Cette approche permettra conséquemment de relater les trajectoires et transitions cliniques et sociales du patient en question, et ce, tout au long de son suivi psychiatrique, en plus de rendre possible le constat des influences des institutions environnantes et des politiques de santé sur le développement clinico-social du patient.

En effet, « baser les décisions publiques sur des données empiriques étudiées à travers le temps, la durée et l'espace » demeure la clé pour l'instauration de politiques de santé mentale efficaces (Gaudet, Burlone, & Lévesque, 2013, p. 5). À cet effet, l'historienne Marie-Claude Thifault mentionne que « les parcours de vie en tant que paradigme multidisciplinaire appréhendé par la discipline historique permettent l'analyse longitudinale d'une dynamique individuelle marquée par une trajectoire complexe consécutive à des troubles psychiques persistants. » (2018, p. 199). Elle ajoute que « le parcours psychiatrique transinstitutionnel d'une [personne] atteinte de troubles schizo-affectifs, choisie aléatoirement parmi un échantillon de 15 000 admissions de 1976 à 2006, offre une piste d'analyse inédite. » (p. 190-191)

Aussi, cette méthode a « la capacité de faire le lien entre le passé et le présent » et permet de « porter un regard critique sur le cours des événements qui ont mené à certaines décisions politiques » (Harrisson, 2016b, p. 43). Enfin, selon cette même chercheuse, cette approche nous éclaire sur les défis inhérents à la déshospitalisation et au communautarisme psychiatrique.

### **Banque d'archives de l'Hôpital Montfort**

Comme nous le verrons lors du prochain chapitre, les données recueillies à des fins d'analyse proviendront, entre autres, du dossier médical d'un patient. Ce dossier provient quant à lui de la banque d'archives de l'Hôpital Montfort, et il s'étend de 1983 à 2007, soit sur une période de 24 ans. L'accès à un tel dossier permet de recueillir des données précises dans le temps, ainsi que

des données de nature longitudinale. Un article récent présenté sur le site internet de la revue scientifique *Érudit* développe d'ailleurs sur l'importance et l'apport incontestable des banques de données médico-administratives. L'auteur, Marc Corbière, avance que « ces banques de données peuvent (...) faciliter le développement de questions et hypothèses de recherche à postériori dont la vérification serait difficile, voire impossible, par l'usage de méthodes de recherche conventionnelles. » (2019, para. 1) Il ajoute également:

[...] de nature longitudinale, ces banques de données systématiques offrent une surveillance sans égale, étayée par un recul temporel important (plusieurs décennies parfois) pour mieux saisir l'évolution des maladies dans un territoire circonscrit ainsi que la trajectoire des patients dans l'utilisation des services en santé (para. 2).

## **Conclusion**

En bref, l'amalgame du cadre conceptuel du parcours de vie et de l'approche socio-historique semble tout indiqué pour la description d'évènements, de trajectoires et de transitions qui se sont déroulés sur près de 24 ans. Le prochain chapitre aura pour but de décrire plus en profondeur la méthodologie de l'étude.

## QUATRIÈME CHAPITRE MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

*L'abondance de paroles inutiles est un  
symptôme certain d'infériorité mentale.  
Gustave Le Bon,  
Hier et demain : pensées brèves*

L'étude actuelle sera d'ordre mixte. Les données secondaires d'une première base de données informatisée conçue à partir de toutes les admissions seront analysées et mèneront à une exploration quantitative des caractéristiques démographiques de la population psychiatrique de l'Hôpital Montfort. Ces données secondaires découlent de la programmation de recherche « Déshospitalisation psychiatrique et accès aux services de santé mentale. Regards croisés Ontario-Qc, 1950-2012 », financée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et menée par Marie-Claude Thifault et Isabelle Perreault entre 2013 et 2015. L'étude de cas ensuivie permettra de décrire et d'expliquer plus en profondeur le phénomène observé dans son contexte (Gagnon, 2012). La portion qualitative sera couplée à une approche socio-historique et prendra la forme d'un parcours de vie psychiatrique. L'apport des résultats d'autres études menées à partir de la même banque d'archives permettra une triangulation des outils de cueillette et rendra possible, par le fait même, l'extrapolation des découvertes analytiques majeures. Avant d'aborder le devis, nous nous focaliserons sur la base de données informatisée. Pour finir, les considérations éthiques seront discutées.

### **L'Hôpital Montfort et la création d'une base de données informatisée**

En 1976, un Département de psychiatrie ouvre ses portes à l'Hôpital Montfort, suite à l'ouverture d'une clinique externe en 1973. La communauté francophone de la capitale nationale peut être desservie en français pour la toute première fois en ce qui a trait à la santé mentale. Cet

établissement s'engage à respecter l'approche multidisciplinaire et, ainsi, à offrir différents services communautaires dont l'ergothérapie, la psychiatrie, la psychologie, le service social, les soins infirmiers et la récréologie. Jusqu'à tout récemment, les dossiers médicaux de cet hôpital étaient conservés en format papiers et en microfiches. En 2015, un projet de recherche (Harrison et collab.) est mené dans le but d'enquêter sur la déshospitalisation psychiatrique engendrée lors de la désinstitutionnalisation. Une base de données a été créée dans un premier temps à partir des registres d'admission du Département de psychiatrie produits entre 1976 et 2006 (à noter que les années renvoient respectivement à l'ouverture du Département de psychiatrie et à l'instauration des Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS)). Dans un deuxième temps, les notes infirmières et les résumés de sortie de nombreux dossiers médicaux sont photo-numérisés, puis, par souci de confidentialité, dénominalisés. Ils sont enfin liés à la base de données préalablement complétée. Il faut mentionner qu'une première partie de l'étude tire ses résultats des registres d'admission. La seconde partie se penche sur les notes infirmières, les résumés de sortie et les autres documents présents au sein du dossier médical d'un patient schizophrène choisi.

Les documents choisis servent à illustrer les « parcours obligés » (p. 413) et incluent les rapports d'admission, les dossiers cliniques, les résumés de sortie, les notes d'observation et les évaluations de l'infirmière, les formulaires concernant les transferts et les suivis de la clinique externe, etc. Une panoplie d'information peut être recueillie, dont « l'état psychique et émotionnel des patients, les interventions infirmières, la préparation au congé définitif, les relations avec les membres de la famille, etc. » (p. 414) De plus, la base de données réalisée à l'aide du logiciel *FileMaker* renseigne sur les caractéristiques suivantes : « l'âge et le sexe des patients, le nombre d'admissions en psychiatrie, la durée de leurs séjours, les médecins traitant et consultant, les codes de diagnostics, les procédures et, dans certaines occasions, l'endroit de

départ lors de leur congé » (p. 416). Par ailleurs, cette base de données comprend les dossiers médicaux de 7 535 patients, ce qui représente plus de 15 000 admissions. Parmi celles-ci, 216 dossiers sont choisis, sur une base quinquennale, soit 20% des dossiers colligeant un minimum de trois hospitalisations, et ce, afin d'obtenir des données sur les crises aiguës et chroniques. Ces dossiers permettront « de comprendre, entre autres, le processus de transition des patients entre le milieu hospitalier et communautaire, et ce, dans un contexte de minorité linguistique. » (p. 420)

### **Devis de recherche**

Le devis de recherche pour cette étude est de nature mixte, puisque, d'une part, l'objectif réside dans la collection d'informations visant la reconstitution des trajectoires et transitions du d'un patient (qualitatif). D'autre part, une évaluation globale statistique (quantitative) de la population psychiatrique sera complétée afin de mieux comprendre le contexte holistique du programme psychiatrique et de mieux situer le patient au sein du système de soins.

La première partie consistera en l'analyse des données démographiques concernant les patients psychiatriques hospitalisés à l'Hôpital Montfort de 1976 à 2006. Les données seront présentées à l'aide de tableaux et de graphiques afin d'illustrer les tendances majeures. Le programme Excel sera employé lors de cette étape. Les informations tirées des registres d'admission colligées dans la bases de données renvoient au genre, à l'âge, au diagnostic ainsi qu'au nombre total de visites. Il sera ainsi possible de comparer le nombre d'admissions en fonction de l'âge et du sexe. La seconde comparaison entre hommes et femmes consistera en le nombre de nouveaux diagnostics de schizophrénie en fonction de l'âge. Ces données nous permettront de corroborer ou non les données provenant de la littérature en matière d'incidence de la maladie. Finalement, une dernière comparaison aura lieu entre la population psychiatrique générale et la population schizophrène par rapport au nombre d'hospitalisations. Afin de vérifier

la signification statistique, le test  $t$  unilatéral à deux échantillons pour des moyennes indépendantes sera complété. L'intervalle de confiance pour ces tests sera de 95%; ainsi, les valeurs de  $p$  devront être inférieures à 0,05 afin que les résultats soient considérés statistiquement significatifs.

D'autres données seront également exposées à des fins d'observation. Des tendances pourront être dépeintes sans toutefois être testées statistiquement puisqu'elles n'auront pour but que de faire état de l'expérience de l'Hôpital Montfort (prévalence de certains diagnostics et nombre de visites en fonction de l'âge). Ces données statistiques viendront se juxtaposer à la littérature existante, contribueront à l'avancement des connaissances et mettront la table, espérons-le, pour les nombreuses études qui porteront sur les archives de l'Hôpital Montfort.

La seconde partie (paradigme positiviste) permettra d'illustrer le parcours psychiatrique à l'aide de lignes du temps. Les programmes Excel, Palladio et Vizzlo seront employés pour cette étape. Il sera donc possible de voir, grâce à une étude de cas, ce qu'implique un diagnostic en santé mentale tant sur le plan temporel qu'interpersonnel. Cette étape servira également à annoter et interpréter les dynamiques familiales observées tout au long du dossier. Certains passages seront repris et épurés afin de rendre compte de l'impact de ces relations familiales sur le parcours psychiatrique du patient en question. D'ailleurs, selon Harrisson, Bruyninx, Maccordick et Tessier (2015, P.414), l'étude de ces dossiers favorisera la « construction rationnelle des expériences médicales et des événements du passé. » Conséquemment, « les dossiers des patients permett[ront] d'élucider la relation entre les hôpitaux et la société en général et ouvr[iront] une fenêtre sur l'ensemble de la condition de la vie sociale des individus. » Puisque le dossier médical du patient sera décrit au fil des interventions et des années, il s'agira d'une étude qualitative, socio-historique, empirique et subjectiviste selon Marie LeBel et Frédérique Dallaire-Blais (2016).

Selon Sandra Harrisson (2016a), les dossiers médicaux nous instruisent sur l'histoire de la médecine. De surcroît, ces dossiers sont indispensables à la compréhension de la médecine et de ses pratiques et discours. Aussi, selon Thifault, Lebel, Perreault et Desmeules (2012), une perspective socio-historique des troubles psychiques est essentielle puisqu'un Canadien sur neuf ayant été hospitalisé pour cause de santé mentale sera réhospitalisé en moins d'un mois.

Ces deux sections seront par le fait même complémentaires et donneront un aperçu du vécu des patients psychiatisés.

### **Choix du dossier**

L'échantillonnage qui a mené au choix du dossier médical était de nature non-probabiliste et reposait sur le principe de trouvaille accidentelle. Les critères d'inclusion étaient au nombre de trois : patient affligé d'un trouble mental sévère, chronicité du traitement et traces sociales et familiales suffisantes. Le dossier, bien qu'accédé aléatoirement dans le cadre d'un projet d'initiation à la recherche lors de l'été 2016, a été choisi comme dossier pilier pour la mise en place de la présente étude pour plusieurs raisons. D'abord, le dossier relate d'évènements et de suivis cliniques existant sur une période de 24 ans. L'accès à une tranche de vie si étendue permet d'évaluer les transitions et trajectoires du patient et de mieux comprendre son évolution clinico-sociale. Ensuite, les différentes problématiques cliniques et sociales notées au dossier offrent des perspectives uniques et expérientielles inestimables en matière de soins et de services de santé mentale.

### **Approche interdisciplinaire**

L'apport de certaines statistiques réalisées à l'aide de données répertoriées dans la base de données enrichit l'étude du dossier; cela permet de contextualiser ce dernier par l'apport d'une

tierce perspective. La compréhension ainsi faite du dossier médical s'en voit plus clairement établie et il devient plus simple d'observer les caractéristiques élémentaires d'un parcours psychiatrique de façon holistique. Au surplus, l'apport précieux des divers professionnels de la santé au dossier médical du patient contribue à l'interdisciplinarité de cette étude.

## **Collecte des données**

### *Partie 1*

Le logiciel *FileMaker* a été employé pour la récolte des données démographiques. Ce logiciel a été choisi dans le but de cataloguer les registres d'admission numérisés par l'équipe de recherche formée en 2015 (Harrisson et collab.). Chaque patient présente une fiche descriptive par hospitalisation dans les registres d'admission. Ces fiches sommaires ont été consultées pour comptabiliser les données, déterminer les pourcentages et décrire les tendances. Ces données ont été insérées dans le programme Excel afin d'obtenir des graphiques explicatifs.

### *Partie 2*

Les données de la partie qualitative du projet de recherche ont été amassées par le biais du dossier médical du patient choisi, dossier présentant plusieurs centaines de pages. Parmi celles-ci, 136 avaient été préalablement numérisées. Les documents insérés dans ce dossier ont été lus et analysés, et les informations pertinentes en lien avec les parcours clinique et social du patient ont été colligées. Entre autres, les notes prises lors des hospitalisations et des suivis en clinique externe ont été dépouillées. Par ailleurs, plusieurs autres rapports (de sortie, de police et autres) ont permis d'illustrer les allées et venues du patient au sein du système de soins de santé mentale et d'autres institutions sociales.

## **Instruments**

Afin d'obtenir les données statistiques depuis le logiciel *FileMaker*, il était crucial de comprendre le langage des codes employés pour les diagnostics – par exemple, le code 2956 inscrit dans les fiches descriptives sommaires fait référence au trouble schizophrénique résiduel. Pour démystifier les nombres référant aux différents troubles psychiatriques et dans le but d'assurer une uniformisation du codage des nombreux diagnostics présentés par le logiciel, différents ouvrages de référence ont été consultés. Les DSM-III et III-R, DSM-IV et IV-TR (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) ainsi que les CIM-9 et CIM-10 (Classification internationale des maladies) ont entre autres été feuilletés. Les divergences étaient négligeables, et les codes répertoriés par le logiciel comportaient tous les mêmes définitions à quelques petites différences près (ex. remaniement des symptômes et/ou sous-types de maladies). Il est donc possible de généraliser les définitions de ces différents ouvrages pour chaque diagnostic recherché dans le cadre de cette étude. À noter que les diagnostics posés et insérés dans les dossiers médicaux changeaient dans le temps. Tous les diagnostics posés ont été considérés pour l'étude du patient dont il sera question tout au long de cette thèse.

Les programmes Excel, Vizzlo et Palladio ont été employés pour la présentation des données ainsi que pour la configuration des graphiques et des lignes du temps. Le programme Palladio a été développé par des étudiants de l'Université de Stanford dans le but d'offrir un outil capable de mettre en relation et de schématiser les données de temps recueillies dans le cadre d'un projet de recherche (Stanford University Students, n.d.).

## **Considérations éthiques**

Ce projet se devait de respecter la « loi sur la protection des renseignements personnels » (Harrison et collab., 2015, p. 415). Les données dénominalisées étaient conservées sur un disque

dur crypté et verrouillé en tout temps. Les numéros de dossier, les noms des patients ainsi que les noms des professionnels de la santé ne peuvent donc pas être dévoilés dans le cadre de l'entente conclue avec l'équipe des archives de l'Hôpital Montfort.

Afin de pouvoir consulter les dossiers médicaux, les comités d'éthique de l'Hôpital Montfort et de l'Université d'Ottawa devaient donner leur autorisation. Le formulaire d'« engagement de confidentialité » a été signé à l'été 2016 (préalable au stage d'initiation à la recherche). Il a été renouvelé et est toujours valide. Plus de renseignements concernant la banque de dossiers médicaux et les règlements de confidentialité peuvent être trouvés dans les notes de recherche des auteurs ayant procédé à la photo-numérisation (Harrisson et collab., 2015). Aucune autre autorisation ne devait être octroyée pour la rédaction d'une thèse de maîtrise portant sur les archives médicales, puisque la présente thèse ne repose que sur l'analyse de données secondaires.

## **Conclusion**

Nous nous pencherons dorénavant sur les résultats de l'étude ainsi que sur la présentation des données obtenues par l'entremise de la base de données, cataloguée à l'aide du logiciel *FileMaker*, et du dossier médical du patient choisi. Les deux parties de l'étude seront présentées et tenteront de faire état des circonstances transitoires ainsi que des trajectoires clinico-sociales d'un patient psychiatisé sur une période de 24 ans.

## CINQUIÈME CHAPITRE RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

*This disease comes with a package: shame.  
When any other part of your body gets sick,  
you get sympathy.*  
Ruby Wax

*Schizophrenia beats dining alone.*  
Oscar Levant

Le présent chapitre a pour but de faire état des données recueillies à l'aide du logiciel *FileMaker* et des différents documents regroupés dans le dossier médical du patient choisi. Les résultats seront présentés en deux sections principales. Ces deux sections enrichissent les résultats respectifs de chaque partie, puisque leur complémentarité permet de contextualiser la situation du patient schizophrène dont le dossier médical a été lu et analysé. En ce sens, la première partie se penche sur la population générale et vise à faire état du portrait global du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort entre les années 1976 et 2006 inclusivement. Ces données nous permettent de situer le pourcentage que représente la population schizophrène de ce même Département tout en décrivant le contexte dans lequel s'inscrit le parcours du patient qui nous intéresse. Les données ayant été recueillies sont donc en mesure de dresser un portrait de la population hospitalisée au Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort en plus de référer à l'unicité expérientielle d'un patient au parcours sinueux. La seconde partie repose pour sa part sur le parcours clinico-social unique d'un patient schizophrène choisi. Cette section se base sur l'apport de divers documents, dont les observations infirmières, les évaluations des psychiatres et les commentaires des autres professionnels de la santé ayant contribué au parcours de ce même patient.

Considérant l'importante quantité d'information présente dans le dossier médical, certaines entrées n'ont pas été retenues pour l'étude. Cependant, par souci de ne pas « choisir » certains éléments au détriment d'autres données et, donc, d'interpréter de façon juste, tout le dossier a été lu. De plus, les éléments retenus pour l'analyse du dossier l'ont été en fonction de leur importance centrale (squelette du suivi global; ex. nombre d'hospitalisations, nombre de rencontres en clinique externe), des faits saillants (élément ayant un impact sur le parcours subséquent du patient; ex. démêlées judiciaires, problèmes de consommation) et du caractère nouveau (incident nouveau; ex. nouvel emploi, nouveau domicile). Par ailleurs, aucune donnée marquante n'a été laissée de côté. Ainsi, ce qui est présenté dans ce chapitre représente de façon authentique le parcours du patient dans son ensemble en fonction du dossier analysé et des documents mis à disposition à des fins de recherche.

Nous verrons d'abord le contexte global du programme psychiatrique de Montfort. Nous nous pencherons ensuite sur le parcours psychiatrique et social du patient. Les données de la première section proviennent des registres d'admission de la base de données colligées à partir du logiciel *FileMaker*; pour la seconde partie, les données proviennent de formulaires d'évolution psychiatrique en clinique externe, de registres d'admission au sein du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort, d'observations infirmières répertoriées lors des hospitalisations, et de plusieurs autres documents cliniques, judiciaires et sociaux (domiciliaires) faisant état de la situation globale du patient et ayant été colligés dans le dossier médical de celui-ci. Enfin, nous terminerons avec la présentation d'autres phénomènes notables observés lors de la cueillette des données. Sans plus tarder, penchons-nous sur la première section du présent chapitre.

## **1. Contexte démographique global du Programme de santé mentale de l'Hôpital Montfort**

L'objectif de cette première section réside dans l'établissement du portrait de la population globale du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort entre 1976 et 2006. Les données présentées ici permettront de mieux situer le parcours du patient choisi qui sera décrit dans la deuxième section. Cette section mène à une compréhension holistique du contexte psychiatrique et, donc, à une meilleure interprétation des résultats obtenus. En ce sens, plusieurs données seront présentées. Nous analyserons, entre autres, les différences entre les sexes, le nombre d'admissions et les diagnostics.

Qui plus est, les données globales tirées des registres d'admission du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort peuvent être érigées à l'aide du programme informatique *FileMaker*, dans lequel une fiche descriptive (âge, année, sexe, nombre d'admissions, durée totale des séjours, diagnostics posés) existe pour chacune des admissions. Ces dernières, saisies entre 1976 et 2006, sont au nombre de 15 000, alors qu'elles englobent 7 535 patients. En ce sens, un calcul simple de moyenne nous permet d'établir que ces chiffres représentent un peu moins de deux admissions par patient. Cette estimation demeure toutefois âprement fausse, considérant que le patient ayant été admis le plus souvent au Département, l'a été à 54 reprises, ce qui représente une durée totale de 891 jours, soit 2,45 années (arrondi aux centièmes près). Ainsi, plusieurs patients n'ont été admis qu'une seule fois, alors qu'une plus faible portion a été admise à de nombreuses reprises. Il demeure néanmoins vrai que la moyenne, bien qu'elle ne fasse pas état de la réalité illustrée précédemment, est de 1,99 admission par patient.

Les tableaux et graphiques qui suivront mettent les bases en matière de comparaison entre la population psychiatrique générale et la population schizophrène de Montfort. Les données seront présentées dans cet ordre (général/schizophrène) afin de faciliter cette comparaison.

## 1.1 Différence entre les sexes

D'abord, nous nous attarderons au ratio existant entre les sexes. Le premier tableau (1) a pu être dressé à la suite de l'analyse des données répertoriées dans le logiciel *FileMaker*, tout comme les autres tableaux qui seront présentés dans ce chapitre.

Ce tableau (1) démontre une prévalence plus importante de femmes au Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort pour les admissions survenues entre 1976 et 2006 inclusivement. La différence est relativement significative, puisque le nombre de femmes est supérieur de 13,42% à celui des hommes. Rappelons que la population totale admise au Département pour cette tranche de trente ans (1976 à 2006) était de **7 535** patients.

**Données démographiques de sexe**

| Genre       | Hommes | Femmes |
|-------------|--------|--------|
| Quantité    | 3 262  | 4 273  |
| Pourcentage | 43,29% | 56,71% |

**Tableau 1. Données démographiques de sexe**

## 1.2 Nombre d'admissions au Département de psychiatrie de Montfort

Ce deuxième tableau (2) rend compte de la répartition des patients en fonction du nombre d'admissions au Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort. Selon les données recueillies, on peut déterminer que 66,91% de la population générale a été admise au Département à une seule reprise (5 042 patients).

**Répartition du nombre d'hospitalisations  
au sein de la population psychiatrique**

| Nombre de séjours           | Nombre de patients<br>admis (moyenne) |
|-----------------------------|---------------------------------------|
| 1                           | 5042                                  |
| 2                           | 1145                                  |
| 3                           | 513                                   |
| 4                           | 247                                   |
| 5                           | 150                                   |
| 6                           | 100                                   |
| 7                           | 78                                    |
| 8                           | 53                                    |
| 9                           | 33                                    |
| [10, 15[                    | 112 (22,4)                            |
| [15, 20[                    | 34 (6,8)                              |
| [20, 25[                    | 15 (3)                                |
| [25, 30[                    | 7 (1,4)                               |
| [30, 35[                    | 1 (0,2)                               |
| [35, 40[                    | 1 (0,2)                               |
| [40, 45[                    | 1 (0,2)                               |
| [45, 50[                    | 2 (0,4)                               |
| [50, 55[                    | 1 (0,2)                               |
| [55, 70]                    | 0 (0)                                 |
| Total d'admissions : 15 000 |                                       |

**Tableau 2. Répartition du nombre d'hospitalisations**

Ce tableau renvoie au nombre de séjours. Ces données permettent de déterminer le fardeau en temps pour les patients aux prises avec des troubles de santé chroniques, et de faire état d'une problématique bien répertoriée dans la littérature scientifique, soit le syndrome des portes tournantes. Ce syndrome décrit le retour incessant au Département de plusieurs patients qui sont dépendants des institutions sociales et de santé. La répartition du nombre d'hospitalisations mène d'ailleurs à une illustration des allées et venues des patients au sein du système de soins. Il est

ainsi possible d’observer la tendance en matière du nombre de visites au sein de la population psychiatrique totale de l’Hôpital Montfort. Les catégories de patients ayant eu recours à un nombre de visite(s) compris entre un et neuf inclusivement sont notées individuellement. Cela a été fait dans le but de contextualiser le patient X qui a été admis à huit reprises au Département. Les entrées suivantes sont amalgamées dans des classes comprenant cinq données chacune. Elles ont donc été additionnées; les moyennes – une par classe – de ces données sont insérées entre parenthèses. Les patients ayant eu recours à plus d’une admission représentent 33,09%. On peut également observer une tendance descendante à l’aide des données présentées.

### 1.3 Nombre d’admissions pour les patients schizophrènes

Le prochain tableau (3) comptabilise le même type de données que le tableau précédent. La différence ici est la population étudiée, population qui est composée des patients schizophrènes ayant reçu un diagnostic codé 295. Cette population est au nombre de 868 patients. Ces 868 patients font partie de la population totale du Département qui compte 7 535 patients. Ainsi, près de 11,6% de la population globale du Département a reçu un diagnostic de schizophrénie au cours de son parcours psychiatrique.

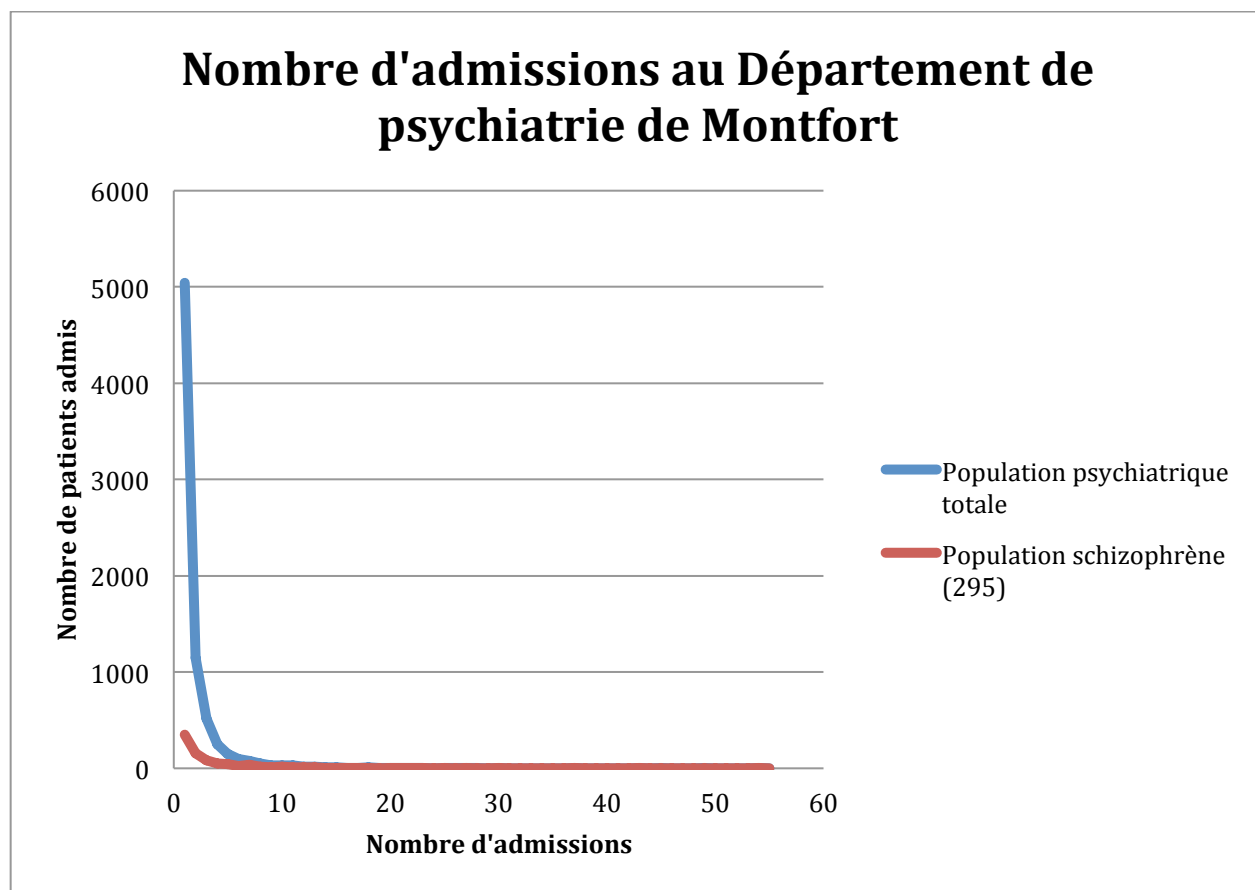
**Nombre d’admissions pour les patients schizophrènes**

| Nombre d’admissions | Nombre de patients<br>(moyenne) |
|---------------------|---------------------------------|
| 1                   | 347                             |
| 2                   | 159                             |
| 3                   | 82                              |
| 4                   | 52                              |
| 5                   | 43                              |
| 6                   | 22                              |
| 7                   | 39                              |

|          |           |
|----------|-----------|
| 8        | 18        |
| 9        | 12        |
| [10, 15[ | 56 (11,2) |
| [15, 20[ | 19 (3,8)  |
| [20, 25[ | 11 (2,2)  |
| [25, 30[ | 4 (0,8)   |
| [30, 35[ | 1 (0,2)   |
| [35, 40[ | 1 (0,2)   |
| [40, 45[ | 1 (0,2)   |
| [45, 50[ | 0 (0,2)   |
| [50, 55[ | 1 (0,2)   |
| [55, +∞[ | 0 (0)     |

**Tableau 3. Nombre d'admissions pour les patients schizophrènes**

Le graphique suivant (Figure 1) nous permet d'illustrer les tendances observées dans le tableau précédent; il contient toutes les valeurs individuelles répertoriées (les classes et moyennes n'y sont pas présentées). Un test  $t$  unilatéral à deux échantillons a été réalisé afin de déterminer si les différences observées entre les deux populations étaient statistiquement significatives. Selon ce test, la valeur de  $t$  calculée est de 1,29019 alors que la valeur de  $p$  est de 0,099869. Puisque cette dernière est plus élevée que 0,05, alors les données ne figurent pas dans l'intervalle de confiance et ne sont donc pas significatives statistiquement. Conséquemment, les différences entre les deux populations (générale et schizophrène) ne peuvent être perçues comme étant révélatrices de quelconques tendances. Cependant, les droites du prochain graphique sont clairement toutes deux descendantes. On peut donc dresser une tendance similaire globale pour ces deux populations.



**Figure 1. Nombre d'admissions au Département de psychiatrie de Montfort**

Selon les données exposées, 174 patients ont été hospitalisés à 10 reprises ou plus. Bien qu'une grande majorité (~66,91%) n'a séjourné au Département qu'une seule fois, 2 493 patients ont été hospitalisés à plus d'une reprise. Ces nombres démontrent bien la réalité du syndrome des portes tournantes qui accable certains. La population schizophrène, quant à elle, compte 94 patients ayant été hospitalisés 10 fois ou plus et 347 (près de 40%) ayant été hospitalisés à une seule reprise. Ce pourcentage est moindre que le précédent établi pour la population totale. Ces données respectent celles présentées dans la littérature; celle-ci stipule que les maladies mentales sévères requièrent plus d'admissions que les troubles psychiatriques généraux, qui comprennent des troubles d'intensité variée. Ces données, tel qu'évoqué plus tôt, ne sont toutefois pas significatives selon le test  $t$  complété. On ne peut ainsi conclure que la différence entre les

populations psychiatrique globale et schizophrène est significative. La schizophrénie ne mène donc pas nécessairement à une incidence plus grande en matière du nombre d'admissions au Département. Rappelons toutefois qu'une tendance descendante (nombre de patients en fonction du nombre d'admissions) peut être observée pour les deux populations.

#### 1.4 Âge lors des admissions pour la population psychiatrique générale

Le tableau (4) subséquent met en lumière le nombre de patients admis au Département en fonction de l'âge. À noter qu'un patient ayant été admis à plus d'une reprise figurera dans toutes les catégories d'âge pour lesquelles il a été admis. En ce sens, un patient hospitalisé à 16, 17 et 18 ans, par exemple, sera comptabilisé pour ces trois catégories d'âge respectives. Les données recueillies ne font donc pas référence aux nouvelles admissions.

| Âge lors des admissions |                                       |
|-------------------------|---------------------------------------|
| Âge en années           | Nombre de patients<br>admis (moyenne) |
| 9                       | 1                                     |
| 12                      | 1                                     |
| 14                      | 5                                     |
| 15                      | 17                                    |
| 16                      | 47                                    |
| 17                      | 79                                    |
| 18                      | 157                                   |
| 19                      | 182                                   |
| 20                      | 180                                   |
| 21                      | 198                                   |
| 22                      | 203                                   |
| 23                      | 202                                   |
| 24                      | 211                                   |
| 25                      | 234                                   |
| 26                      | 239                                   |

|            |              |
|------------|--------------|
| 27         | 245          |
| 28         | 262          |
| 29         | 278          |
| 30         | 302          |
| 31         | 263          |
| 32         | 284          |
| 33         | 271          |
| 34         | 317          |
| [35, 40[   | 1536 (307,2) |
| [40, 45[   | 1413 (282,6) |
| [45, 50[   | 1254 (250,8) |
| [50, 55[   | 897 (179,4)  |
| [55, 60[   | 682 (136,4)  |
| [60, 65[   | 558 (111,6)  |
| [65, 70[   | 491 (98,2)   |
| [70, 75[   | 322 (64,4)   |
| [75, 80[   | 222 (44,4)   |
| [80, 85[   | 98 (19,6)    |
| [85, 90[   | 57 (11,4)    |
| [90, 95[   | 11 (2,2)     |
| [95, 100[  | 6 (1,2)      |
| [100, +∞ [ | 0 (0)        |

**Tableau 4. Âge lors des admissions**

Les données présentées ci-haut indiquent que l'âge des patients varie entre 9 et 99 ans. La prévalence semble augmenter pour atteindre un plateau chez les 30-40 ans. La tendance finit ensuite par redescendre complètement. Le graphique suivant (Figure 2) permet d'illustrer ces données de façon plus éclairée.

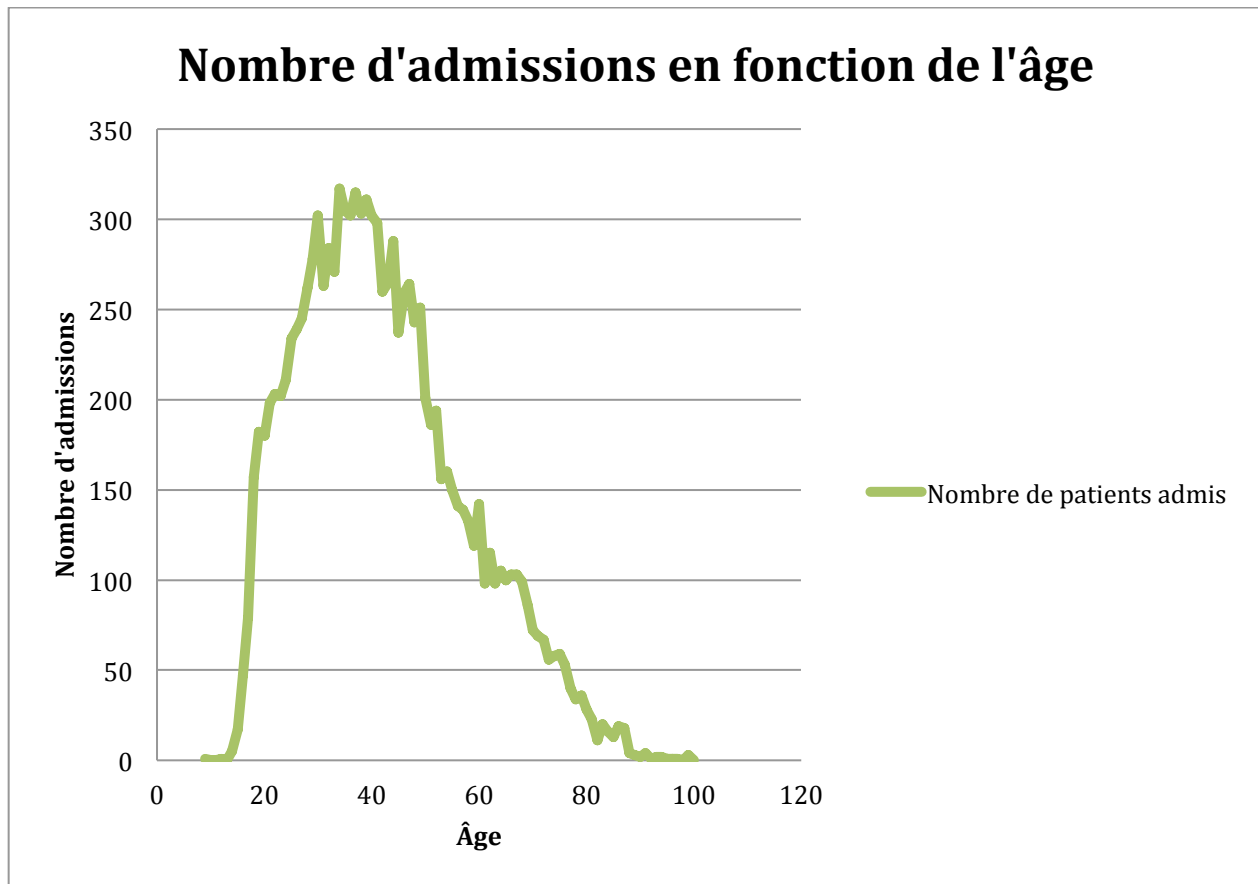


Figure 2. Nombre d'admissions en fonction de l'âge

### 1.5 Âge lors des admissions pour les patients schizophrènes

Le cinquième tableau (5) dénote le nombre d'admissions en fonction de l'âge chez la population schizophrène. Ces données sont présentées pour les hommes et pour les femmes, et tiennent compte, d'une part, du nombre total d'admissions et, d'autre part, du nombre de nouvelles admissions, c'est-à-dire de nouveaux cas de schizophrénie. Lors d'une première admission, le patient figurera au sein des deux catégories. Toutefois, lors des admissions subséquentes, il figurera au sein de la première catégorie uniquement (tous les cas), la seconde (nouveaux cas) étant réservée au premier diagnostic de schizophrénie chez les patients admis.

### Âge lors des admissions pour les patients schizophrènes

| Âge | Hommes (tous les cas) | Hommes (nouveaux cas) | Femmes (tous les cas) | Femmes (nouveaux cas) |
|-----|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 15  | 0                     | 0                     | 1                     | 1                     |
| 16  | 3                     | 2                     | 0                     | 0                     |
| 17  | 3                     | 3                     | 1                     | 1                     |
| 18  | 8                     | 6                     | 4                     | 2                     |
| 19  | 15                    | 12                    | 10                    | 7                     |
| 20  | 17                    | 10                    | 5                     | 4                     |
| 21  | 25                    | 17                    | 10                    | 7                     |
| 22  | 31                    | 21                    | 10                    | 4                     |
| 23  | 25                    | 14                    | 10                    | 5                     |
| 24  | 31                    | 18                    | 17                    | 10                    |
| 25  | 27                    | 15                    | 17                    | 12                    |
| 26  | 19                    | 9                     | 17                    | 4                     |
| 27  | 29                    | 18                    | 15                    | 7                     |
| 28  | 24                    | 9                     | 26                    | 13                    |
| 29  | 30                    | 15                    | 18                    | 7                     |
| 30  | 25                    | 13                    | 33                    | 16                    |
| 31  | 27                    | 11                    | 27                    | 7                     |
| 32  | 28                    | 16                    | 24                    | 8                     |
| 33  | 20                    | 9                     | 27                    | 11                    |
| 34  | 26                    | 13                    | 26                    | 8                     |
| 35  | 28                    | 14                    | 29                    | 10                    |
| 36  | 18                    | 6                     | 33                    | 12                    |
| 37  | 14                    | 8                     | 28                    | 10                    |
| 38  | 19                    | 11                    | 22                    | 2                     |
| 39  | 20                    | 13                    | 21                    | 5                     |
| 40  | 18                    | 6                     | 20                    | 2                     |
| 41  | 16                    | 6                     | 35                    | 14                    |
| 42  | 17                    | 6                     | 17                    | 4                     |
| 43  | 12                    | 5                     | 21                    | 5                     |
| 44  | 17                    | 7                     | 20                    | 6                     |
| 45  | 12                    | 4                     | 16                    | 4                     |
| 46  | 14                    | 6                     | 15                    | 7                     |
| 47  | 12                    | 3                     | 15                    | 6                     |

|    |    |   |    |   |
|----|----|---|----|---|
| 48 | 10 | 5 | 11 | 4 |
| 49 | 10 | 5 | 11 | 4 |
| 50 | 9  | 5 | 9  | 4 |

Tableau 5. Âge lors des admissions pour les patients schizophrènes

Les données ont été comptabilisées pour les patients âgés de 15 à 50 ans. Il n'y a pas eu d'admission chez les jeunes de 14 ans et moins. Les données s'arrêtent à 50 ans, puisqu'il était clair dans tous les cas que la prévalence était en diminution. De plus, la schizophrénie tend à apparaître au début de la vingtaine chez les hommes et vers la fin de la vingtaine chez les femmes (APA, 2013). L'objectif était de comparer les données répertoriées à cette réalité bien connue et référée dans la littérature scientifique. Ces tendances peuvent être observées de par la lecture des prochains graphiques.

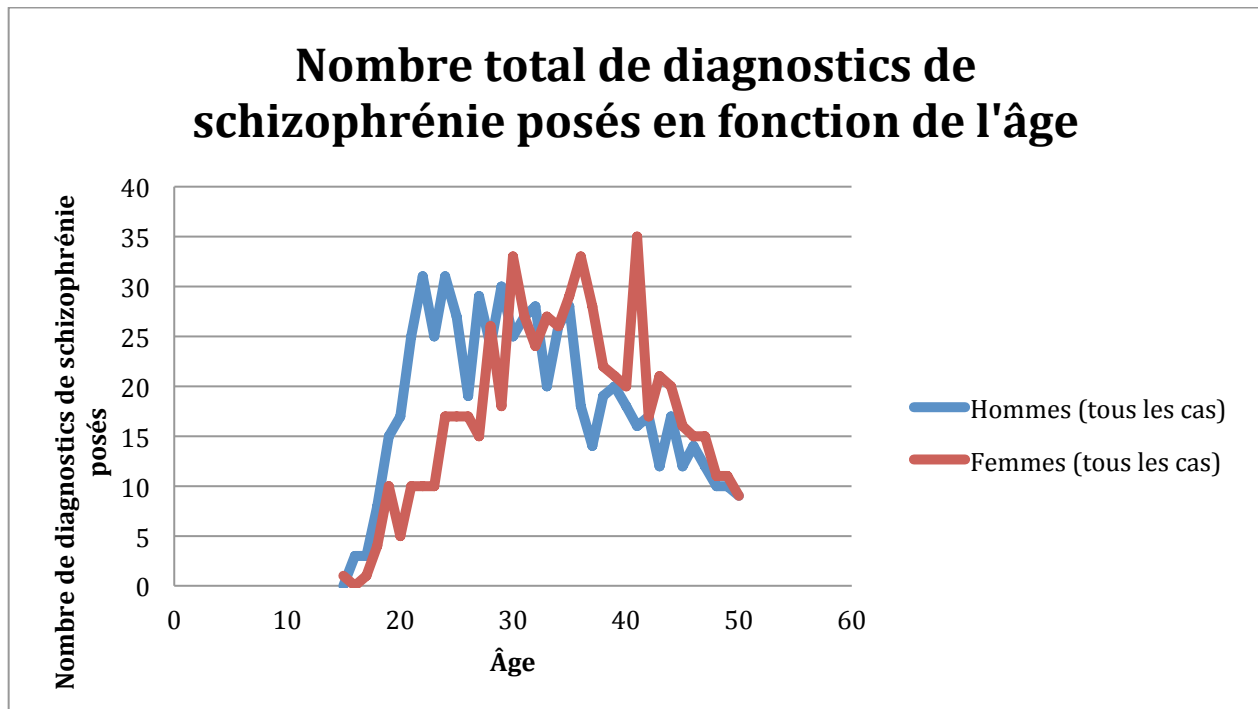


Figure 3. Nombre total de diagnostics de schizophrénie posés en fonction de l'âge

Ce premier graphique (Figure 3) indique que les hommes sont diagnostiqués plus tôt que les femmes. Cela dit, les données ne sont pas statistiquement significatives ( $t = 0,50512$ ,  $p = 0,307532$ ). La différence est dès lors négligeable entre les deux groupes.

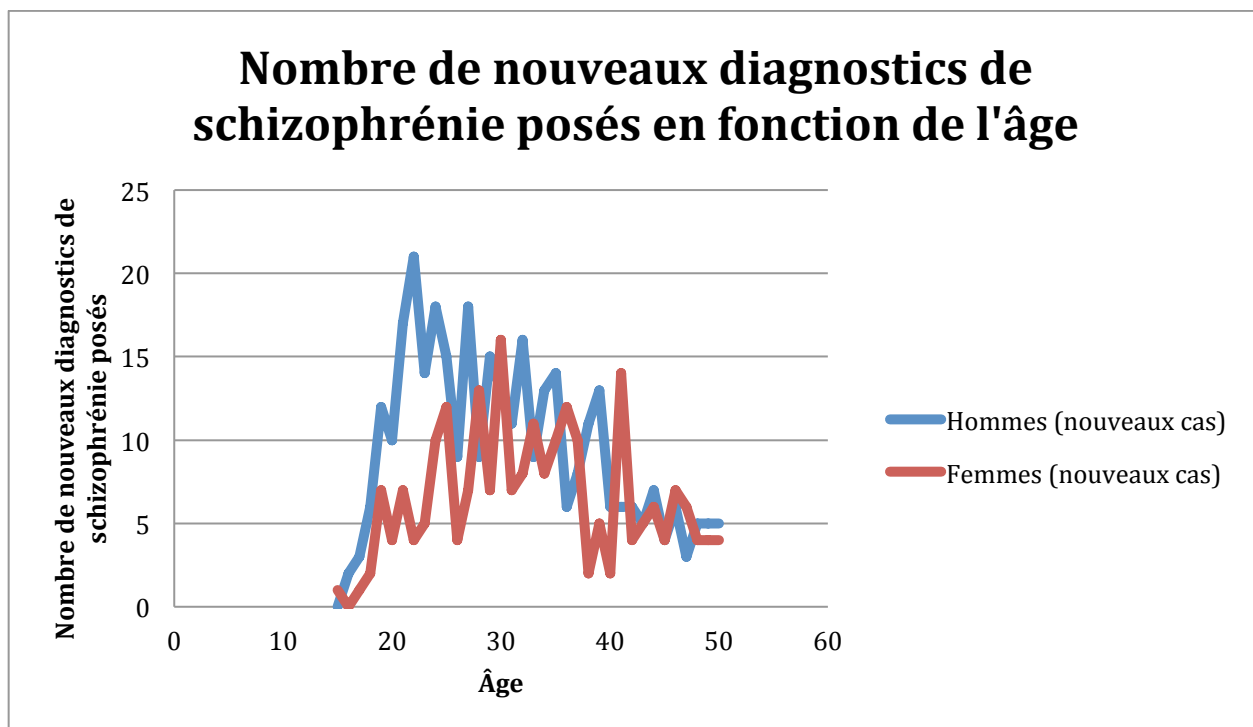


Figure 4. Nombre de nouveaux diagnostics de schizophrénie posés en fonction de l'âge

Ce second graphique (Figure 4) tient compte des nouveaux diagnostics et, conséquemment, des nouveaux cas de schizophrénie. Les taux observés peuvent ainsi être directement comparés aux taux catalogués dans la littérature. Les hommes semblent en effet être diagnostiqués plus tôt en général, si on observe la tendance de chaque droite (augmentation marquée au début de la vingtaine chez les hommes et jusqu'à la trentaine pour les femmes; diminution graduelle qui oscille ensuite pour les deux groupes). Cette différence entre les hommes et les femmes est d'ailleurs **statistiquement significative** puisque la valeur de  $p$  est inférieure à 0,05 ( $t = 2,76625$ ,

$p = 0,003623$ ). En ce sens, les données nous révèlent les mêmes conclusions que celles décrites dans la littérature scientifique.

### 1.6 Prévalence de certains diagnostics clés

Le prochain tableau comptabilise différents diagnostics fréquemment posés en matière de santé mentale. Ce sont d'ailleurs des diagnostics notables au sein du Département. L'objectif est de comparer la prévalence de ces diagnostics.

Il est important ici de mentionner que les codes entrés au dossier sont les codes associés à chaque diagnostic dans la base de données respectivement et se réfèrent aux codes employés dans les DSM (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*) et CIM (*Classification internationale des maladies*). De plus, il est crucial de mentionner que les informations retenues (numéro de référence du patient, codes, sexe, nombre de visites, etc.) sont toutes répertoriées au sein de fiches descriptives existant pour chaque patient admis et pour chacune desdites admissions.

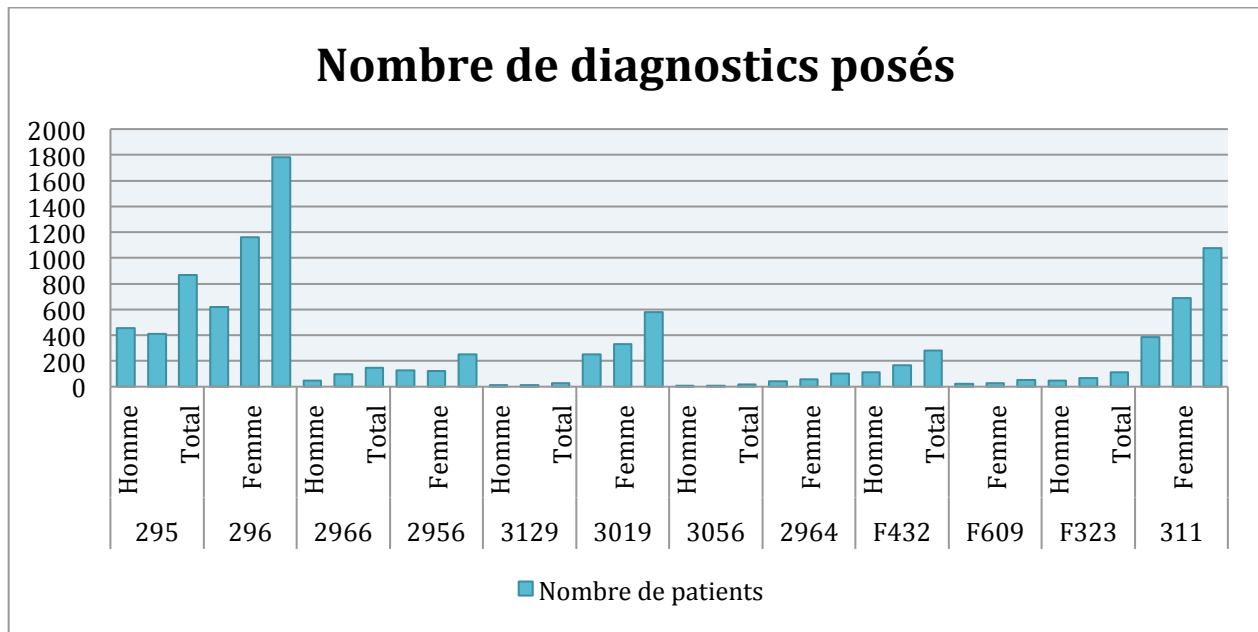
**Prévalence de certains diagnostics clés**

| Diagnostic  | Définition                                                  | Nombre d'hommes | Nombre de femmes | Nombre total |
|-------------|-------------------------------------------------------------|-----------------|------------------|--------------|
| <b>295</b>  | Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques | 456             | 412              | 868          |
| <b>296</b>  | Trouble bipolaire                                           | 621             | 1161             | 1782         |
| <b>2966</b> | Trouble bipolaire, épisode récent mixte, non-spécifié       | 47              | 98               | 145          |
| <b>2956</b> | Schizophrénie, type résiduel                                | 128             | 124              | 252          |
| <b>3129</b> | Trouble de                                                  | 11              | 15               | 26           |

|             |                                                                              |     |     |      |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|------|
|             | comportement, non-spécifié                                                   |     |     |      |
| <b>3019</b> | Trouble de la personnalité, non-spécifié                                     | 249 | 330 | 579  |
| <b>3056</b> | Abus de cocaïne, absence de dépendance                                       | 10  | 8   | 18   |
| <b>2964</b> | Trouble bipolaire, épisode récent maniaque                                   | 44  | 59  | 103  |
| <b>F432</b> | Trouble d'adaptation                                                         | 110 | 169 | 279  |
| <b>F609</b> | Trouble de la personnalité, non-spécifié                                     | 25  | 28  | 53   |
| <b>F323</b> | Trouble dépressif majeur, épisode sévère, avec caractéristiques psychotiques | 46  | 65  | 111  |
| <b>311</b>  | Trouble dépressif, non-spécifié                                              | 387 | 688 | 1075 |

**Tableau 6. Prévalence de certains diagnostics clés**

Le graphique suivant (Figure 5) tente de différencier la prévalence de certains diagnostics en fonction du sexe. Les codes se réfèrent aux mêmes diagnostics que pour le tableau précédent.



**Figure 5. Nombre de diagnostics posés en fonction du sexe pour certaines conditions de santé mentale**

Les données présentées dans ce dernier graphique permettent de comparer les femmes aux hommes en matière de diagnostics posés. Dans ce cadre, on peut remarquer que les femmes sont plus affectées que les hommes par les troubles bipolaires (# 296), les troubles de la personnalité (# 3019), les troubles d'adaptation (# F432) et les troubles dépressifs (# 311). Pour leur part, les hommes sont affectés en plus grand nombre par les troubles de la schizophrénie (# 295), bien que la différence soit minime. À noter que les sous-types des différents troubles mentaux font également partie des catégories globales. Conséquemment, la schizophrénie résiduelle est un sous-type de la schizophrénie et fait donc partie des catégories *Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques* (# 295) et *Schizophrénie, type résiduel* (# 2956).

### 1.7 Contextualisation du patient X

Les données présentées dans le tableau suivant sont pertinentes, puisqu'elles nous permettent de situer le patient schizophrène choisi – qui sera présenté lors de la deuxième section – au sein du

contexte global du Département de psychiatrie. À noter que, comme évoqué plus tôt, les codes entrés au dossier sont les codes associés à chaque diagnostic et se réfèrent aux codes employés dans les DSM (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*) et CIM (*Classification internationale des maladies*).

### Contextualisation du patient X

| Codes entrés au dossier<br>X | Définition des<br>diagnostics                                                              | Nombre de patients<br>diagnostiqués | Contextualisation du pt<br>X en % (% du diagnostic<br>/7 535 patients au total)* |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 2966 M                       | Trouble bipolaire, épisode récent mixte, non-spécifié                                      | 145                                 | ~0,7% (de ~1,9%)                                                                 |
| 2956 6                       | Schizophrénie, type résiduel, non-spécifié                                                 | 252                                 | ~0,4% (de ~3,3%)                                                                 |
| 3129 S                       | Trouble du comportement, non-spécifié                                                      | 26                                  | ~3,8% (de ~0,35%)                                                                |
| 3019 M                       | Trouble de la personnalité, non-spécifié                                                   | 579                                 | ~0,17% (de ~7,7%)                                                                |
| 3056 P                       | Abus de cocaïne, non dépendant                                                             | 18                                  | ~5,6% (de ~0,24%)                                                                |
| 2964 M                       | Trouble bipolaire, épisode récent maniaque                                                 | 103                                 | ~0,97% (~1,4%)                                                                   |
| F432 M                       | Trouble de l'adaptation                                                                    | 279                                 | ~0,36% (de ~3,7%)                                                                |
| F609 1                       | Trouble de la personnalité, non-spécifié                                                   | 53                                  | ~1,9% (de ~0,70%)                                                                |
| Y471 9                       | Effets indésirables sur le plan thérapeutique de tranquillisants à base de benzodiazépines | 5                                   | 20% (de ~0,066%)                                                                 |
| X61 9                        | Suicide et empoisonnement auto-infligé par médicaments et substances médicinales spécifiés | 99                                  | ~1% (de ~1,3%)                                                                   |
| U980 9                       | Lieu de l'évènement :                                                                      | 122                                 | ~0,82% (de ~1,6%)                                                                |

|               | domicile                                            |    |                  |
|---------------|-----------------------------------------------------|----|------------------|
| <b>Z21 3</b>  | VIH asymptomatique                                  | 9  | ~11% (de ~0,12%) |
| <b>F329 M</b> | Trouble dépressif majeur,<br>1 épisode non-spécifié | 89 | ~1,1% (de ~1,2%) |

**Tableau 7. Contextualisation du patient X**

\*Le premier pourcentage représente le poids du patient X au sein de la population ciblée (schizophrène) alors que le second pourcentage réfère au poids de la population ciblée (schizophrène) par rapport à la population psychiatrique totale (7 535 patients) admise au Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort.

Exemple (2966 M) :  $1/145 \times 100 = \sim 0,7\%$ , alors que  $145/7\ 535 \times 100 = \sim 1,9\%$ .

Les codes présentés ici se retrouvent dans les fiches descriptives (abordées plus haut) existant pour chaque admission du patient X. Ces fiches englobent les différents diagnostics posés par le personnel soignant, soit les psychiatres. Les colonnes de droite nous permettent de contextualiser le positionnement du patient X au sein du programme de psychiatrie de Montfort. D'abord, il est possible de comparer le patient avec la population affectée par un diagnostic quelconque, puis, de relativiser cette comparaison en calculant le pourcentage que représente ce patient au sein de cette population. Ensuite, on peut comptabiliser le pourcentage de la prévalence d'un diagnostic au sein de la population psychiatrique générale.

Il est également possible de comparer le patient à la population psychiatrique générale de Montfort sous un autre aspect, soit celui de la durée totale des séjours et sur le nombre d'admissions. Le patient a été hospitalisé à 8 reprises, ce qui représente 133 jours dans son cas. Si l'on revient aux données du tableau 2, on peut observer la donnée suivante : 53 patients ont été reçus à 8 reprises ( $\sim 0,7\%$  de la population psychiatrique totale); le patient fait ainsi partie de ce groupe et représente donc un peu moins de 2% de cette sous-catégorie. Chez la population schizophrène, 18 patients ont été hospitalisés huit fois ( $\sim 2\%$  de la population schizophrène).

## **2. Parcours clinico-social d'un patient schizophrène**

Cette deuxième partie s'intéresse à un patient schizophrène choisi qui présente un parcours psychiatrique sinueux et intéressant à des fins d'analyse. Nous présenterons d'abord ce patient. Nous ferons ensuite état de son parcours clinique et social. Les documents nécessaires à l'analyse du parcours du patient étaient nombreux et variés : notes infirmières, registres d'admission, formulaires d'évolution psychiatrique en clinique externe, notes de sortie, demandes de logement subventionné, rapports d'incidents criminels, etc. Tous ces documents se trouvaient dans le dossier médical dudit patient.

### **2.1 Présentation du patient X**

Afin d'humaniser ce patient, celui-ci sera désormais prénommé Charles, ce prénom ayant été aléatoirement choisi. Charles est né en 1962; il s'agit d'un homme francophone habitant la grande région d'Ottawa. Il a reçu plusieurs diagnostics différents au fil des années et des consultations médicales. Ces diagnostics renvoient toutefois principalement aux suivants : trouble bipolaire (histoire antérieure de désordre bipolaire), schizophrénie, trouble d'adaptation avec dépression, surdose médicamenteuse en geste suicidaire, désordre de personnalité, VIH+, Hep B et Hep C. Souvent accompagné de sa mère, qui est d'une importance centrale pour ce qui est de son parcours psychiatrique, il évolue toutefois dans une situation familiale complexe. Il semble en effet présenter des relations compliquées, voire corrosives avec les membres de son entourage. Il demeure toutefois difficile de bien décrire cette réalité, puisqu'elle n'est documentée que par les notes infirmières et les quelques rapports présents au dossier relatant une perspective unique, soit celle du patient, et non celle de ses proches (malgré quelques entrées reflétant les paroles de sa mère). Les réalités sur les circonstances familiales difficiles et fâcheuses ayant été traversées par le patient seront décrites plus loin.

## Patient X

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Démographique | <ul style="list-style-type: none"><li>• Sexe: masculin</li><li>• Année de naissance: 1962</li><li>• État civil: célibataire</li><li>• Occupation: instable</li></ul>                                                                                                                                          |
| Diagnostic    | <ul style="list-style-type: none"><li>• Désordre bipolaire</li><li>• <b>Schizophrénie</b></li><li>• Trouble d'adaptation avec dépression</li><li>• Surdose médicamenteuse en geste suicidaire</li><li>• Désordre de personnalité NOS</li><li>• VIH positif; Hep B, Hep C</li></ul>                            |
| Traitement    | <ul style="list-style-type: none"><li>• Suivi en clinique externe</li><li>• Pharmacothérapie importante (cannabis autorisé par le gouvernement)</li></ul>                                                                                                                                                     |
| Autres        | <ul style="list-style-type: none"><li>• Plusieurs emplois instables et temporaires</li><li>• Consommation de drogues dures</li><li>• Problèmes financiers</li><li>• Déménagements multiples</li><li>• Prison (6 mois) pour vol; probation et service communautaire; perte de son permis de conduire</li></ul> |

Figure 6. Présentation du patient X, Charles

### 2.1.1 Pourquoi ce patient?

Ce patient, qui a évolué au sein du Programme de santé mentale de Montfort pendant au moins 24 ans, soit jusqu'à ce qu'on perde sa trace en 2007, présente un dossier riche couvrant les allées et venues d'un parcours chronique sinueux. La complexité de son environnement social souvent malsain et acerbe rend l'analyse de ce dossier d'autant plus intéressant, considérant la dépendance du patient aux institutions de soutien l'entourant. Il s'agit d'une occasion précieuse de relater l'expérience unique d'un patient ayant expérimenté personnellement le système de santé. Les observations faites à travers l'étude de ce dossier, qui seront présentées dans ce

chapitre, sont nombreuses et variées, et mèneront à de meilleures bases pour la justification d'une discussion portant sur les failles dudit système de soins.

### 2.1.2 Première hospitalisation et premier diagnostic

La première hospitalisation a lieu en 1983 alors que le patient est âgé de 21 ans. Les entrées de cette hospitalisation ont été détruites volontairement pour des fins administratives. Les notes nursing ont également été détruites, mais, cette fois-ci, cela est dû aux règlements de confidentialité en place à l'époque. Aucune information n'était disponible sur les deux hospitalisations suivantes (1984 et 1986). On sait toutefois, selon les entrées des hospitalisations suivantes, que le patient a reçu un diagnostic de schizophrénie de type résiduel dès sa première visite au Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort. Un épisode mixte du trouble bipolaire est également répertorié. À partir de 1984, le patient sera suivi en clinique externe à raison de quelques fois par mois, malgré certaines périodes peu ou pas achalandées, en référence aux absences répétées du patient à ses rendez-vous.

## 2.2 Contexte familial

Le patient est entouré de quelques membres de sa famille pour la durée de son parcours, et leur présence n'est pas toujours saine. Nous verrons l'apport de chaque membre de sa famille rapprochée. D'autres personnes sont mentionnées dans le dossier, dont des amis et copines, mais ces mentions sont peu fréquentes et, donc, négligeables; il est impossible de décortiquer plus largement son entourage de par l'absence de détails.

## Contexte familial

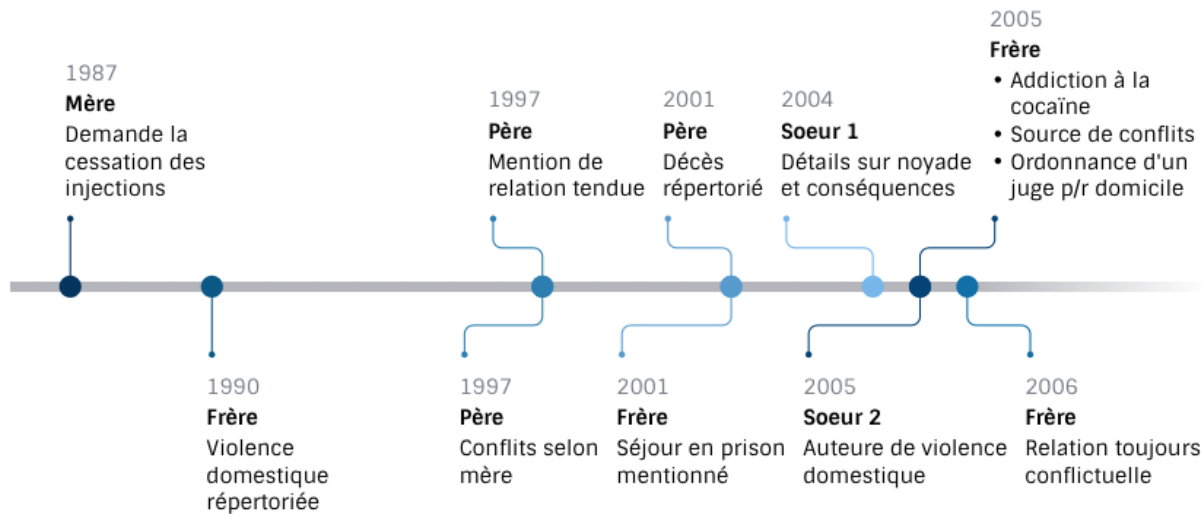


Figure 7. Contexte familial.

### 2.2.1 Mère

La mère de Charles est extrêmement présente tout au long du suivi clinique. En 1987, elle laisse savoir aux professionnels que son fils n'a plus besoin d'injections de piportil puisqu'il va mieux depuis l'hiver dernier : « Sa mère nous dit qu'il n'a plus besoin de ça, car l'hiver est passé et il va mieux au printemps »<sup>1</sup>. Elle ajoute, le 15 avril, que son fils devient « légume » lorsqu'il reçoit une injection. Suite à cela, le souhait de la mère est respecté, jusqu'à ce que les injections reprennent à l'automne. Elle découche régulièrement pour éviter les conflits. Elle ne parle pas

<sup>1</sup> Archives centrales Hôpital Montfort (ACHM), Notes d'évolution – psychiatrie : infirmière, 10 avril 1987.

anglais, ce qui limite ses interventions lors des consultations auprès des professionnels unilingues anglophones.

### 2.2.2 Père

En 1997, le 6 janvier, on fait mention du père du patient qui « ne va pas bien » et qui « chiale ». Il souhaite que son fils déménage. Le 5 mars 1997, la mère du patient prétend qu'il y a des problèmes entre Charles et son père, puisque ce dernier est très contrôlant et qu'il est difficile à gérer. Le 21 février 2001, il est répertorié que le père du patient est décédé quelques semaines auparavant. Le patient semble toutefois aller beaucoup mieux.

### 2.2.3 Frère

Le patient et son frère entretiennent une relation extrêmement conflictuelle. Cela est corroboré par plusieurs entrées autant en clinique externe que lors des rapports d'admission. En 1990, un appel téléphonique relatant une querelle importante entre le patient et son frère est mentionné dans une entrée en clinique externe. Plus tard la même année, on mentionne que le frère est alcoolique et souvent confus. Le patient se dit fatigué et frustré envers son frère. Le 10 juillet, le patient se présente sans rendez-vous avec une coupure au front; il aurait été battu par son frère. Le 13 novembre 2001, on apprend que le frère du patient ira en prison en décembre prochain. Le rapport d'hospitalisation de 2005 contient l'information suivante : conflits graves avec frère qui présente une addiction à certaines drogues dont la cocaïne. Ils vivent tous deux sous le même toit, soit celui de leur mère, depuis l'ordonnance d'un juge des suites d'un délit commis par le patient. Voici la citation :

Il avait commis un délit de vol et le juge a ordonné qu'il retourne habiter chez sa mère. Soulignons, que [le patient] depuis plusieurs mois habitait seul en

appartement, se débrouillant plus ou moins bien. Le gros problème, cependant, semble être un conflit extrêmement difficile envers son frère qui aussi habite le foyer de la mère. Le conflit est tel qu'il est persistant et constant et en arrive même à des prises de bec et même des chicanes sur le plan physique. [Charles] a l'impression qu'il ne peut pas du tout continuer dans un tel état mais son frère aussi apparemment a une ordonnance d'un juge d'habiter chez la mère et les deux se semblent mis dans une situation presque difficile à résoudre. La mère n'en peu [sic] plus et découche régulièrement pour éviter les conflits. [Charles] en était devenu déprimé de ces circonstances au point qu'il n'en pouvait plus et je l'ai hospitalisé en intervention de crise.

D'ailleurs, le 27 août 2005, on peut lire ceci :

Malheureusement, aussi chez sa mère habite son frère qui est addicté [sic] à diverses drogues et il y a énormément de conflits entre [Charles] et son frère. Il semblerait même que c'était cela qui avait provoqué son surdosage médicamenteux. [Charles] espère cependant pouvoir déménager dans un mois, alors quittera la présence de son frère et cela l'encourage au point qu'il peut nous dire qu'il n'a vraiment aucune intention de répéter ce geste suicidaire qui d'ailleurs il étiquette comme étant stupide.

En 2006, ça ne va toujours pas mieux entre les deux hommes selon une entrée du 16 février.

#### 2.2.4 Sœur #1

Un rapport de consultation clinique émis en 2005 fait mention pour la première et la dernière fois de la sœur du patient. On y indique que celle-ci le bat, et que les deux sont toujours en situation de conflit.

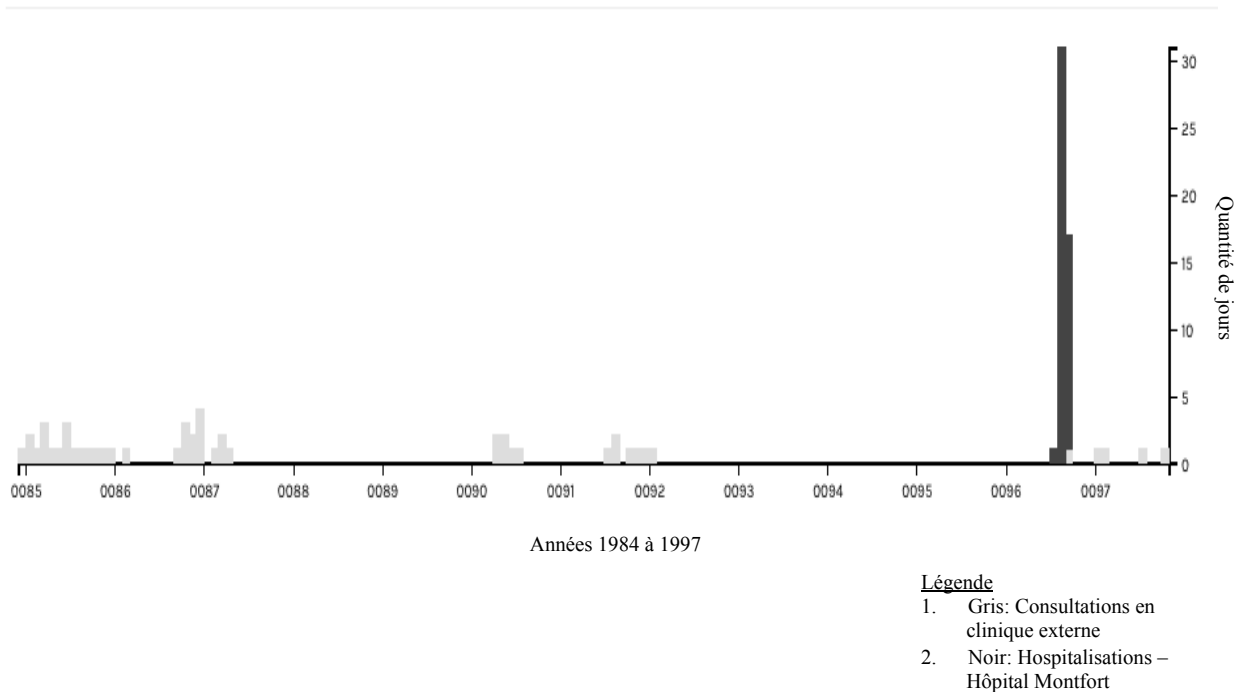
#### 2.2.5 Sœur #2

Une seconde sœur est également mentionnée à une seule reprise. Le patient prétend avoir eu un épisode dépressif durant sa jeunesse, suite à la noyade de sa petite sœur qui avait 12 ans lors de l'incident. Cette information est inscrite dans le rapport d'une consultation clinique en soins d'urgence produit en juin 2004.

### **2.3 Description du parcours psychiatrique de Charles**

Les entrées en clinique externe et lors des hospitalisations ont permis de dresser les lignes du temps suivantes qui exposent les répercussions en temps d'un diagnostic de schizophrénie. Les allées et venues du patient au sein du système sont plus facilement observables. Le patient a été suivi pendant 24 ans. Tout au long de ce suivi, des formulaires « évolution psychiatrique » ont été remplis et signés par le psychiatre et les autres membres de l'équipe multidisciplinaire composée d'infirmières, de travailleurs sociaux et d'ergothérapeutes. Ces professionnels notaient leurs observations au dossier lors de chacune des visites du patient. De par les résultats, il convient de dire qu'un diagnostic touchant une problématique de santé mentale sévère peut devenir astreignant pour un patient qui se doit d'insérer à son horaire une panoplie de rendez-vous et de consultations en clinique externe (plusieurs par mois), rencontres tenues avec les divers professionnels de la santé impliqués dans son parcours.

### Ligne du temps présentant et quantifiant les consultations cliniques et les hospitalisations entre 1984 et 1997



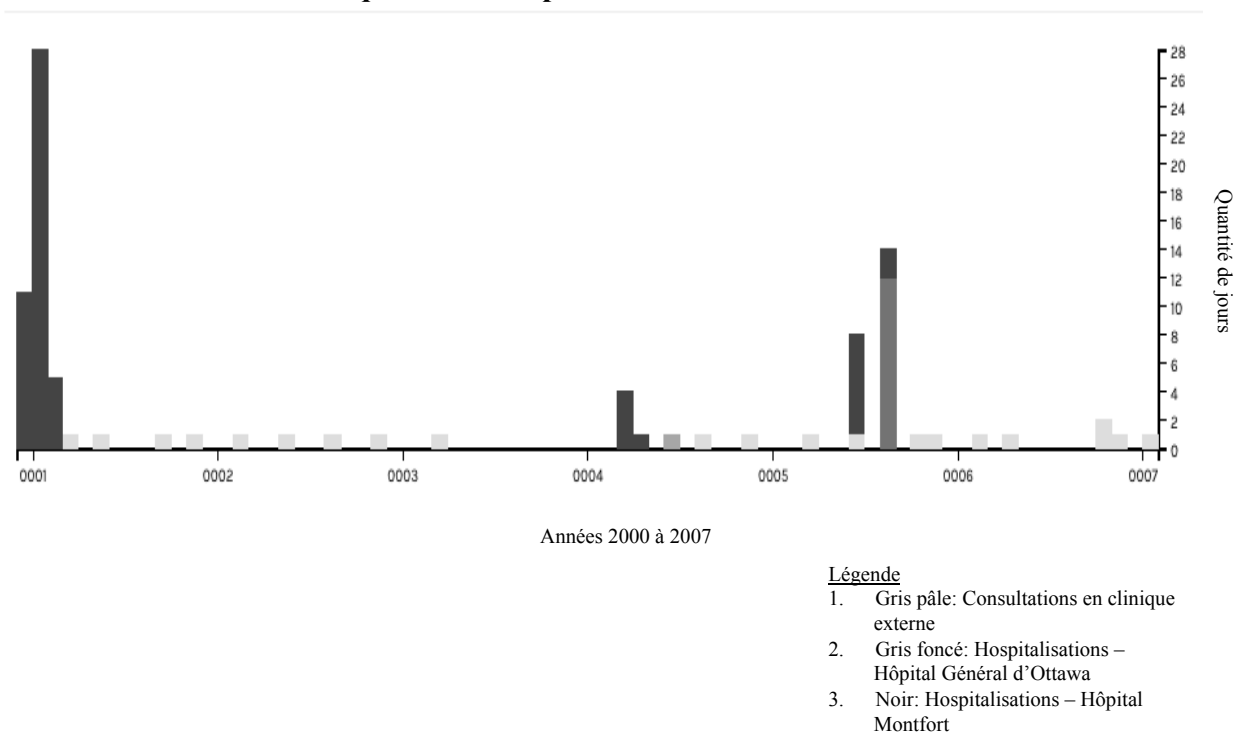
**Figure 8. Ligne du temps présentant et quantifiant les consultations cliniques et les hospitalisations entre 1984 et 1997.** À noter que les trois hospitalisations dont les rapports ont été détruits ne sont pas incluses.

D’abord, le parcours clinique du patient a été subdivisé en deux parties, deux lignes du temps, afin de permettre une meilleure représentation visuelle desdites lignes du temps. Aussi, l’objectif était de rendre compte des périodes post-hospitalisation lors desquelles le patient reprenait le suivi en clinique externe.

Cette première ligne du temps (Figure 8) démontre l’engagement du patient qui devait se rendre fréquemment à des consultations cliniques. On peut toutefois observer certaines périodes assez longues lors desquelles le patient n’a eu recours à aucun traitement. Les notes de fermeture

occasionnées par l'absence du patient à ses rendez-vous seront discutées un peu plus loin. Selon cette ligne du temps, il est possible de constater que le patient était plus assidu à son traitement au commencement de son suivi psychiatrique. De plus, certaines reprises du suivi en clinique externe ont été entamées à la suite d'une hospitalisation (considérant que trois hospitalisations ont eu lieu en 1983, 1984 et 1986 respectivement et qu'elles ne font pas partie intégrante de cette ligne du temps, puisque les rapports ont été détruits et que, conséquemment, les dates précises et la durée des visites sont inconnues). Toutes les autres entrées sont précises au jour près. Les détails en lien avec le suivi en clinique externe et les hospitalisations seront présentés plus loin. On parle néanmoins d'une quinzaine, voire d'une vingtaine de rendez-vous en clinique externe par année lorsque le patient se présente à ses rendez-vous (1985, 1986).

### Ligne du temps présentant et quantifiant les consultations cliniques et les hospitalisations entre 2000 et 2007



**Figure 9. Ligne du temps présentant et quantifiant les consultations cliniques et les hospitalisations entre 2000 et 2007.**

Des conclusions semblables peuvent être tirées de cette seconde ligne du temps (Figure 9). Les suivis en clinique externe sont moins nombreux, mais dispersés de façon plus constante dans le temps. Les hospitalisations semblent toujours mener à une reprise du suivi en clinique externe. Une admission est cette fois-ci complétée à l'Hôpital Général d'Ottawa; le patient est éventuellement transféré à l'Hôpital Montfort. Le suivi se termine en 2007, alors que les traces du patient sont perdues dans le dossier médical. Il est impossible de dire si le patient est suivi ailleurs à partir de cette année-là; aucune information n'est fournie au dossier à ce sujet.

Les prochaines sections seront présentées par thématiques, afin de faciliter la compréhension des différentes ramifications du dossier médical. Cette façon de procéder permettra d'éviter une certaine redondance, puisque la plupart des thématiques regroupent des événements qui se sont déroulés tout au long du suivi psychiatrique, soit sur une période de 24 ans.

### 2.3.1 Clinique externe

Le parcours en **clinique externe**, qui a pour but de faciliter la continuité des soins dès le retour à domicile du patient, débute en 1984 alors que Charles est âgé de 22 ans. La première entrée notée par une infirmière date du 18 janvier 1984. Il y est inscrit que « le patient ne s'est pas présenté au premier rendez-vous après son hospitalisation. »<sup>2</sup> Il n'y a cependant aucun document à l'appui ni dans le dossier médical du patient, ni dans la base de données *FileMaker*. La seconde entrée, rédigée une semaine plus tard, fait état de la cohérence du patient ainsi que de la médication donnée lors de la consultation clinique. Quelques mois plus tard, le 30 avril de la même année, une note de fermeture est inscrite au dossier<sup>3</sup>, puisque le patient ne s'est pas présenté depuis son dernier rendez-vous, trois mois auparavant (Hôpital Montfort, n.d.). Le patient réapparaît le 6 décembre, accompagné de sa mère. Il se présente sans rendez-vous avec un discours décousu et agressif. La description suivante est d'ailleurs inscrite au dossier : « - hostile – grandiose – torturé par ses ennemis mentaux »<sup>4</sup>. Le patient est suivi pour les prochaines années à raison de quelques rencontres par mois. La prochaine note de fermeture survient le 31 août 1986. Le patient retourne à la clinique le lendemain; son dossier est ré-ouvert ce jour-là, soit le 1<sup>er</sup> septembre. Un peu plus

---

<sup>2</sup> Archives centrales Hôpital Montfort (ACHM), Notes d'évolution – psychiatrie : infirmière, 18 janvier 1984.

<sup>3</sup> Archives centrales Hôpital Montfort (ACHM), Notes d'évolution – psychiatrie : infirmière, 30 avril 1984.

<sup>4</sup> Archives centrales Hôpital Montfort (ACHM), Notes d'évolution – psychiatrie : infirmière, 6 décembre 1984.

d'un an plus tard, soit le 30 septembre 1987, son dossier est fermé à nouveau. Les formulaires d'évolution psychiatrique signés par divers professionnels de la santé indiquent que le patient est toxicomane, qu'il ment à propos de sa consommation de médicaments et qu'il vend ou donne des tranquillisants à des amis. Il y est également mentionné que le patient n'est pas fiable et que le cas est clôt. Voici l'entrée exacte du 30 septembre 1987 : « Notes de fermeture Drug addict lies about drug use - not reliable sells or gives tranquilizers to friends case closed ».<sup>5</sup>

En 1988, il ne se présente pas à trois rendez-vous, puis se présente finalement le 24 novembre de la même année, bien qu'en retard, alors que l'infirmière est occupée auprès d'un autre patient. Le dossier est ré-ouvert malgré son retard. Le 31 mars 1992, un médecin fait état d'une situation problématique avec le patient. Il le décrit alors comme suit : 29 ans, célibataire et sans emploi. Le médecin stipule que le patient n'adhère pas au traitement médical et qu'il ne se présente pas à ses rendez-vous. Il partage également la demande du patient de recevoir une attestation d'incapacité. Le médecin précise avoir refusé, ce qui a mis le patient en colère, lui qui s'est ensuite mis à menacer verbalement le médecin, en plus de voler son propre dossier médical pour le consulter chez lui. Le patient rapporte supposément le dossier au secrétariat de la clinique un peu plus tard, en arborant une attitude défiante envers la secrétaire.

Mr. [X] 29 years old, single, unemployed, was followed by many psychiatrists including myself, as an outpatient. It went relatively smoothly between the two of us for a while but [X] wasn't complying to his medical treatment, would not show up to his appointments and finally he asked me to fill a form for disability – FBA. I really felt that [X] wasn't disable and was able to go at work at the moment. He was so furious about it that he came back on the same day arguing

---

<sup>5</sup> Archives centrales Hôpital Montfort (ACHM), Notes d'évolution – psychiatrie : infirmière, 30 septembre 1987.

about it and threatening me verbally to destroy somethings in my office or on the department. I listened to him, I confronted him saying that I would not change my assessment. Then [*sic*], he stole his clinical file from my secretary's desk, he brought it home, he consulted it and he came back to give it back to my secretary very defiantly. (...) <sup>6</sup>

Il n'a ensuite recours à aucun service en clinique externe, et ce, jusqu'au 29 octobre 1996. La dernière note de fermeture est rédigée le 3 mai 1998. Le patient est réadmis le 21 février 2001, tout juste après une hospitalisation. Son père, avec lequel il était souvent en conflit, est décédé quelques semaines plus tôt. Malgré tout, les entrées semblent dire que le patient est relativement calme et stable : « moral assez bon » <sup>7</sup>, « reste assez stable » <sup>8</sup>. Il y est également indiqué que les parents du patient étaient séparés. La dernière entrée en clinique externe est ajoutée le 25 janvier 2007.

Le suivi psychiatrique en clinique externe s'étend de 1984 à 2007, soit pendant 23 ans, et fait état des principales informations pertinentes en lien avec l'état de santé du patient. On peut y remarquer six fermetures de dossier pendant cette période. On retrace en tout 97 entrées pour la clinique externe, et ce, sans compter les rendez-vous manqués ou annulés.

---

<sup>6</sup> Archives centrales Hôpital Montfort (ACHM), Notes d'évolution – psychiatrie : psychiatre, 31 mars 1992.

<sup>7</sup> Archives centrales Hôpital Montfort (ACHM), Notes d'évolution – psychiatrie : infirmière, 13 novembre 2001.

<sup>8</sup> Archives centrales Hôpital Montfort (ACHM), Notes d'évolution – psychiatrie : infirmière, 19 février 2002.

### 2.3.2 Faits saillants des entrées en clinique externe

Certaines observations ressortent de son dossier de la clinique externe. D’abord, on remarque une réelle dichotomie dans sa personne. Parfois, il socialise très bien avec ses pairs alors qu’à d’autres moments, c’est tout le contraire. On peut constater qu’il y a une certaine dissemblance ainsi qu’une inconstance dans son humeur, dans ses gestes et dans ses paroles d’une consultation à l’autre. Un bon exemple peut être observé dans les notes nursing du 9 août 1996. Une première infirmière indique que le patient mentionne être satisfait de son traitement. Cette entrée décrit la période allant de 11h à 19h. Pour la période 19h – 23h30, une autre infirmière y va de l’affirmation suivante : « tendance à critiquer plusieurs aspects de son hospitalisation (médication, procédure) »<sup>9</sup>.

Les prochains points seront classés par thématiques, par souci de couvrir tous les faits saillants du dossier. De plus, cette façon de procéder permet de couvrir les événements marquants qui sont redondants et recrudescents sans devoir répéter ceux-ci constamment.

#### 2.3.2.1 Emploi et finances

Côté travail, sa situation est plutôt précaire. Il passe d’un boulot à l’autre, boulots entrecoupés par plusieurs périodes de chômage. Il est d’ailleurs énoncé qu’il a droit au *bien-être social*<sup>10</sup>. Au fil des ans, il travaille en cuisine dans le grand Nord, puis dans le domaine de la construction à plusieurs reprises. Il est également concierge pendant un moment et employé chez Pizza Pizza. Plusieurs fois, les intervenants mentionnent dans le dossier le désir du patient de faire un éventuel

---

<sup>9</sup> Archives centrales Hôpital Montfort (ACHM), Notes nursing – observations de l’infirmière : infirmière, 9 août 1996.

<sup>10</sup> Archives centrales Hôpital Montfort (ACHM), Notes d’évolution – psychiatrie : infirmière, 6 décembre 1985.

retour sur les bancs d'école<sup>11</sup>; désir qu'il ne réalisera pas dans son entièreté selon les détails fournis. Somme toute, il a du mal à trouver un emploi, et ce, malgré des recherches intensives et l'aide des infirmières. Celles-ci lui proposent également de s'impliquer en tant que bénévole parce qu'il « doit » se mobiliser<sup>12</sup>; il n'y a toutefois pas de suivi à ce sujet. On dénote par ailleurs les problèmes financiers du patient, entre autres, lors de l'entrée du 28 août 1991<sup>13</sup>.

#### 2.3.2.2 Polytoxicomanie

Le patient est également fréquemment décrit comme étant polytoxicomane. Il consomme des drogues dures, plus spécialement de la cocaïne. En février 1987, il aurait dépensé pour 8 500\$ en cocaïne : « He and [fournisseur de drogues] went through over \$8,500 in cocaine in Feb »<sup>14</sup>. Il abuse aussi des médicaments et en redemande constamment; il est précisé qu'aucune prescription ne sera renouvelée avant la date butoir : « (Je soupçonne qu'il abuse des meds) – Je ne vais pas le renouveler avant le temps sous aucun prétexte »<sup>15</sup>.

Le personnel soignant soupçonne que Charles pourrait être impliqué dans différents types d'actes criminels, puisqu'il dépense pour beaucoup plus que ses revenus. Comme mentionné précédemment, on présume que le patient s'affaire à la vente ou au partage de ses tranquillisants et autres prescriptions. Selon une infirmière, il ne s'est jamais présenté à un rendez-vous sans être

---

<sup>11</sup> Archives centrales Hôpital Montfort (ACHM), Notes d'évolution – psychiatrie : infirmière, 7 octobre 1986 et 10 décembre 1986.

<sup>12</sup> Archives centrales Hôpital Montfort (ACHM), Notes d'évolution – psychiatrie : infirmière, 17 mai 1985.

<sup>13</sup> Archives centrales Hôpital Montfort (ACHM), Notes d'évolution – psychiatrie : infirmière, 28 août 1991.

<sup>14</sup> Archives centrales Hôpital Montfort (ACHM), Notes d'évolution – psychiatrie : infirmière, 25 mars 1987.

<sup>15</sup> Archives centrales Hôpital Montfort (ACHM), Notes d'évolution – psychiatrie : psychiatre, 30 décembre 1986.

intoxiqué : « [...] never gotten a clean evaluation. Probably involved in some form of crime »<sup>16</sup>.

Le patient admet consommer du Hash (Haschich) fréquemment. En 2005, on lui prescrit du THC en comprimés afin de diminuer ses besoins en cannabis, et, conséquemment, sa consommation de cette même drogue : « Il a trouvé un médecin qui lui prescrira du THC en comprimés pour réduire ses besoins de s'acheter de la marij. <sup>17</sup>»

#### 2.3.2.3 Agoraphobie ou ochlophobie non diagnostiquée

Le patient a également peur des foules, ce qui rend ses déplacements plus limités. Il ne prend pas l'autobus (entrée du 19 mars 1987) pour cette raison. Son inconfort en contexte public est soulevé à plus d'une reprise dont le 19 février 1997. Son permis de conduite est révoqué après que Charles ait été arrêté pour conduite avec facultés affaiblies en 1997.

#### 2.3.2.4 Agressions verbales et menaces

À plusieurs instances, le patient s'emporte et menace des membres du personnel soignant. Il passe également des commentaires inappropriés et à connotation sexuelle à l'endroit des infirmières. Il est averti à plusieurs reprises lors de ses séjours au Département concernant son comportement irrespectueux et inacceptable. En 1992, un rendez-vous en clinique externe est annulé. Il y va de menaces verbales à l'endroit de la secrétaire du psychiatre : « Il a fait encore

---

<sup>16</sup> Archives centrales Hôpital Montfort (ACHM), Notes d'évolution – psychiatrie : infirmière, 15 avril 1987.

<sup>17</sup> Archives centrales Hôpital Montfort (ACHM), Notes d'évolution – psychiatrie : infirmière, 4 octobre 2005.

des menaces verbales violentes au téléphone avec ma secrétaire. [Charles] voulait me voir sinon il amènerait une arme à la clinique externe »<sup>18</sup>.

Revenons sur l'entrée du 31 mars 1992 classée dans les notes d'évolution. Un document au dossier précise que l'incident s'est plutôt produit en février. Ce rapport du médecin stipule que le patient, qui n'observe pas son traitement et manque des rendez-vous à toutes les deux semaines, se serait présenté sans rendez-vous en demandant à ce qu'on lui signe un formulaire d'incapacité. Lorsque le médecin refuse, le patient se met à le menacer verbalement. Plus tard, le patient se présente au secrétariat agité et harcèle la secrétaire. Il brandille son dossier médical qu'il avait volé quelques jours plus tôt. Le médecin se désole de devoir mettre fin à la relation soignant-soigné avec ce patient. Son rapport se lit comme suit : « Vu ce bris important des limites, dans un cadre thérapeutique, j'ai décidé que je cessais à ce jour de prendre soin de ce patient en aucune circonstance. Je trouve cette situation très déplorable »<sup>19</sup>.

#### 2.3.2.5 Comorbidités physiques

En 2001, Charles apprend être séropositif. Il est soigné à l'Hôpital Général d'Ottawa. En février 2002, il a un épisode de convulsions alors qu'il se trouvait dans sa voiture. Plusieurs mentions font référence à un problème d'insomnie; il reçoit d'ailleurs des prescriptions pour contrer sa condition, dont du triazolam. En 2004, un médecin soupçonne fortement un désordre cognitif

---

<sup>18</sup> Archives centrales Hôpital Montfort (ACHM), Notes d'évolution – psychiatrie : psychiatre, 18 mars 1992.

<sup>19</sup> Archives centrales Hôpital Montfort (ACHM), Rapport – psychiatrie : psychiatre, 11 février 1992.

secondaire au VIH. Enfin, on rapporte des épisodes d'infections opportunistes, comme le zona, le complexe *Mycobacterium avium* (MAC) et le muguet<sup>20</sup>.

Outre ces quelques mentions, peu de renseignements sont disponibles quant à l'état physique du patient. Un médecin mentionne toutefois en 2003 que Charles souffre de douleur chronique : « This patient reports chronic pain involving his left chest wall »<sup>21</sup>.

#### 2.3.2.6 Problèmes avec la justice

Plusieurs événements impliquant la justice ainsi que le Département de police de la Ville d'Ottawa sont décrits dans le dossier médical du patient. Ces événements sont décrits dans les notes d'évolution psychiatrique de la clinique externe, entre autres, mais sont également corroborés par divers documents fournis, dont des rapports de police. Selon les données disponibles, il est interdit au patient, en 1997, de conduire pour une période d'un an, suivie d'une période probatoire de trois ans, après avoir été arrêté en état d'ébriété. Charles doit se rendre à la clinique une fois par mois afin de compléter des tests d'urine. Il lui est également strictement interdit, à partir de ce moment, de posséder une arme, et ce, pour une période de dix ans, bien qu'on n'indique nulle part au dossier s'il en possédait une auparavant. Le 8 octobre 1997, le patient est reconnu non criminellement responsable pour cause de troubles mentaux, après avoir été arrêté au volant en état d'ivresse<sup>22</sup>. En 2002, il doit compléter 95 heures de travaux communautaires afin de payer ses nombreuses contraventions, dues à la Ville de Hull, qui totalisent environ 800\$. Le 23 septembre 2005, Charles comparaît et est reconnu coupable d'un

---

<sup>20</sup> Archives centrales Hôpital Montfort (ACHM), The Ottawa Hospital, Consultation / Clinical Note Clinique : médecin, 10 octobre 2003.

<sup>21</sup> Archives centrales Hôpital Montfort (ACHM), The Ottawa Hospital, Consultation / Clinical Note Clinique : médecin, 10 octobre 2003.

<sup>22</sup> Archives centrales Hôpital Montfort (ACHM), Notes d'évolution – psychiatrie : infirmière, 8 octobre 1997.

délict. Le 30 novembre 2005, le patient est convoqué en cour pour vol à l'étalage, vol d'une valeur de 1 000\$. Il se voit imposé trois années de probation pour son implication criminelle. En 2005, il se voit également forcé d'habiter chez sa mère, dû à une ordonnance de la cour. En 2006, le 27 juillet, un rendez-vous en clinique externe est annulé, puisque le patient se trouve en prison. Il y restera pour une durée approximative de six mois.

#### 2.3.2.7 Nier ses conditions médicales

Malgré tous les suivis cliniques, Charles refuse toujours d'accepter son diagnostic médical et se voit souvent nier avoir des symptômes associés à la schizophrénie et au trouble bipolaire.

In any event, he denied symptoms of a bipolar disorder or schizophrenia in today's assessment. He also has a prescription drug dependency. He has been on multiple sedative medications, which in my opinion could have detrimental effects on his already vulnerable brain.

#### 2.3.2.8 Attitude

Le patient est parfois difficile à contenir. Il ne respecte pas les consignes et agit souvent de façon inappropriée envers les professionnelles de la santé. Plusieurs commentaires et gestes à caractère sexuel sont formulés à l'égard des infirmières. À plusieurs reprises, et ce même après plusieurs avertissements, le patient se met à fumer dans sa chambre au Département de psychiatrie de Montfort. Ses cigarettes et son briquet seront confisqués; le patient devra se rendre au poste des infirmières pour les récupérer avant chaque sortie. Le patient oscille souvent entre trois états distincts, soit le ton agressif, le repli sur soi et la socialisation positive avec les autres patients. Il aime se rendre au vivoir du Département lorsqu'il est d'humeur à socialiser.

### 2.3.2.9 Ressources exploitées vs non exploitées

En 1996, il accepte de rencontrer un ergothérapeute pour apprendre à utiliser un programme informatique. Il ne se présente toutefois pas au premier rendez-vous, et décide d'annuler le tout plus tard. En 1997, il se procure un chien, ce qui semble avoir plusieurs effets bénéfiques (zoothérapie) chez lui. Il prend des promenades avec son chien, selon une infirmière. Enfin, une rencontre avec une neuropsychologue était prévue en date du 13 octobre 2006; le patient change d'idée et refuse d'avoir recours à ce type de services dans le futur.

### 2.3.3 Documents connexes

#### 2.3.3.1 Notes de sortie

**RÉSUMÉ À LA SORTIE**

DATE D'ADMISSION: Le 21 juin 2005.

DATE DE CONGÉ: Le 27 juin 2005.

DIAGNOSTIC FINAL:

Axe I : Trouble d'adaptation avec dépression, histoire antérieure de désordre bipolaire.

Axe II : Désordre de personnalité "NOS".

Axe III : HIV positif (sous traitement), hépatite B.

Axe IV : Conflit grave avec son frère avec lequel il habite chez leur mère.

Axe V : À l'admission 30, au congé 50, meilleur depuis un an 50.

Ce patient célibataire, âgé de 42 ans, qui nous est déjà connu au département de psychiatrie étant suivi à la clinique externe de psychiatrie et ayant sa dernière hospitalisation au mois de mars 2004 a été réadmis essentiellement dans les mêmes circonstances qu'à sa dernière hospitalisation du printemps de 2004.

Figure 10. Résumé à la sortie, 27 juin 2005.

Le document ci-haut fait état du diagnostic final posé lors d'une admission au Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort. D'autres informations pertinentes, provenant du médecin traitant, sont ajoutées à ce résumé de sortie afin d'assembler les détails et le contexte de l'admission. Ainsi, cinq axes sont décrits de façon à respecter le modèle établi par les différentes

éditions du DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux). Ce dernier classifie un diagnostic en cinq parties :

- L'**axe I** renvoie aux troubles majeurs cliniques. Dans l'exemple ci-haut, deux constats sont insérés quant à l'état mental du patient.
- L'**axe II** réfère aux troubles de la personnalité ainsi qu'au retard mental.
- L'**axe III** comprend pour sa part les troubles médicaux ponctuels et physiques.
- L'**axe IV** permet d'établir les facteurs psychosociaux et environnementaux au sein desquels le patient évolue.
- Enfin, l'**axe V** fait état de l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF).

Ce dernier axe figurera à titre de principal intéressé dans l'analyse des résumés à la sortie. D'abord, il est important de noter que l'échelle varie entre 0 et 100 et qu'elle tente de décrire le fonctionnement général du patient. Ainsi, différentes descriptions sont disponibles en fonction du score. Le 27 juin 2005, le médecin stipule dans le résumé à la sortie que le patient se situait à 30 (sur un total de 100) à l'arrivée, et qu'il a été libéré alors qu'il se situait à 50. Afin de contextualiser ces scores, voyons ce qu'ils représentent. Un score de 30 est donné lorsque le patient est affligé par des idées délirantes, des hallucinations et/ou des troubles graves de communication et de jugement. On parle également de grossièreté et d'idéation suicidaire dans certains cas. En bref, le patient semble incapable de fonctionner dans presque tous les aspects de sa vie. Un score de 50, quant à lui, signifie des symptômes importants (idéation suicidaire, obsessions, vols) ainsi qu'une altération sévère des fonctionnements social, professionnel et/ou scolaire.

Deux autres résumés à la sortie étaient inclus dans le dossier médical du patient. Le premier avait été produit en date du 1<sup>er</sup> avril 2004. Le patient était à 35 (altération de la réalité, difficulté à

fonctionner dans plusieurs domaines, incapacité à travailler, négligence) à l'admission, puis à 50 lors de son congé. Le deuxième résumé avait été rédigé en date du 25 août 2005. Le patient avait reçu un score de 10 (danger envers soi-même et/ou autrui, incapacité à maintenir une hygiène corporelle, tentative de suicide avec mort pour objectif conscient) à l'admission et de 50 à sa sortie de l'Hôpital Montfort.

#### 2.3.3.2 Dossier de la cour (force policière d'Ottawa, 16 juin 1996)

Le 15 juin 1996, le patient est arrêté pour :

- Conduite dangereuse, refus d'immobiliser sa voiture, fuite policière.
- Tentative de vol à main armée (possession de couteaux). Plus tard, il est établi que le patient ne voulait pas commettre un vol, mais bien « régler des comptes ».
- Menaces de mort conférées. Le patient aurait dit « Meet me over here and I'm going to kill you ».

Il est reconnu non criminellement responsable l'année suivante, comme mentionné plus tôt.

#### 2.3.3.3 Rapports d'incident

Plusieurs incidents sont répertoriés par l'administration d'un immeuble à logements dans un rapport daté du 11 décembre 2000. On y évoque divers avertissements pour de la musique trop bruyante. Un incident violent survenu le 1<sup>er</sup> décembre dans le bureau administratif est également décrit dans le rapport; le patient crie et tient des propos injurieux envers les employés de l'immeuble. Il y aurait également eu collision entre les deux voitures du patient le 30 novembre; il aurait lui-même foncé dans sa seconde voiture. Cet incident ayant causé une perturbation de la paix, la police est appelée sur les lieux.

Le 13 décembre 2000, un autre avertissement est issu pour harcèlement dans le stationnement (10 décembre) et comportement agressif (12 décembre). Le patient donne des coups dans la porte des voisins, crie, tient des propos injurieux et défait les décorations de Noël des autres résidents, ce qui les préoccupe grandement :

This particular resident that complained [is] very concerned that Mr. [X] will return to her residence and may do more damage than just kick or rip things off her door. Mr [X] was seen swearing and yelling vulgar and obscene language to several apartment doors.<sup>23</sup>

Ce même jour, l'immeuble reçoit un appel de la mère du patient. Elle mentionne qu'une des deux voitures sera vendue et que le patient a agi ainsi faute de pouvoir payer pour sa médication. La direction met la dame au courant du processus d'éviction tout en ajoutant que les résidents et les employés ont peur du patient : « We do not know what he will do next. »<sup>24</sup>

#### 2.3.3.4 Révision de la caution

Le 11 septembre 1996, alors que le patient a été arrêté, un rapport est formulé et va comme suit : « I am requesting that his bail be reviewed since it is felt that he is not a danger to himself or others. »<sup>25</sup> La requête se poursuit en demandant à ce que le patient, si la révision devait être accordée, se rende à tous ses rendez-vous en clinique externe, participe au programme de jour, observe sa médication et habite chez ses parents.

---

<sup>23</sup> Archives centrales Hôpital Montfort (ACHM), Details about the Reason for this Notice: 13 décembre 2000.

<sup>24</sup> Archives centrales Hôpital Montfort (ACHM), Mother called re: 1608A : Direction du logement, 13 décembre 2000.

<sup>25</sup> Archives centrales Hôpital Montfort (ACHM), Bail Review: psychiatre, 11 septembre 1996.

#### 2.3.3.5 Demande de logement subventionné

Lors d'une consultation répertoriée, mais non datée, le patient laisse savoir qu'il souhaiterait déménager et vivre en situation de vie de groupe. Le 31 mars 2004, le psychiatre de Montfort assigné au patient réclame la complicité de *The Social Housing Registry of Ottawa* afin d'aider le patient à se trouver un logement. Voici une partie de cette réquisition :

[The patient] therefore wants to try moving into his own apartment, since living at home has become too stressful and has precipitated this hospitalization.

As this seems to be an ongoing domestic violence situation for over two years, we would appreciate [the patient] receiving "priority status" for subsidized housing.<sup>26</sup>

Le 19 avril 2006, une requête est soumise à *Ottawa Community Housing Corporation*, car le patient n'a pas assez d'argent pour habiter seul. De plus, en restant chez sa mère, il se met dans une condition précaire puisqu'il subit de la violence domestique de la part de son frère. Quelques suivis avec l'organisme *Horizons Renaissance* sont insérés dans le dossier, bien qu'aucun débouché ne soit présenté dans ce dernier.

#### 2.3.4 Consultations cliniques en soins d'urgence

Le patient est suivi par des médecins de l'Hôpital Général d'Ottawa et du Royal Ottawa Hospital (soins de 3<sup>e</sup> ligne). Cela est, entre autres, dû à son refus de se rendre à l'Hôpital Montfort, car il n'aime pas son psychiatre et ne veut pas être considéré schizophrène. Lorsqu'il est questionné sur

---

<sup>26</sup> Archives centrales Hôpital Montfort (ACHM), Demande à The Social Housing Registry of Ottawa: psychiatre, 31 mars 2004.

ses antécédents médicaux, il ne mentionne pas ses épisodes psychotiques et maniaques, ni son trouble de la personnalité.<sup>27</sup>

#### 2.3.4.1 Royal Ottawa Hospital (17 février 1989)

Le patient est agressif et profère des menaces au sein de l'établissement. Approximativement un mois plus tard, voici ce qui est noté au dossier :

Today the patient did not bring any specific complaints, just a vague complaint of life being hard, difficult of being a failure, of not achieving anything, of not even having a chance to start doing anything to improve his life, somewhat despondent and feeling down in the dumps. The patient was not sleeping well and requiring something to settle down and relax.

Selon ce même rapport, les relations familiales du patient sont hostiles. Il n'aurait pas d'amis, ni de système de soutien autre que sa famille. Tous ses périples psychiatriques auraient débuté lors de l'adolescence, alors qu'il aurait été initié aux drogues. Il aurait toutefois réussi à décrocher son diplôme d'études secondaires.

#### 2.3.4.2. Le 24 octobre 2002

Le médecin suggère une rencontre avec un conseiller pour assurer l'adhésion au traitement et l'observance de la thérapie établie. Le patient manque certaines doses, et ce, au minimum à toutes les deux semaines.

---

<sup>27</sup> Archives centrales Hôpital Montfort (ACHM), Report – Psychiatry urgent care consult clinic: médecin, 1<sup>er</sup> juin 2004.

#### 2.3.4.3 Hôpital Général d'Ottawa (22 septembre/10 octobre 2003)

Une requête est déposée pour que le patient et sa mère, qui figure à titre d'aidante naturelle, reçoivent des soins à domicile. Le patient chute de façon régulière et sa mère est incapable de le mobiliser en plus d'avoir de la difficulté à le nourrir. Cette nouvelle stratégie a, entre autres, pour but d'assurer l'observance de la thérapie. Un médecin du Département des maladies infectieuses de l'Hôpital d'Ottawa écrit d'ailleurs au psychiatre de Montfort :

Mr. [X] is weak and slow as I mentioned in my last letter, and is falling all over the house. His mother has difficulty in helping him to keep his medications straight, feed him, and and [sic] he with his bowel function as well. I would like to see some home care in place, and once he is fed and comfortable, have another crack at anti-HIV treatment. (...) <sup>28</sup>

#### 2.3.4.4 Hôpital Général d'Ottawa (1<sup>er</sup> juin 2004)

Le rapport produit par le médecin traitant relate plusieurs faits intéressants. D'abord, il y a mention des infirmières d'une organisation charitable à but non lucratif, les *VON nurses* (Victorian Order of Nurses), qui se rendent chez le patient à raison de trois fois par semaine afin de l'aider à compléter ses tâches ménagères et à prendre soin de son hygiène. Le patient est à risque de chute semble-t-il, lui qui avait chuté par le passé. Sa mère se dit incapable de le mobiliser seule. Il y a également inscription dans ce rapport de quelques mémos quant à l'importance de la mère au sein du processus de soins et des répercussions dues au fait qu'elle ne parle pas anglais et que le médecin ne parle pas français. Cela semble préoccuper ce dernier, puisqu'il aborde le sujet à plus d'une reprise.

---

<sup>28</sup> Archives centrales Hôpital Montfort (ACHM), Rapport Hôpital d'Ottawa à l'intention du psychiatre de Montfort: médecin, 22 septembre 2003.

He was accompanied by his mother who joined the interview. However, she did not speak any English and was unable to contribute collateral information.

Et de poursuivre :

Also, treating this patient in the past, required his mother's involvement which was impossible for me without speaking French.

Un peu plus loin dans le rapport, le médecin ajoute :

He was somewhat disinhibited putting his foot on my desk. His history was difficult to obtain due to his circumstantial and concrete thought form, but also due to difficulties articulating (mild dysarthria) and his being Francophone, albeit with good English.

Le patient persiste dans son désir de ne pas retourner à Montfort, car il n'aime pas son psychiatre. Il nie tout symptôme en lien avec les différents troubles dont il est affecté et semble ennuyé par son diagnostic. Il rejette par ailleurs l'étiquette de schizophrénie.

When I told the patient that he needed to return to see [his doctor], he became angry, saying that he wanted to terminate with him in the future and he would stop all of his medications including his HIV medications. He was reminded that this was again impulsive behavior that could be potentially dangerous and I would not support.

Dans ce rapport, un autre aspect attire l'attention. On y décrit les commencements du parcours psychiatrique du patient selon les dires de celui-ci. Le patient explique qu'il se sauvait des policiers alors qu'il était à bord d'un véhicule motorisé. Les policiers auraient tiré dans sa

direction et il aurait percuté des barricades. Cet incident serait survenu en 1986, et c'est à ce moment qu'il aurait été diagnostiqué schizophrène. Toutefois, la première hospitalisation, si l'on se fie aux registres d'admission catalogué dans le logiciel *FileMaker*, remonte à 1983 alors que le patient recevait déjà un diagnostic de schizophrénie.

#### PAST PSYCHIATRIC HISTORY :

According to the patient, his psychiatric history started with a motor vehicle accident in 1986. He was followed by police, “they were shooting at him” and “he drove through the barricades”. Subsequently, he was “taken to the Royal Ottawa Hospital and received the diagnosis of schizophrenia”. In 1989, he was seen by a psychiatrist through the Department of National Defense and was told that “there was nothing wrong with him”. He was also diagnosed with bipolar disorder at the Montfort Hospital and was followed by several psychiatrists until followed by Dr. [name] for the past four years. Mr. [X] stated that he was admitted to the Montfort Hospital two months ago “to be taken off the pills but was kicked out after six days”. The patient adamantly denied having had maniac symptoms. He also denied depression except for his childhood when his 12-year-old sister drowned. He denied persecutory or grandiose delusions or auditory hallucinations. He denied suicidal thoughts or intentions. He denied the use of street drugs or alcohol, saying “I drank twice this year”. He informed me that he was diagnosed with HIV two years ago but probably “had it since 1996, when he was going out with a girl, who had it”. He denied head injuries, epilepsy or previous

health problems. Is alley status is not clear. The patient refused to have the information from this assessment passed on to his family physician.

I agree with the observation that Mr. [X] suffers from a cognitive disorder secondary to HIV despite his fairly good mini mental status examination. He most likely has a preexisting personality disorder with impulsive behavior, although I do not have collateral history about a major mental disorder. In any event, he denied symptoms of a bipolar disorder or schizophrenia in today's assessment. He also has a prescription drug dependency. He has been on multiple sedative medications, which in my opinion could have detrimental effects on his already vulnerable brain. (...) <sup>29</sup>

#### 2.3.4.5 Hôpital Général d'Ottawa (23 août 2005)

- Tentative de suicide : La mère du patient trouve ce dernier à 10h en matinée avec une lettre de suicide. Il aurait avalé 280 pilules (on ne connaît ni la molécule, ni le dosage).
- Cas connu de dépression depuis trois ans. Selon le patient, cela perdure depuis le décès de son père.
- Mention d'une autre tentative de suicide par pendaison (qui se serait déroulée le 12 janvier 1989 selon un autre rapport du Royal Ottawa Hospital datant de 1989).
- À sa sortie de l'hôpital, il dit au personnel soignant qu'il va se reprendre et qu'il va mieux procéder cette fois-ci. Pour reprendre ses mots exacts : « I am going to do it better this time. ».

---

<sup>29</sup> Archives centrales Hôpital Montfort (ACHM), Report – Psychiatry urgent care consult clinic: médecin, 1<sup>er</sup> juin 2004.

- Le patient est toujours autorisé à consommer du cannabis médical.
- Le patient a fait une apparition à la cour le 12 août dernier pour vol simple. On se demande si le patient n'a pas tenté de se suicider afin d'éviter de comparaître.
- Le patient tente d'embrasser le médecin à la fin de l'entrevue clinique.

### 2.3.5 Hospitalisations

Cinq hospitalisations sont décrites dans le dossier médical; cependant, on dénombre huit hospitalisations pour ce patient tout au long de son suivi clinique. Comme mentionné déjà, les trois hospitalisations dont les notes ne figurent pas au dossier ont été détruites préalablement. Le rapport dénotant l'admission survenue le 21 juin 2005 fait état de plusieurs réalités. D'abord, il y est inscrit que le frère du patient a une ordonnance de la cour pour habiter chez sa mère. Cette dernière découche fréquemment. Cette entrée rapporte finalement que le patient a reçu une autorisation du gouvernement afin de faire pousser et de consommer du cannabis dans le but de réduire ses symptômes apparentés au SIDA. Une autre admission survient, quant à elle, le 23 août 2005 des suites d'une surdose médicamenteuse en geste suicidaire.

Les hospitalisations survenues à l'Hôpital Montfort comprennent 109 entrées alors qu'on en dénombre 13 seulement pour celle survenue à l'Hôpital Général d'Ottawa. Une entrée, dans ce contexte, correspond à une description de l'état du patient, dont la date – et parfois l'heure – est notée en marge. Plusieurs informations sont données concernant l'état du patient. Une entrée implique toujours la signature du professionnel de la santé. Les entrées lors des hospitalisations proviennent des notes nursing, soit les notes écrites par les infirmières impliquées dans le parcours psychiatrique du patient.

### 3. Autres données et observations notables

La lecture de données qui transcendent des décennies permet également de déceler des changements quant à la prise des notes d'évolution en clinique externe, qui se voient devenir plus exhaustives à partir des années 1990. En ce sens, de réelles modifications peuvent être observées. D'abord, à partir de 1990, il semble presque infaillible que les notes suivent un modèle prescrit et plutôt complet. On y inscrit automatiquement des données sur l'humeur et les activités du patient, et ce, même s'il y a peu de changements et que l'information est plus ou moins pertinente. Auparavant, seuls les détails substantiels et/ou en lien avec la médication étaient insérés dans le dossier.

Dans le même ordre d'idées, on peut noter que les notes des psychiatres en clinique externe sont très axées sur la médication et les dosages. Il n'est pas rare de rencontrer des entrées consistant uniquement d'indications pharmaceutiques et médicamenteuses, et ce, principalement avant les années 1990. Dans le dossier médical, il y a d'ailleurs beaucoup de détails sur la posologie et les injections données.

Plusieurs médicaments sont prescrits au patient tout au long de son parcours clinique. En voici quelques exemples répertoriés dans les divers documents (notes infirmières, formulaires d'évolution psychiatrique en clinique externe, notes de sortie) entreposés dans le dossier médical de Charles; les descriptions sont tirées de Médicaments de A à Z (n.d.). À noter que cette liste (tableau 8) n'est pas exhaustive.

| Médicaments | Description                                                                                  |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Clonazépam  | Classe des benzodiazépines. Agit contre les convulsions et l'anxiété. Propice à la sédation. |

|                                        |                                                                                         |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Modecate (fluphénazine)</b>         | Antipsychotique typique.                                                                |
| <b>Duralith (carbonate de lithium)</b> | Agit contre la bipolarité. Anti-maniaque.                                               |
| <b>Piportil (pipotiazine)</b>          | Neuroleptique antipsychotique.                                                          |
| <b>Tranxene (clorazépate)</b>          | Classe des benzodiazépines.                                                             |
| <b>Triazolam</b>                       | Classe des benzodiazépines. Agit contre l'insomnie.                                     |
| <b>Stelazine (trifluopérazine)</b>     | Antipsychotique typique. Agit contre l'anxiété.                                         |
| <b>Prozac (fluoxétine)</b>             | Agit contre la dépression. Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS). |
| <b>Epival (divalproex)</b>             | Anticonvulsivant. Agit contre les troubles bipolaires et épileptiques.                  |
| <b>Trazodone</b>                       | Antidépresseur, anxiolytique et sédatif.                                                |

**Tableau 8. Thérapie médicamenteuse non-exhaustive de Charles.**

## **Conclusion**

À en juger par cette analyse du dossier médical choisi, il va s'en dire qu'un diagnostic de schizophrénie implique un suivi psychiatrique important. Le patient, comme il est possible de le constater, demeure coincé au sein de l'engrenage de soins et n'arrive pas à s'émanciper.

À la lumière des données colligées, plusieurs variables entrent en ligne de compte lorsqu'il est question de comprendre les réalités psychiatriques qui façonnent notre société et nos systèmes de soins. Nous nous sommes ici concentrés sur les entrées significativement importantes qui étaient notées dans le dossier médical, ainsi qu'aux données de genre, d'âge, de diagnostics et aux spécificités associées à la population schizophrène, population dont Charles fait partie. Il va sans dire que plusieurs autres aspects auraient pu être abordés ici, mais nous nous

sommes limités aux données pertinentes, tel qu'évoqué au début de ce chapitre, en lien avec le patient choisi et aux données facilement accessibles de par les fiches sommaires descriptives du registre des admissions. Dans le prochain chapitre, nous discuterons plus en profondeur de l'implication des résultats obtenus en plus de les comparer aux données présentées dans divers écrits scientifiques et rapports gouvernementaux.

## SIXIÈME CHAPITRE DISCUSSION

*L'enfer, c'est les autres.*  
Jean-Paul Sartre, *Huis clos*

*Healing is not linear.*  
Unknown

*Ce n'est pas un signe de bonne santé mentale  
que d'être bien adapté à une société malade.*  
Jiddu Krishnamurti

Les résultats obtenus grâce à la lecture ainsi qu'à l'analyse en profondeur des écrits conservés dans un dossier médical documentant un parcours psychiatrique sur une durée de vingt-trois ans nous ouvrent une fenêtre sur le domaine de soins en psychiatrie. Ce domaine, basé au sein d'une communauté anglophone, mais s'affairant à la dispensation de soins auprès d'une population francophone vivant en contexte linguistique minoritaire, nécessite d'être mieux compris si l'on souhaite le voir évoluer et changer de cap le cas échéant. Ainsi, une meilleure conception des réalités démographiques et uniques de la clientèle dont il est ici question semble constituer une ressource inestimable pour l'avancement et l'amélioration du système offrant des biens et services à une population vulnérable et limitée à bien des égards. Regardons ensemble ce que les résultats présentés lors du précédent chapitre nous révèlent quant au parcours psychiatrique d'un patient évoluant au sein du système de santé mentale de l'Ontario.

En premier lieu, il incombe de réviser les données partagées sur l'ensemble du programme psychiatrique et de les comparer à la littérature existant déjà en la matière. Ensuite, nous pourrons nous attarder au cas de Charles, dont le parcours sinueux permet de confirmer les écrits dominants et les théories déjà bien ancrées. À cet effet, nous nous attarderons aux divers thèmes soulevés lors du cinquième chapitre. En troisième lieu, nous discuterons des données et des

observations notables supplémentaires recueillies de par la lecture du dossier médical. Puis, nous entamerons une réflexion sur le système de soins de santé mentale en fonction des observations faites en lien avec le Programme de santé mentale de l'Hôpital Montfort entre les années 1976 et 2006. Des recommandations imbriquées dans la littérature scientifique seront par la suite partagées. Nous terminerons avec les perspectives futures proposées et les limites de ce projet de recherche.

Puisque la présente thèse en est une de maîtrise et qu'elle se doit d'être concise, certaines pistes, pourtant intéressantes, ne pourront être abordées ici. Cela dit, ces pistes pourront agir à titre de piliers pour le développement de recherches futures, puisque plusieurs éléments laissés de côté à des fins logistiques pourraient être discutés plus en profondeur *a posteriori*.

### **1. Contexte démographique global du Programme de santé mentale de l'Hôpital Montfort**

Les résultats récoltés de par l'analyse des données sociodémographiques auxquelles s'ajoute le nombre de séjours passés au sein du Département nous permettent de tirer diverses conclusions. Rappelons que ces données proviennent des fiches descriptives du registre d'admission catalogué dans le logiciel *FileMaker*. D'une part, les femmes étaient plus présentes que les hommes au sein du Programme de santé mentale de l'Hôpital Montfort, ce qui est bien rapporté par Harrison et Thifault (2014). D'autre part, le parcours des hommes schizophrènes débutait plus tôt que celui des femmes schizophrènes, ce qui corrobore les faits rapportés par la littérature (APA, 2013; Liu et collab., 2013). Plusieurs autres tendances ont été présentées dans le cinquième chapitre. Rappelons toutefois que certaines différences notées entre la population psychiatrique générale et la population schizophrène n'étaient pas concluantes statistiquement. Les tendances observées

individuellement permettent toutefois de comprendre le contexte démographique de cet hôpital entre les années 1976 et 2006 inclusivement.

Ensuite, les femmes étaient, en nombre, plus affectées par les troubles bipolaires, les troubles dépressifs et les troubles de la personnalité que les hommes. Toutefois, selon la littérature, les troubles bipolaires observent un ratio quasi égal entre les hommes et les femmes, tandis que la dépression affecte près de deux femmes pour un homme (Diflorio & Jones, 2010). Pour ce qui est du trouble de la personnalité, les études sont paradoxales. Dans certains cas, les femmes sont plus fréquemment affectées, alors que dans d'autres, aucune différence n'est observée (Sansone & Sansone, 2011). On peut se demander ici si l'échantillon psychiatrique était trop peu important pour atteindre les statistiques soulignées dans la littérature ou si d'autres facteurs auraient pu avoir un impact sur ces résultats.

Enfin, la prévalence des troubles du spectre de la schizophrénie ne semble pas être influencée par le sexe, bien que les études se contredisent à certains égards (Ochoa, Usall, Cobo, Labad, & Kulkarni, 2012). Les études ne sont donc pas concluantes à cet effet.

## **2. Parcours clinico-social d'un patient schizophrène**

La prochaine section vise l'analyse du parcours de vie psychiatrique du patient choisi. Les résultats seront discutés en fonction des thématiques. Nous verrons d'abord le parcours du patient du point de vue de son parcours clinique. Nous nous pencherons ensuite sur les répercussions sociales inhérentes au diagnostic de schizophrénie.

### **2.1 Présentation du patient**

Le patient a reçu plusieurs diagnostics au cours de son parcours psychiatrique. Ces diagnostics changeaient dans le temps et en fonction des épisodes récents. Toutefois, la schizophrénie était

réellement au cœur de ses difficultés cliniques et sociales. Les autres données de pourcentage émettent la contextualisation du patient au sein de la population schizophrène et au sein de la population psychiatrique générale.

Selon la littérature, « les utilisateurs les plus assidus des services spécialisés en psychiatrie [...] sont généralement des hommes, jeunes, sans emploi, vivant seuls, dénués d'un imposant soutien social et qui présentent une double problématique de trouble mental et d'abus de substances » (Carle, Kirouac, & Dorvil, 2014, p. 144). Cette description pourrait être celle du patient que nous avons prénommé Charles. Ce dernier représente donc un patient psychiatisé « typique ».

## **2.2 Description du parcours psychiatrique de Charles**

Nous analyserons ici les résultats en fonction des thématiques soulevées lors du chapitre précédent.

### **2.2.1 Lignes du temps**

Les lignes du temps (Figures 8 et 9) nous permettent réellement de constater la lourdeur d'un diagnostic de schizophrénie, ainsi que les retombées concernant le nombre de consultations cliniques. De plus, elles ne comprennent pas les rendez-vous manqués ou annulés qui sont très fréquents. Pour un patient gravement atteint mentalement, il va de soi que l'organisation et la planification ne sont généralement pas des habiletés bien maîtrisées. Puisque le fonctionnement de ces personnes est altéré, alors les ressources en place devraient être davantage proactives dans le suivi qu'elles offrent. Les nombreuses notes de fermeture démontrent cette difficulté à respecter les besoins en termes de soins. D'ailleurs, les infirmières du *VON (Victorian Order of Nurses)* s'avèrent une ressource inestimable pour le patient et sa mère. Cette ressource aurait

d'ailleurs pu être déployée bien plus rapidement. La première mention de demande d'aide à domicile répertoriée figure au dossier en 2003, alors que le patient reçoit ce service en 2004. C'est à se demander pourquoi un tel service, connaissant les caractéristiques précaires et les limitations chroniques du patient, n'a pas été offert de façon proactive dans les premières années du suivi psychiatrique; suivi qui, rappelons-le, débutait en 1983. Est-ce à cause d'un refus du patient? Ou de l'indisponibilité d'un tel service? Les informations fournies au dossier ne sont pas suffisantes pour établir les bases sur lesquelles le service a été offert en 2004 et non pas plus tôt.

### 2.2.2 Déplacements

Il est difficile pour le patient de se rendre à ses rendez-vous. Il perd son permis de conduire en 1997. Il partage également sa peur des foules, lui qui se sent incapable de prendre l'autobus à cause de l'anxiété subséquemment causée. Ajoutons à cela ses moyens financiers limités. Les déplacements du patient s'en voient donc fort restreints. Pourtant, et en toute connaissance de cause, le système ne s'adapte pas à ces réalités.

Un parallèle peut être fait ici avec la situation de Françoise, une autre patiente psychiatisée de l'Hôpital Montfort dont le parcours a été décrit par l'historienne Marie-Claude Thifault dans l'ouvrage *La fin de l'asile?* (2018). Thifault souligne à cet effet que le voyage en autobus fatigue la patiente. Harrisson ajoute que la famille « assur[e] régulièrement le transport entre les milieux hospitalier et familial » (2016b, p. 45). On peut donc supposer qu'il y a une faille en matière d'accessibilité aux soins, et ce, plus spécialement pour les patients qui n'ont pas la chance d'être bien entourés.

### 2.2.3 Toxicomanie et démêlés judiciaires

Les complications du patient reliées à la polytoxicomanie et à la justice reflètent bien une réalité des patients schizophrènes comme établi lors de la recension des écrits (APA, 2013). Le parcours du patient aurait également débuté suite à une consommation de drogues à l'adolescence (Royal Ottawa Hospital; entrée du 17 février 1989), ce qui renvoie à la littérature en matière de facteurs de risque pour les psychoses (APA, 2013; Liu et collab., 2013). Ces deux problématiques ont bien été répertoriées tout au long du parcours clinique, alors que le patient semble pris dans un cercle vicieux. Elles conduisent d'ailleurs le patient vers des problèmes financiers qui, à leur tour, mènent à une plus grande dépendance des institutions sociales.

### 2.2.4 Commencement du suivi clinique

Le parcours du patient débute en 1983. Peu d'information documente les débuts de celui-ci. On sait toutefois que dès la première hospitalisation, un diagnostic de schizophrénie est posé. Cependant, si l'on se réfère au rapport d'un psychiatre de 2004, ce parcours aurait plutôt débuté en 1986, alors que le patient avait été arrêté après être entré dans des barricades (il se sauvait de la police en voiture). Il est impossible de déterminer si le patient est confus quant à son propre historique ou, encore, s'il ment de façon intentionnée au personnel soignant, puisque cette information n'est mentionnée qu'à une seule reprise (Hôpital Général d'Ottawa; entrée du 1<sup>er</sup> juin 2004).

### 2.2.5 Emploi et problématiques financières

La précarité financière des patients schizophrènes est bien rapportée (Mattsson et collab., 2008). Le recours au programme de *bien-être social* est également courant. Ces deux problématiques fréquentes au sein de cette population ont également été vécues par le patient. La réalité

financière du patient devient un réel obstacle à son émancipation sociale et est à la base du cercle vicieux dont il est prisonnier tout en étant un symptôme de sa condition.

#### 2.2.6 Impulsivité et menaces

Le caractère impulsif et agressif du patient est entériné par plusieurs professionnels de la santé tout au long du suivi psychiatrique. Comme décrit lors de la recension des écrits, les patients schizophrènes fumeurs et ex-fumeurs sont plus impulsifs (Wing et collab., 2012) en comparaison avec la population générale qui présente des traits plus impulsifs pour les fumeurs actuels uniquement. Le patient correspond bien à cette description. Cela a des répercussions sur le personnel soignant qui est épuisé et parfois même offensé. Un médecin finit également par mettre fin à la relation thérapeutique. Les infirmières sont, elles aussi, choquées à quelques reprises des propos sexuels émis à leur endroit. Cela n'aide pas les relations cliniques et, par le fait même, le patient dans son parcours psychiatrique. Il a également de la difficulté à se faire apprécier des résidents de son immeuble à logements. Il n'a pas d'amis et toutes ses relations, familiales ou autres, sont poreuses, ce qui peut avoir des conséquences néfastes sur la vulnérabilité déjà existante du patient. Encore une fois, cette trouvaille du dossier médical permet de corroborer les constats d'études scientifiques déjà existantes, dont ceux décrits dans le DSM-V (APA, 2013).

Cela dit, les patients sont plus à risque d'être victimes de violence, alors que la littérature publiée depuis les années 1990 se penche en majorité sur la violence perpétrée par les personnes schizophrènes (Wehring & Carpenter, 2011). Dans le contexte actuel, le patient est auteur de violence et victime à la fois. Il demeure impossible de déterminer si la violence perpétrée par le patient est en cause pour ce qui est de la violence subie, ou vice-versa. On peut tout de même soupçonner que les deux types de violence contribuent au cycle perpétuel en s'influençant mutuellement.

### 2.2.7 Comorbidités

Un médecin traitant rapporte que le traitement pharmaceutique est excessif. On relate conséquemment la prise de sédatifs, ce qui, selon ce même médecin, serait extrêmement mauvais pour le cerveau déjà vulnérable du patient. Bref, la santé du patient, autant physique que mentale, se voit hypothéquée dès un très jeune âge. Une étude (Hanson, 2012) mentionne également que les patients ont recours à l'usage du tabac pour soulager les symptômes psychotiques. Le patient consomme ici plusieurs autres substances, dont des drogues dures. Il consomme d'ailleurs du cannabis, consommation qui est approuvée par le gouvernement et par la communauté médicale. On peut donc s'imaginer que les drogues, qui auraient contribué au dépérissement de son état psychique de par une consommation précoce excessive à l'adolescence, sont à la fois nocives (précurseurs de psychoses, dépendance, problèmes financiers) et bénéfiques (suite au diagnostic; dans le traitement des symptômes) dans son cas. Ce débat controversé entre les risques et bénéfices a d'ailleurs fait rage tout récemment, et ce, à l'échelle du pays, suite à la légalisation nationale du cannabis récréatif (Fallu, 2017).

### 2.2.8 Anglais, langue seconde

La langue maternelle est d'une importance capitale dans tout parcours psychiatrique comme vu lors de la recension des écrits (LeBel & Rheault, 2018). Les détails archivés dans le présent dossier médical démontrent bien les difficultés rencontrées en lien avec la langue. D'une part, la mère, généralement très impliquée auprès du patient, voit son rôle relégué au second plan lorsque le patient est vu par des médecins et professionnels de la santé unilingues anglophones. Son incapacité à parler l'anglais, jumelée à l'incapacité du personnel soignant de s'exprimer en français, rend la coopération quasi impossible, ce qui limite l'efficacité des interventions. En aucun cas ne mentionne-t-on avoir eu recours à un interprète. Il est décevant que d'observer la

passivité du personnel soignant lors de ces rencontres. Cet incident illustre bien le rôle central qu'occupe la mère du patient tout au long du suivi clinique. Cela dit, la mère n'est pas la seule à éprouver des difficultés avec la langue anglaise. Son fils, qui a pourtant une très bonne connaissance de l'anglais selon son médecin, a de la difficulté à s'exprimer dans sa deuxième langue lorsqu'il ne va pas bien. Cela renvoie à l'importance d'offrir des services dans la langue maternelle des patients vulnérables, et ce, principalement lorsqu'il s'agit de troubles affectant le fonctionnement du cerveau. D'où l'importance de miser sur l'offre active en Ontario, comme suggéré par LeBel et Rheault (2018). En ce sens, comme soulevé par Harrison et Thifault (2014), la langue figure à titre de barrière pour l'accès à des soins de qualité adaptés au patient. Cela est principalement vrai dans le cadre où la mère du patient est pénalisée par son incapacité à parler l'anglais, ce qui a un impact indéniable sur la communication médicale clinique et, donc, sur le parcours psychiatrique subséquent.

### 2.2.9 Étiquettes en santé mentale

Le patient a en horreur ses diagnostics de schizophrénie et de bipolarité. Il ment à plusieurs reprises pour ne pas être enchaîné à ces étiquettes. Il est facile de le comprendre à ce niveau, considérant le fait que de telles étiquettes vous suivent toute votre vie et sont lourdes de sens. Le patient est clairement affecté par l'amoncèlement des diagnostics successifs.

Cela dit, « le refus qu'ont les patients de se laisser examiner et interroger se double souvent de remarques de leur part qui passent pour une ironie mal placée » (Guillemain, 2018, p. 212-213). En ce sens, l'attitude parfois agressive et narquoise du patient peut figurer à titre de masque protecteur, de mécanisme de défense.

Un autre parallèle peut être fait entre Charles et Françoise, la patiente dont le parcours a été dépeint par Thifault (2018). Il est mentionné que cette patiente niait sa maladie. Il y a donc un

détachement explicite des deux patients face aux étiquettes médicales. On peut ainsi se questionner à savoir si ce type de détachement est fréquent au sein des institutions psychiatriques.

#### 2.2.10 Résumés à la sortie

Le patient reçoit son congé de l'hôpital à trois reprises alors qu'il se situe à 50 sur l'échelle de l'évaluation globale de fonctionnement. Est-il responsable que de laisser un patient quitter l'enceinte clinique lorsque son fonctionnement est évalué à 50? Et que dire lorsqu'il y a toujours présence d'idéation suicidaire? Quelles sont les normes en la matière? Le patient est-il réellement apte à retourner dans sa communauté? Ou bien assiste-t-on à une pénurie de lits dans les hôpitaux? Ainsi, laisser les patients partir un peu plus tôt permettrait de « faire de la place » au sein du Département... Peu importe le raisonnement derrière cette pratique, il semble peu réfléchi que de donner son congé à un patient qui pourrait toujours être un danger pour lui-même. Il importe toutefois de soulever l'importante amélioration observée quant à l'état du patient entre l'admission au Département et le congé. Les normes de la pratique médicale imposent également au personnel soignant d'assurer la sécurité du public et du patient en question.

Lors d'un congé, le patient dit à un membre du personnel soignant qu'il va mieux s'y prendre lors de sa prochaine tentative de suicide. On ne mentionne pas si des actions sont prises afin de vérifier les dires du patient ou de le surveiller. Est-il coutume que de libérer un patient dans de telles conditions? Auquel cas, pour quelles raisons considère-t-on que le patient n'est pas réellement en situation de danger potentiel? Cela demeure une piste de réflexion intéressante. De surcroît, des parallèles pourraient être faits avec l'étude des résumés à la sortie de plusieurs autres dossiers médicaux provenant de la banque d'archives de Montfort.

## 2.3 Péripéties sociales

La présence des membres de la famille peut être **bénéfique** et/ou **nuisible** quand un patient est aux prises avec une maladie mentale. Parfois, on assiste à la présence des deux, puisque toute chose ou réalité existe sur un continuum. En ce sens, il y a certaines contradictions soulevées dans ce dossier médical, ce qui démontre la complexité bilatérale des relations interpersonnelles avec les membres de la famille. Nous verrons maintenant les bénéfices et difficultés engendrés par la présence de la famille.

### 2.3.1 Épuisement des figures de soutien

Dans le dossier médical, on soulève à quelques reprises le rôle central qui est joué par la mère du patient. Elle finit toutefois par découcher, elle qui est dépassée par les événements de violence domestique et autres. Des ressources auraient-elles pu être déployées afin de venir en aide à cette dame qui, bien que bien intentionnée, n'avait ni les outils, ni les ressources pour faire face à des situations de crise si intenses? Outre les *VON nurses*, on ne mentionne aucun autre type d'aide au dossier. Quels autres services ont été offerts au patient? Comment assurer un suivi sans l'imposer contre le gré du patient? Encore une fois, l'étude des autres dossiers médicaux nous permettrait ici de décrire les généralités observées par le personnel soignant en matière d'offre de services, et ce, dans le contexte de l'Hôpital Montfort des années 1980, 1990 et 2000.

### 2.3.2 Coordination des ordonnances de la cour

Le patient et son frère sont tous deux forcés d'habiter sous le toit de leur mère, c'est donc dire qu'ils se doivent de cohabiter. Pourtant, cette situation domiciliaire est en cause pour la présence de violence domestique. Cette réalité étant bien documentée dans le dossier médical, il est invraisemblable de même concevoir que le système de justice ait pu ne pas être au courant. Dans

un tel cas, la décision du juge est complètement ahurissante. Si, cependant, les professionnels du système judiciaire n'étaient pas au fait de cette situation précaire, alors il y a eu un réel faux pas en termes de communication entre les différents partis impliqués auprès de Charles. Dans ces deux cas, le tout a été très mal géré. En effet, cet arrangement juridique est à l'origine de tensions importantes au sein du nid familial et est très difficile à naviguer pour la mère qui demeure responsable légalement de ses fils bien que ceux-ci soient tous deux majeurs.

### 2.3.3 Dynamiques familiales et violence domestique

Il est complexe que de tenter de déterminer l'importance du père pour le patient avec le peu d'information fournie dans le dossier médical. En addition, un paradoxe subsiste quant à leur relation. Celle-ci est décrite comme étant tendue. Conséquemment, le personnel soignant note que Charles va bien et qu'il semble soulagé, quelques semaines seulement après le décès du père. Trois ans plus tard, toutefois, le patient révèle qu'il se sent dépressif depuis la mort de son père. Difficile donc d'estimer les réels sentiments du patient. Ceux-ci sont peut-être contradictoires, considérant que les relations familiales peuvent être très complexes et que nous n'avons pas accès à suffisamment d'information sur la question. On peut tout de même considérer les effets bénéfiques et nuisibles bidirectionnels qui s'entrelacent pour former les dynamiques familiales que l'on observe tout au long du tracé psychiatrique.

Le frère et la sœur du patient sont tous deux auteurs de violence domestique à l'endroit du patient. Le frère est mentionné à maintes reprises. On dit d'ailleurs qu'il « précipite » les hospitalisations et les tentatives de suicide. Ceci démontre clairement que la famille et l'entourage peuvent avoir un impact direct sur le parcours psychiatrique d'un patient gravement atteint mentalement, et que cet impact peut être négatif comme positif.

On assiste ainsi à une incidence bilatérale marquée dans la relation santé mentale-famille, c'est-à-dire que le parcours psychiatrique du patient et les membres de la famille s'influencent mutuellement. D'une part, la maladie mène à plusieurs conséquences désastreuses chez la mère qui découche régulièrement. D'autre part, le frère « provoque » les hospitalisations de par son comportement violent et impassible. Ces deux exemples sont les plus limpides, bien que plusieurs autres facteurs font partie intégrante de cette danse tumultueuse et complexe qu'est la dynamique familiale.

### **3. Autres données et observations notables**

La prochaine section repose sur l'analyse des observations supplémentaires accumulées lors de la lecture du dossier médical. Nous analyserons ici le contenu des notes en clinique externe, ainsi que le contenu pharmaco-thérapeutique.

#### **3.1 Notes en clinique externe plus exhaustives dès 1990**

Cette réalisation peut être rattachée au rapport Graham de 1988, rapport qui suggère un nouveau modèle pour les notes infirmières. Ces notes seront formatées différemment et comprendront, selon Harrisson et Thifault, « quatre axes, soit les informations générales, la description physique, la description des habitudes de vie et la description du comportement » (2014, p. 103). Cependant, les notes en clinique externe regroupent les notes de divers professionnels de la santé. Le rapport Graham n'explique donc pas ce changement permanent qui peut être observé à partir de 1990 pour toutes les entrées, bien que celles-ci semblent comprendre ces quatre mêmes axes.

### **3.2 Médication**

On prescrit principalement des antipsychotiques typiques au patient. Ces neuroleptiques entraînent souvent des effets secondaires. Les effets combinés de tous les médicaments prescrits et de toutes les injections subséquentes sont nocifs pour le cerveau du patient; cette conclusion est d'ailleurs tirée par un médecin traitant du patient (Hôpital Général d'Ottawa, entrée du 1<sup>er</sup> juin 2004). On peut penser que cela « confine [...] à une forme d'acharnement thérapeutique et expérimental » (Guillemain, 2018, p. 214). Les utilisateurs se disent conséquemment lourdement affectés par cette médication régulière et considèrent les effets secondaires « visibles et stigmatisants » à plusieurs égards (Rodriguez Del Barrio, Corin, & Poirel, 2001, p. 15).

## **4. Réflexion sur un système complexe**

Les données recueillies de par l'analyse du dossier médical de Charles nous fournissent diverses pistes quant au rendement du système de soins de santé mentale. Dès à présent, nous discuterons de ces trouvailles considérables.

### **4.1 Incapacité d'assurer un suivi**

Les six notes de fermeture dénotent bien la complexité du suivi dont il est question ici. Le patient est libre d'évoluer comme bon lui semble au sein du système. Son suivi s'arrête brusquement et parfois pour quelques mois voire quelques années, jusqu'à ce que le patient soit réadmis au Département de psychiatrie.

Ce qui est dommage ici, c'est que le patient est laissé à lui-même pendant une très longue période de temps et qu'il n'y a aucune façon de lui assurer un suivi ou un traitement pour ses conditions psychiatriques. Pourtant, le patient démontre fréquemment lors des entrées un comportement violent et inapproprié envers le personnel soignant, les autres patients et les

résidents de l'immeuble de son appartement. De plus, selon les documents analysés, il a tenté à deux reprises de s'enlever la vie. Dans un tel contexte, l'État ne devrait-il pas avoir l'obligation d'assurer un suivi à ce patient? Cela renvoie au débat soulevé par Otero (2015) lorsqu'il fait mention de l'équilibre nébuleux entre les libertés individuelles (avoir recours ou non aux services de santé par choix) et la sécurité publique (imposer un suivi à un patient ayant des antécédents de comportements dangereux envers lui-même et envers autrui). Ce débat peut être soulevé suite à l'étude du présent dossier médical, puisque perdre les traces du patient semble trop simple, dans la mesure où celui-ci décide de ne plus se présenter au Département. Pourtant, vu son état de santé mentale chroniquement limité et les divers déboires socio-économiques survenant à travers les années, le patient, tout comme la société d'ailleurs, bénéficierait d'un suivi continu, personnalisé, proactif et communautaire. Cependant, les deux valeurs sociétales évoquées plus haut (libertés individuelles et sécurité publique) sont de nature publique et sont paradoxales à la fois. En ce sens, déterminer la valeur qui a préséance sur l'autre revêt plutôt d'un débat de société.

#### 4.2 Vulnérabilité et double stigmatisation

La vulnérabilité du patient est bien mise en lumière dans le cadre de ce parcours de vie psychiatrique. Il semble y avoir très peu de partenariat entre le personnel soignant et Charles. À l'inverse, un ton paternaliste est bien présent tout au long du parcours psychiatrique, ce qui renvoie au système patriarcal toujours bien enraciné dans les mentalités médicales (Harrison & Thifault, 2014). En ce sens, on considère peu les demandes du patient. On mise surtout sur la pharmacothérapie et les suivis en clinique externe, alors que ces deux traitements sont difficiles à observer pour le patient. Lorsque Charles s'absente de ses rendez-vous, il n'y a aucune entrée sur les raisons potentielles de son refus d'être traité ou sur les stratégies mises en place afin d'adapter

les ressources disponibles. Au contraire, on sent que les professionnels passent à un autre appel. Évidemment, ceci renvoie à une généralité observée lors de la lecture des notes. L'objectif n'est pas de remettre en question la bonne volonté du personnel soignant, mais bien du système qui est peu outillé pour venir en aide aux patients demandants qui, inopportunément, ne « guériront » jamais. C'est d'ailleurs ce qu'évoquent les résultats de Charles en lien avec l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement, puisqu'il n'atteint jamais un score plus important que 50 (sur 100) lors de ses congés du Département. Un système peu flexible laisse peu de place aux parcours atypiques et amoncelle plusieurs failles. Ces failles rendent, à leur tour, improductive l'expérience des patients « déviants ». Sans compter la double stigmatisation du patient, lui qui évolue dans un contexte francophone minoritaire alors qu'il est gravement atteint mentalement.

Dans le cas qui nous intéresse, on ne peut toutefois pas parler de cas atypique. Au contraire, le cas de Charles est relativement typique. La chronicité est un facteur fréquent au sein du Département. De plus, le découragement et l'effacement progressif des membres de la famille sont répertoriés. On a l'impression que Charles tourne en rond pendant plusieurs décennies, lui qui ne réussit pas à stabiliser ses circonstances sociales. Il ne bâtit d'ailleurs jamais de famille ni de carrière. Toute sa vie semble basée sur son parcours psychiatrique, ce qui a des impacts nuisibles sur son travail et son réseau social. Les difficultés financières mènent à des ennuis judiciaires, ce qui joue à son tour sur la précarité avancée de Charles. Tous ces éléments s'enchainent, alors que le patient s'enfonce de plus en plus dans un cercle vicieux inaliénable.

Ce caractère « typique » de Charles a été dénoté pour d'autres patients par différentes chercheuses qui se sont intéressées à la banque d'archives de l'Hôpital Montfort. Rappelons que, dans *La fin de l'asile? Histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XXe siècle* (2018), Marie-Claude Thifault y va d'une description du dossier médical d'une

patiente, qu'elle surnomme Françoise. Elle rapporte que « les revisites sont souvent, du moins dans le cas de Françoise, une triste conséquence de l'urgence à retourner un patient encore fragile au sein de sa famille. » (p. 200) Elle ajoute ceci : « (...) nous croyons que le récit de Françoise, bien que singulier, illustre déjà une part d'universel concernant les contrecoups de la déshospitalisation psychiatrique. » (p. 200) Ces passages démontrent le caractère commun des parcours psychiatriques; les parallèles observés le sont pour plusieurs autres patients du Programme de santé mentale de l'Hôpital Montfort. Un autre article partage d'ailleurs cet avis. Son auteure, Sandra Harrisson (2016b), qui a fait l'étude de trente dossiers médicaux de patients psychiatisés du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort, soutient que « la “déshospitalisation” repose vraiment sur les ressources communautaires, dont le milieu familial est l'acteur principal » et que « les politiques en santé mentale ne semblent pas tenir compte de la charge du *care* demandée aux membres de la famille » (2016b, p. 47). Cela mène au désengagement de la famille, au fil du temps, et, conséquemment, à l'isolement social des patients. Cette conclusion est tirée pour l'ensemble des dossiers analysés, ce qui démontre bien l'universalité de la problématique présentée.

Carlo Ginzburg, historien italien de renom, note de surcroît que les études de cas rendent possible la représentativité de l'« exceptionnel normal ». Il y allait d'ailleurs de l'affirmation suivante lors d'une entrevue tenue pour *Cairn.info* en 2004 :

Cet oxymoron, que je trouve fascinant, a été expliqué par [l'historien Edoardo] Grendi de la façon suivante : il y a des attitudes et des comportements qui sont répandus dans le corps social, et sont donc normaux, mais auxquels nous n'accédons que par des témoignages écrits qui les présentent comme exceptionnels. C'est dire (c'est ma façon

d'interpréter la remarque de Grendi) qu'il y a asymétrie entre les comportements et leurs traces. Mais il y a aussi autre chose dont je me suis rendu compte après coup : il est possible de connaître les comportements normaux en partant de l'étude de certains cas présentés comme exceptionnels (para. 20).

Ce concept renvoie à l'unicité expérientielle d'un patient qui s'inscrit pourtant dans un curriculum omniscient. Ainsi, le parcours étudié dans le cadre de notre étude, bien que spécifique à Charles, comporte des réalités communes et témoigne d'obstacles qui sont rencontrés par une multitude de patients psychiatisés.

#### 4.3 Syndrome des portes tournantes

Ce syndrome bien répertorié au sein de la littérature scientifique est inexorablement présent dans le cadre du présent cas de schizophrénie. Le patient est hospitalisé à huit reprises pour une totalité de 133 jours. La lecture du dossier ne permet pas d'entretenir un quelconque type d'espoir quant à l'amélioration des situations clinique et sociale pour ce patient. Le patient mentionne d'ailleurs lui-même trouver difficile le fait d'être un échec alors qu'il semble incapable de réussir quoi que ce soit. Il devient évident ici que les difficultés psychiatriques du patient ont un effet dévastateur sur son état mental ainsi que sur son estime de soi, ce qui pourrait en retour contribuer davantage au dépérissement de son état global. Le patient semble croire être impuissant face à ses circonstances de vie.

Sachant que le patient est incapable de fonctionner de façon autonome dans la société et qu'il finit toujours par retourner à l'hôpital faute de ressources dans sa communauté et de soutien familial adéquat, pourquoi le système ne devient-il pas plus proactif? Des requêtes sont envoyées

côté hébergement, mais surviennent en 2004 et 2006, alors que le patient évolue de façon précaire et complètement dépendante des institutions de soins et de justice depuis 1983. Pourquoi attend-on si longtemps, soit en 2004, avant de référer les soins à domicile au patient et à sa famille? Pourquoi ne pas mettre en place des maisons d'hébergement à long terme pour les patients qui ne peuvent fonctionner en société sans retourner sans cesse à la case départ? Pourquoi s'obstiner à réintégrer des patients qui ne bénéficient pas de cette autonomie? Comment adapter un système à tous les types de patients psychiatisés? De telles questions méritent une attention particulière, et devraient être davantage abordées au sein des sphères politiques.

## **5. Recommandations**

De par les résultats et observations faites lors de cette étude, je demeure convaincue que tous ne peuvent être réintégrés dans leur communauté. Dans certains cas, la société, comme le patient, peut en souffrir. Et malgré ce besoin de normaliser la santé mentale et d'accueillir les personnes atteintes de divers troubles au sein de la société, les asiles, ou centres de longue durée pour diluer la connotation péjorative du terme précédent, demeurent essentiels pour les patients et leurs familles qui se retrouvent plus souvent qu'autrement seuls, oubliés par un système qui souffre d'un manque flagrant de ressources, financières et autres.

Dans le même ordre d'idées, un article fort intéressant est publié en 1986 par Mona Wasow. Les pistes de réflexions qui y sont énumérées sont curieusement valides pour le présent projet de recherche. L'auteure est elle-même mère d'un patient affecté par un trouble sévère de santé mentale. Contrairement au potentiel d'apparence de conflit d'intérêts, sa proximité à l'enjeu la rend d'autant plus sensible et informée. Cette mère soulève des arguments fort inestimables qui se doivent d'être partagés. D'abord, elle aborde la nécessité de mieux discriminer entre les patients qui peuvent bénéficier de programmes communautaires et ceux qui ne peuvent pas. Elle

ajoute que certains patients sentent n'avoir nulle part où aller. Elle réfère également à Witheridge et Dincin (1985) en dénonçant le fait que bon nombre des hospitalisations se produisent pour des raisons non psychiatriques (absence de logement, problèmes financiers, pauvre hygiène). Comme observé avec Charles, le système a tendance à vouloir voir ses patients quitter rapidement les institutions de soins afin que ceux-ci n'en deviennent pas dépendants. Wasow (1986) propose conséquemment l'instauration de petites institutions déverrouillées pour les personnes qui sont et seront toujours dépendantes afin qu'elles puissent ériger leurs propres communautés. Elle croit fermement que le système se devrait de miser sur le développement d'un continuum plus large de soins. L'auteure cite également Lefley (1985) qui avance que la désinstitutionnalisation ne prend en considération que les droits des patients, et non ceux des familles et de la société. En effet, les parents vieillissants ne devraient pas se voir forcés de prendre en charge leurs enfants adultes dépendants. Actuellement, le droit des patients de rejeter quelconque traitement devient un fardeau pour les membres de la famille.

Wasow clôt le sujet avec la réflexion suivante :

To say that we should maximize their independence and autonomy when it is shown over and over again that many cannot benefit from this practice is doing no one any favor, and does many great harm. (1986, p. 5)

En 2018, le sujet est toujours bien d'actualité, et ce, même si les problématiques étaient déjà connues à la fin des années 1980. Les points soulevés par Mona Wasow font écho aux réalités observées par l'étude du tracé psychiatrique de Charles, alors que ses propositions sont tout indiquées pour répondre aux besoins d'un tel patient. Les résultats présentés ici adhèrent donc au point de vue de cette mère.

Pour sa part, Harrisson reconnaît « l'effet de la chronicisation de la maladie mentale sur le milieu familial et le réseau hospitalier » (2016b, p. 47). Elle décrit bien cet effet dans son aspect longitudinal; les nouveaux diagnostics ne font pas obstruction à l'espoir qu'entretiennent les patients ainsi que les membres de leur famille. Cependant, avec le temps et faute de ressources, les familles se désengagent. Les patients deviennent donc dépendants des institutions hospitalières, jusqu'à ce qu'ils finissent par « tomber » sur un milieu communautaire approprié.

Otero d'ajouter :

Les proches et l'entourage sont souvent à bout de ressources, impuissants, désorientés ou épuisés et, de ce fait, à la recherche d'une forme de prise en charge plus structurée pour certains membres de la famille vulnérables, démunis, dérangeants et parfois menaçants ou agressifs. N'était-ce pas là l'une des fonctions de l'ancien dispositif asilaire qui, dans un autre contexte normatif, institutionnel et historique, cherchait à gérer une partie des ratés de la socialité ordinaire en mettant l'accent sur la seule dimension du mental perturbé? (2015, p. 300-301)

Cet extrait démontre bien l'ironie présente dans l'actuel système de soins. Plutôt que de régler le problème, on l'a simplement déplacé... Et on assiste à la chronicisation de la santé mentale, alors que les carences en ressources et en soutien sont omniprésentes. Ceci mène au processus de transinstitutionnalisation (Carle, Kirouac, & Dorvil, 2014). Dans cette optique, « il semble que la désinstitutionnalisation [...] ait été souvent plus théorique que concrète » (Klein, Guillemain, & Thifault, 2018, p. 17). Marie LeBel (2018) suggère au surplus « la validité persistante de l'hôpital comme lieu d'asile et de réassurance » (p. 184).

La proposition de Marie-Claude Jacques (2016) sur l'instauration de services de proximité prend ici tout son sens, puisque le système se doit d'être plus proactif dans sa prise en charge des patients chroniquement atteints mentalement. Il se doit d'aller à la rencontre des patients, de s'adapter aux réalités uniques de chaque patient. En effet, pour s'adapter, le système doit d'abord comprendre les réalités propres à chacun en allant à la rencontre des patients au sein de leur communauté.

Ainsi, le système de soins devrait miser sur une brochette de services plus adaptés et diversifiés pour les patients psychiatisés chroniquement atteints. La viabilité de résidences permanentes devrait être étudiée, et celles-ci devraient être mises de l'avant le cas échéant. Cela dit, d'autres patients du même Département de psychiatrie avaient accès à de nombreux services. Thifault (2018) partage d'ailleurs être impressionnée par le nombre important de services offerts à la patiente, Françoise, dont elle analyse le parcours. Il faut dire que Charles, pour sa part, refuse à plusieurs reprises les services qui sont mis à sa disposition, et qu'il ne semble pas très déterminé à observer sa thérapie. Il va sans dire que la bienveillance des professionnels de la santé ne peut suffire dans de telles circonstances.

Ajoutons à cela le fait que le système de soins ne semble pas prendre en considération la teneur chronique des troubles de santé mentale. Les services offerts démontrent une bonne gestion des situations de crise ainsi qu'une dispensation impeccable de soins immédiats, mais le système semble omettre le fait qu'un patient schizophrène sera présent non pas pour les mois à venir, mais bien pour les décennies à venir. Comment peut-on mieux accompagner le patient tout au long de son parcours psychiatrique? Cette question est fondamentale si le système souhaite prendre acte du fardeau temporel de la maladie mentale.

Dans le même ordre d'idées, une meilleure formation des intervenants en santé mentale est capitale. Cette formation se doit d'être exhaustive et standardisée. Comme vu lors de la

recension des écrits, les professionnels de la santé qui évoluent dans le domaine de la santé mentale ne sont pas toujours bien outillés et ont parfois plusieurs lacunes en matière de connaissances (Barnes & Toews, 1985). Ces professionnels constituent le lien entre le système de soins et les patients, et ils doivent savoir bien accompagner ces derniers pendant tout le suivi clinique.

Les conclusions tirées des suites de l'étude peuvent sembler fortes. Un travail colossal a cependant été complété dans le but de rendre compte de la réalité de Charles. Un cheminement rigoureux s'est ensuivi et, bien qu'il y ait des limites faisant entrave à l'épanouissement du système de santé, ce dernier se doit d'être dument et justement critiqué. Des décennies se sont écoulées depuis l'avènement du mouvement de désinstitutionnalisation. Pourtant, et en dépit des connaissances que nous possédons sur les lacunes dudit système, celui-ci bat encore de l'aile aujourd'hui. Les problématiques sont nombreuses : difficultés en matière d'organisation des soins, mésestimation de l'importance de la communication intersectorielle, pénurie de fonds publics et politiques de coupures, etc. Il nous appartient donc de dénoncer les tribulations inhérentes aux failles observées.

Certains décrieront peut-être l'omission du principe de responsabilisation individuelle des patients concernés. Nonobstant le caractère indispensable de ce concept sociétal, cette avenue demeure impraticable pour bien des gens dont le fonctionnement, sous toutes ses formes, est altéré. Cette réalité rend infructueuse et désuète la recherche émancipatoire des patients psychiatisés. Dans de telles circonstances, l'État, nous semble-t-il, a le devoir de développer des stratégies visant l'accompagnement des sujets dépendants et vulnérables.

## Limites de l'étude

Les limites de cette étude sont au nombre de cinq. Comme mentionné plus tôt, ce projet trace le parcours d'un patient schizophrène à partir de son dossier médical. Ainsi, la **variabilité externe** est quasi inexistante. Il importe toutefois de répéter que la généralisation des résultats ne figurait pas parmi les objectifs de l'étude. À l'inverse, l'unicité du dossier rend les conclusions d'autant plus riches puisqu'elles n'avaient que rarement été abordées auparavant.

La **subjectivité des notes** figure également à titre de limite. Bien que les notes médicales soient des notes standardisées, définies et enseignées, et qu'elles soient régies par les normes d'exercice professionnel de divers ordres dont l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO, 2009), il n'en demeure pas moins qu'elles sont sujettes aux biais, puisque chaque intervenant en santé mentale possède une conscience, des valeurs et des perceptions propres. Ces dernières peuvent à leur tour influencer sur les analyses faites. Il incombe toutefois de réitérer la nature officielle et rigoureuse des notes médicales; celles-ci deviennent d'ailleurs de plus en plus prisées par les infirmières et historiens ontariens et québécois pour l'édification d'études portant sur les parcours de vie psychiatriques.

Dans le même ordre d'idées, le cadre standardisé des notes en clinique externe **change dans le temps** et en fonction des réformes. Ces changements sont perceptibles lors de la lecture du dossier, puisque les notes deviennent plus exhaustives et répétitives aux alentours des années 90. Les notes ayant été écrites à la main, certains passages étaient malheureusement **illisibles**. Certaines informations ont conséquemment été perdues.

Enfin, la **non-exhaustivité** des notes en clinique externe peut poser problème à bien des égards. Le patient s'absente fréquemment tout au long de son parcours psychiatrique, et ce, jusqu'à ce qu'on perde sa trace, de façon définitive, en 2007. Ainsi, plusieurs informations contextuelles manquent au dossier clinique et à l'analyse de ce dernier. Cette réalité demeure

toutefois un résultat en soi et permet de tirer certaines conclusions quant au système de santé mentale et aux différents services offerts. Il est également important d'ajouter que les absences de plus de trois mois au suivi clinique résultaient en une fermeture de dossier. Le patient, qui revenait parfois plusieurs mois, voire plusieurs années plus tard, se voyait donc diagnostiqué à nouveau, avec des conclusions différentes. Le parcours clinique reprenait donc avec des conclusions nouvelles, différentes des précédentes. Il est d'ailleurs possible d'observer ces coupures dans le suivi clinique. Ajoutons à cela l'absence des notes infirmières, portant sur trois des huit hospitalisations, imputable à la destruction de celles-ci. L'information sur la toute première hospitalisation manque, entre autres, à l'appel, ce qui peut mener à des failles dans l'analyse du dossier de ce patient plus particulièrement.

### **Perspectives futures**

Il serait fort intéressant de parfaire l'analyse démographique du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort en s'attardant aux admissions réalisées depuis 2007. D'autres tendances pourraient être illustrées à l'aide du registre d'admission. Entre autres, il serait possible de présenter les données de durée totale des séjours (en fonction de l'âge, du sexe et du diagnostic) et le nombre de nouveaux cas admis en fonction de l'âge et du sexe pour la population générale. L'analyse des dossiers médicaux d'autres patients schizophrènes pourrait également permettre de déterminer si les conséquences du diagnostic sont, tel que rapporté dans la littérature et les écrits scientifiques, plus importantes pour les hommes que pour les femmes. Aussi, une analyse de plusieurs dossiers pourrait rendre possible l'établissement et la comparaison des tendances. Ajoutons qu'une étude portant sur la médication prescrite en fonction du temps pourrait contribuer à la littérature pharmaco-thérapeutique. Enfin, une analyse de plusieurs dossiers pourrait mener à des résultats plus généralisables dans le futur.

## Conclusion

Le succès du mouvement de désinstitutionnalisation demeure mitigé. Bien que tous peuvent concéder la bienveillance initiale d'un tel mouvement, sa mise en place piteusement gérée et sous-financée contribue encore aujourd'hui aux maux du système et perdure dans son insuccès à l'égard des patients aux réalités complexes. Comme observé tout au long du parcours psychiatrique de Charles, la désinstitutionnalisation n'a pas entraîné une déshospitalisation du patient en question. Au contraire, on assiste plutôt au système de soins qui se décharge de ses responsabilités en les transférant en grande partie aux familles des patients qui ne sont pas suffisamment équipées pour bien accompagner ces derniers. En effet, « la famille n'a ni les ressources ni la force de porter la lourde charge du *care* qui apparemment leur incombe, de façon particulière, dans un contexte de déshospitalisation psychiatrique. » (Thifault, 2018, p. 200)

La maladie mentale n'étant pas une maladie comme les autres, plusieurs sciences se doivent de collaborer dans le but de présenter la problématique sous une approche interdisciplinaire. Le parcours que nous venons d'analyser sous une telle approche dans le cadre de ce projet de recherche est sans l'ombre d'un doute complexe et malheureux à bien des égards. Peu seraient prêts à prendre en charge un tel patient. Pourtant, ce cas représente un seul patient parmi les 53 ayant été hospitalisés à huit reprises au sein du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort. Et que dire des 106 patients ayant été hospitalisés à plus de huit reprises (de 9 à 54 hospitalisations)? De plus, ce patient, malgré ses péripéties familiales nombreuses, pouvait compter sur la présence quasi infaillible de sa mère. Qu'advient-il lorsqu'un patient gravement atteint ne peut être pris en charge par un membre de son entourage? Bref, les parcours sinueux sont loin d'être l'exception à la règle en matière de soins de santé mentale, et le système de soins se doit d'être mieux outillé et plus diversifié s'il désire s'adapter à cette réalité.

## CONCLUSION

*Si vous vous croyez fou,  
cela signifie que vous êtes parfaitement sain d'esprit.  
En effet, un vrai fou ne doute jamais  
de sa santé mentale.*  
Dean Koontz, *Le masque de l'oubli*

La lecture et l'analyse subséquente du dossier médical dont il a été question dans le cadre de ce projet de recherche nous poussent à une évidence presque exubérante : le système actuel conduit certains patients pourtant « typiques », qui sont dépendants et dont les suivis semblent interminables, à des réalités psychiatriques systématiquement difficiles, peu malléables et parfois même abjectes. C'est dans un contexte complexe et parfois même rédhibitoire que la prise en charge des patients gravement atteints mentalement semble aberrante. Il est plus qu'effarant que d'observer le caractère stagnant, immuable, d'un système pourtant bâti dans l'intérêt des communautés et de ses citoyens.

Bien que la réintégration communautaire entraîne son lot d'armes positives, la rhétorique du système de santé se doit de changer afin de permettre l'accroissement du spectre de biens et de services offerts en Ontario. Plusieurs patients ont certainement su bénéficier de la fermeture massive des asiles; cependant, tous les patients ne peuvent être réintégrés. Certains sont contraints d'exister entre les institutions sociétales pour une tranche importante de leur vie; cette certitude rend compte d'un réel besoin pour l'instauration de centres d'hébergement à long terme pour la clientèle psychiatrique. C'est d'ailleurs ce qu'évoquait Mona Wasow (1986), mère d'un patient psychiatisé, dans son article ma foi teinté d'intérêts conflictuels. Nonobstant de ce conflit certain, cette mère de famille demeure une voix cruciale pour la compréhension du système de santé, elle qui a dû le naviguer pour le bien-être de son fils. Et malgré son implication évidente, elle se sentait fréquemment dépassée par les subtilités dudit système. Que dire des patients qui

n'ont pas même le luxe d'avoir une présence à leur côté? C'est sur un tel fond que la révision entêtée des services de santé mentale doit être initiée; nous pouvons faire beaucoup mieux pour ces gens qui n'ont souvent pas les moyens de se battre pour l'obtention de leurs propres droits.

Comment peut-on gérer les cas qui semblent s'éloigner de notre portrait-type idéal? Comment adapte-t-on un système si massif aux individus qui le composent?; individus qui présentent des caractéristiques multiples et qui continuent d'évoluer dans le temps. Comment assurer à tous les patients une expérience clinique positive adaptée à leurs besoins et à leur unicité? Comment offrir des soins à ces patients sans les marginaliser et tout en traitant ces maladies « pas comme les autres »? Comment rendre compte de cette chronicité souvent affiliée aux troubles de santé mentale? Comment entamer la transition d'un système archaïque vers un système inclusif et docile adapté aux réalités individuelles ainsi qu'aux besoins sociétaux? Et, enfin, comment mieux outiller les professionnels de la santé qui évoluent au sein de ce même système? Là sont les questions, les pistes à suivre afin de répondre aux besoins de ces patients, de leurs familles et de toute la société; tous se verront en bénéficier à court et à long termes.

En espérant voir cette thèse contribuer, un tant soit peu, à la discussion ainsi qu'à la réflexion sur la qualité et l'accessibilité des soins en matière de santé mentale en Ontario.

## **CONFLITS D'INTÉRÊTS**

L'auteure déclare ne pas être en conflit d'intérêts.

## REMERCIEMENTS

En premier lieu, je tiens à remercier ma directrice de thèse, Marie-Claude Thifault, pour son appui infaillible, ses conseils avisés ainsi que son écoute bienveillante qui m'auront permis de mener à bien ce projet de recherche. Le résultat n'aurait certainement pas été le même sans sa présence et son assistance consolatoires intarissables.

Je dois également souligner la flexibilité et la disponibilité des membres de mon comité de thèse, Sarah Fraser et Sanni Yaya. Ces attributs auront été extrêmement facilitants à l'achèvement de cette thèse. Je me dois également d'accentuer leur apport considérable quant à l'élaboration de ce projet de thèse.

Je tiens également à remercier la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université d'Ottawa et l'Unité de Recherche en Histoire du Nursing (URHN) pour le soutien financier.

En outre, cette thèse n'aurait pu voir le jour sans le travail acharné de ceux qui se sont affairés à la création d'une base de données portant sur les hospitalisations psychiatriques de l'Hôpital Montfort. Je les remercie pour leur apport incontestable à la recherche en matière de soins de santé mentale.

Enfin, un merci tout spécial s'impose à mes parents, Michel et Joanne, à ma sœur, Véronique, ainsi qu'à mon entourage pour leur soutien incoercible et leurs mots d'encouragement qui m'ont apaisée tout au long de ce projet de maîtrise et qui sauront me procurer l'aplomb et l'endurance nécessaires à la réalisation de mes projets futurs.

## BIBLIOGRAPHIE

- Achim, A. M., Maziade, M., Raymond, E., Olivier, D., Merette, C., & Roy, M. (2009). How Prevalent Are Anxiety Disorders in Schizophrenia? A Meta-Analysis and Critical Review on a Significant Association. *Schizophrenia Bulletin*, 37(4), 811-821. DOI : 10.1093/schbul/sbp148
- Agence de la santé publique du Canada. (26 mars 2012). ARCHIVÉ : Chapitre 3 : Rapport sur les maladies mentales au Canada – Schizophrénie. Tiré de <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/rapport-maladies-mentales-canada/schizophrenie.html>
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic Criteria from DSM-III-R*. Washington, DC : American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC : American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., Text Revision). Washington, DC : Author.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC : Author.
- Archives centrales Hôpital Montfort. (ACHM). Dossier médical, 1983-2007.
- Ashok, A. H., Baugh, J., & Yeragani, V. K. (2012). Paul Eugen Bleuler and the Origin of the Term Schizophrenia (SCHIZOPRENIEGRUPPE). *Indian Journal of Psychiatry*, 54(1), 95–96. DOI : 10.4103/0019-5545.94660
- Association canadienne pour la santé mentale (ACSM). (2019). Information rapide : La santé mentale / la maladie mentale. Tiré de <https://cmha.ca/fr/propos-de-l-acsm/information-rapide-la-sante-mentale-la-maladie-mentale>
- Barnes, G. E., & Toews, J. (1985). Mental Health Professionals Knowledge in the Field of Caring for Chronic Mental Disorders. *Social Science & Medicine*, 21(11), 1229-1233. DOI : 10.1016/0277-9536(85)90271-0
- Bartko, J. J., Strauss, J. S., & Carpenter, W. T. (1974). Part II. Expanded Perspectives for Describing and Comparing Schizophrenic Patients. *Schizophrenia Bulletin*, 1(11), 50-60. DOI : 10.1093/schbul/1.11.50
- Battaglia, J. (2014). Compliance with Medication. Medscape Multispeciality. Tiré de <http://www.medscape.org/viewarticle/418612>
- Bédard, D., Lazure, D., & Roberts, C.-A. (1962). *Rapport de la Commission d'études des hôpitaux psychiatriques*. Québec : Ministère de la Santé du Québec.

Bell Cause pour la cause. (n.d.). Page consultée en 2016, au <http://cause.bell.ca/fr/>

- Bernheim, E. (2014). Quand le droit et la justice contribuent à la marginalisation : Sur la rupture de solidarité sociale en santé mentale au Québec. Dans Doucet, M., & Moreau, N. (dir.), *Penser les liens entre santé mentale et société: Les voies de la recherche en sciences sociales* (141-153). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Briand, C., St-Paul, R., & Dubé, F. (2016). Mettre à contribution le vécu expérientiel des familles : L'initiative pair aidant famille. *Santé Mentale Au Québec*, 41(2), 177. DOI : 10.7202/1037964ar
- Brown, A. S., & Patterson, P. H. (2010). Maternal Infection and Schizophrenia: Implications for Prevention. *Schizophrenia Bulletin*, 37(2), 284-290. DOI : 10.1093/schbul/sbq146
- Brown, G. W., Birley, J. L., & Wing, J. K. (1972). Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders: A Replication. *The British Journal of Psychiatry*, 121(3), 241-258. DOI : 10.1192/bjp.121.3.241
- Cardinal, L., Normand, M., Gauthier, A., Laforest, R., Huot, S., Prud'homme, D., Castonguay, M., Eddie, M., Savard, J. & Yaya, S. (2018). L'offre active de services de santé mentale en français en Ontario : données et enjeux. *Minorités linguistiques et société*, (9), 74-99. DOI : 10.7202/1043497ar
- Carle, M.-È., Kirouac, L., & Dorvil, H. (2014). La désinstitutionnalisation au Québec, 45 ans plus tard : Quels défis pour les services en santé mentale? Point de vue de ses principaux « héritiers ». Dans Thifault, M.-C., & Dorvil, H. (dir.), *Désinstitutionnalisation psychiatrique en Acadie, en Ontario francophone et au Québec: 1930-2013* (141-178). Québec: Presses de l'Université de Québec.
- Carpenter, W. T., Strauss, J. S., & Bartko, J. J. (1974). Part I. Use of Signs and Symptoms for the Identification of Schizophrenic Patients. *Schizophrenia Bulletin*, 1(11), 37-49. DOI : 10.1093/schbul/1.11.37
- Chan, S. W. (2011). Global Perspective of Burden of Family Caregivers for Persons with Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(5), 339-349.
- Chaput, Y. J., & Lebel, M. (2007). Demographic and Clinical Profiles of Patients Who Make Multiple Visits to Psychiatric Emergency Services. *Psychiatric Services*, 58(3), 335-341. DOI : 10.1176/appi.ps.58.3.335
- Coodin, S. (2001). Body Mass Index in Persons with Schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 46(6), 549-555. DOI : 10.1177/070674370104600610
- Cook, J. A., Cohler, B. J., Pickett, S. A., & Beeler, J. A. (1997). Life-Course and Severe Mental Illness: Implications for Caregiving within the Family of Later Life. *Family Relations*, 46(4), 427. DOI : 10.2307/585102

- Corbière, M. (10 avril 2019). Utilisation des banques de données médico-administratives : Forces et défis – Santé mentale au Québec. Tiré de <https://www.erudit.org/fr/revues/smq/2018-v43-n2-smq04494/1058606ar/>
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464-469. DOI : 10.1177/070674371205700804
- Davis, S. (1992). Assessing the "Criminalization" of the Mentally Ill in Canada. *Can J Psychiatry*, 37.
- Dealberto, M. (2013). Are the Rates of Schizophrenia Unusually High in Canada? A Comparison of Canadian and International Data. *Psychiatry Research*, 209(3), 259-265. DOI : 10.1016/j.psychres.2013.01.002
- deMontigny P. & deMontigny, F., (2014). *Théorie du parcours de vie*, Gatineau, QC : CERIF/UQO.
- Diflorio, A., & Jones, I. (2010). Is Sex Important? Gender Differences in Bipolar Disorder. *International Review of Psychiatry*, 22(5), 437-452.
- Doucet, M., & Moreau, N. (2014). *Penser les liens entre santé mentale et société: Les voies de la recherche en sciences sociales*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Drake, R. E., Merrens, M. R., & Lynde, D. W. (2005). *A Norton Professional Book. Evidence-Based Mental Health Practice: A Textbook*. New York, NY : WW Norton & Co.
- Dubois, J. (1976). *Pas de problème : rapport du Comité d'action sur les services de santé en langue française*. Toronto : Ministère de la Santé.
- Fallu, J. (5 octobre 2017). La légalisation rend les psychiatres fous ! *La Presse*. Tiré de [http://plus.lapresse.ca/screens/e43aa0cb-383d-48fd-973d-14bab44eba45\\_\\_7C\\_\\_0.html](http://plus.lapresse.ca/screens/e43aa0cb-383d-48fd-973d-14bab44eba45__7C__0.html)
- Forchuk, C. (2008). Some Psychiatric Survivors can't Survive the System. *The Canadian Nurse*, 104(8), 44-44.
- Gagnon, Y. (2012). *L'étude de cas comme méthode de recherche*. (2<sup>e</sup> ed.). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Gaudet, S., Burlone, N., & Lévesque, M. (2013). *Repenser la famille et ses transitions : Repenser les politiques publiques*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Gayer-Anderson, C., & Morgan, C. (2013). Social Networks, Support and Early Psychosis: A Systematic Review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 22(2), 131-146. DOI : 10.1017/S2045796012000406
- Gherghel, A., & Saint-Jacques, M. (2013). *La théorie du parcours de vie (life course): Une approche interdisciplinaire dans l'étude des familles*. Québec : Presses de l'Université Laval.

- Ginzburg, C. (2004). L'historien et l'avocat du diable. *Genèses*, 54(1), 112. DOI : 10.3917/gen.054.0112
- Global Anti-Stigma Campaigns. (11 juillet 2018). Tiré de <https://www.time-to-change.org.uk/about-us/what-we-do/time-change-global-2018-2020/global-anti-stigma-alliance/global-campaigns>
- Goeree, R., Farahati, F., Burke, N., Blackhouse, G., O'Reilly, D., Pyne, J., & Tarride, J. (2005). The Economic Burden of Schizophrenia in Canada in 2004. *Current Medical Research and Opinion*, 21(12). DOI : 10.1185/030079905X75087
- Graham, R. (1988). *Building Community Support for People: A Plan for Mental Health in Ontario*, Bishop Mills, The Provincial Community Mental Health Committee.
- Guillemain, H. (2018). *Schizophrènes au XXe siècle: Des effets secondaires de l'histoire*. Paris : Alma éditeur.
- Häfner, H., & An der Heiden, W. (1997). Epidemiology of Schizophrenia. *Can J Psychiatry*, 42(2). Tiré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9067063>.
- Hamman, P. (2006). Gérard Noiriel, Introduction à la socio-histoire, Questions de communication. Tiré de <http://questionsdecommunication.revues.org/7762>
- Hanson, D. (2012). Smoking's Ties to Schizophrenia. The Dana Foundation. Tiré de <http://dana.org/News/Details.aspx?id=43220>
- Harrison, S. (2016a). Les notes « Observations de l'infirmière » du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort : Une source archivistique incontournable en santé mentale. *Santé Mentale Au Québec*, 41(2), 69. DOI : 10.7202/1037956ar
- Harrison, S. (2016b). L'effet de la chronicisation de la maladie mentale sur le milieu familial et le réseau hospitalier Est-ontarien : Une étude socio-historique. *Revue Francophone Internationale De Recherche Infirmière*, 2(1), 41-48. DOI : 10.1016/j.refiri.2015.12.002
- Harrison, S. (2017). *Déshospitalisation psychiatrique au sein de la communauté francophone est-ontarienne, 1976-2006 : Une approche sociohistorique* (Dissertation doctorale, Université d'Ottawa). Ottawa.
- Harrison, S., Bruyninx, G., Maccordick, N. M., & Tessier, F. (2015). Note de recherche / Research Note Incursion dans les archives de l'hôpital Montfort : Partir à la quête du processus de « déshospitalisation » des patients hospitalisés sur les unités psychiatriques de courte durée. *CBMH/BCHM*, 32(2), 411-421.
- Harrison, S., & Thifault, M.-C. (2014). Le langage du *care* et les politiques de santé mentale de l'Ontario, 1976-2006. Dans Thifault, M.-C., & Dorvil, H. (dir.), *Désinstitutionnalisation psychiatrique en Acadie, en Ontario francophone et au Québec: 1930-2013* (87-110). Québec: Presses de l'Université de Québec.

- Harrison, S., & Thifault, M.-C. (2018). L'infirmière psychiatrique. Témoin silencieux du processus de déshospitalisation. Dans Klein, A., Guillemain, H., & Thifault, M.-C. (dir.), *La fin de l'asile? Histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XXe siècle* (83-96). France : Presses universitaires de Rennes.
- Hôpital Montfort. (n.d.). *Politiques: En vue de discussions*. [Brochure]. Ottawa : Author.
- Husted, J. A., Ahmed, R., Chow, E. W., Brzustowicz, L. M., & Bassett, A. S. (2010). Childhood Trauma and Genetic Factors in Familial Schizophrenia Associated with the NOS1AP Gene. *Schizophrenia Research*, 121(1-3), 187-192. DOI : 10.1016/j.schres.2010.05.021
- Huxter, M. J. (2012). Prisons: The Psychiatric Institution of Last Resort? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(8), 735-743. DOI : 10.1111/jpm.12010
- Imprisoning the Mentally Ill. (2013). *CMAJ*, 185(3).
- Institut universitaire en santé mentale de Québec. (2009). La désinstitutionnalisation. Page consultée en 2016, au [http://historyofmadness.ca/?option=com\\_content&view=article&id=62&Itemid=43&limitstart=7&lang=fr](http://historyofmadness.ca/?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=43&limitstart=7&lang=fr)
- Jacques, M. (2016). *Processus d'adaptation des personnes vivant avec la schizophrénie et ayant un soutien social limité* (Dissertation doctorale, Université de Sherbrooke, 2016). Sherbrooke.
- Jagadeesh, S. J and Natarajan, S. (2013). Schizophrenia: Interaction between Dopamine, Serotonin, Glutamate, GABA and Norepinephrine. *Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences*, 4(4), 267. Tiré de [http://www.rjpbcs.com/pdf/2013\\_4%284%29/%5B135%5D.pdf](http://www.rjpbcs.com/pdf/2013_4%284%29/%5B135%5D.pdf)
- Jick, T. D. (1979). Mixing Qualitative and Quantitative Methods: Triangulation in Action. *Administrative Science Quarterly*, 24(4), 602. DOI : 10.2307/2392366
- Join the conversation | Mental Health. (n.d.). Tiré de <https://www.headstogether.org.uk/>
- Justice et santé mentale au Québec. (2013). Santé mentale de A-Z - Institut universitaire en santé mentale Douglas. Tiré de <http://www.douglas.qc.ca/info/justice-sante-mentale>
- Keks, N., Mazumdar, P., & Shields, R. (2000). New Developments in Schizophrenia. *Aust Fam Physician*, 29(2), 129-135. Tiré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10743266>
- Klein, A., Guillemain, H., & Thifault, M.-C. (2018). *La fin de l'asile? Histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XXe siècle*. France : Presses universitaires de Rennes.

- Krabbendam, L. (2005). Schizophrenia and Urbanicity: A Major Environmental Influence--Conditional on Genetic Risk. *Schizophrenia Bulletin*, 31(4), 795-799. DOI : 10.1093/schbul/sbi060
- Kuepper, R., Os, J. V., Lieb, R., Wittchen, H., Hofler, M., & Henquet, C. (2011). Continued Cannabis Use and Risk of Incidence and Persistence of Psychotic Symptoms: 10 Year Follow-Up Cohort Study. *Bmj*, 342, 738-738. DOI : 10.1136/bmj.d738
- Lancee, W. J., & Gallop, R. (1995). Factors Contributing to Nurses Difficulty in Treating Patients in Short-Stay Psychiatric Settings. *Psychiatric Services*, 46(7), 724-726. DOI : 10.1176/ps.46.7.724
- Larose-Hébert, K. (2014). Le « passage obligé » : La folie selon Michel Foucault et Erving Goffman. Dans Doucet, M., & Moreau, N. (dir.), *Penser les liens entre santé mentale et société: Les voies de la recherche en sciences sociales* (311-329). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- LeBel, M. (2018). Peut-on parler d'une déshospitalisation des services? Les soins en santé mentale de la minorité de langue officielle dans le Nord-Est ontarien. Dans Klein, A., Guillemain, H., & Thifault, M.-C. (dir.) *La fin de l'asile? Histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XXe siècle* (171-186). France : Presses universitaires de Rennes (PUR).
- LeBel, M., & Dallaire-Blais, F. (2016). Quand les sources traditionnelles ne répondent pas... De quelques stratégies pour broser un portrait sociohistorique de la déshospitalisation en santé mentale dans le Nord ontarien (1950-2010). Dans Thifault, M.-C., & Perreault, I. (dir.), *Récits inachevés: Réflexions sur la recherche qualitative en sciences humaines et sociales* (115-138). Ottawa : Presses de l'Université d'Ottawa.
- LeBel, M., & Rheault, C. (2018). To be ou ne pas être. *Minorités Linguistiques Et Société*, (9), 16. DOI : 10.7202/1043494ar
- Lefley, H.P. (1985). The Role of Family Groups in Community Support Systems. Issue Paper for the 7th NIMH-CSP Learning Community Conference, Rockville, MD, April 28-May 1.
- Lesage, A., Rochette, L., Émond, V., Pelletier, É, St-Laurent, D., Diallo, F. B., & Kisely, S. (2015). A Surveillance System to Monitor Excess Mortality of People with Mental Illness in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(12), 571-579. DOI : 10.1177/070674371506001208
- Levaux, M., & Danion, J. (2011). Impact des déficits cognitifs dans les activités de la vie quotidienne des personnes souffrant de schizophrénie. *Annales Médico-psychologiques, Revue Psychiatrique*, 169(3), 171-174. DOI : 10.1016/j.amp.2011.02.003
- Liu, J. J., Norman, R. M., Manchanda, R., & Luca, V. D. (2013). Admixture Analysis of Age at Onset in Schizophrenia: Evidence of Three Subgroups in a First-Episode Sample. *General Hospital Psychiatry*, 35(6), 664-667. DOI : 10.1016/j.genhosppsych.2013.07.002

- Liu, K. W., Hollis, V., Warren, S., & Williamson, D. L. (2007). Supported-Employment Program Processes and Outcomes: Experiences of People With Schizophrenia. *American Journal of Occupational Therapy*, 61(5), 543-554. DOI : 10.5014/ajot.61.5.543
- Lurie, S., & Goldbloom, D. S. (2015). More for the Mind and Its Legacy. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 34(4), 7-30. DOI : 10.7870/cjcmh-2015-007
- Martens, L., & Addington, J. (2001). The Psychological Well-Being of Family Members of Individuals with Schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36(3), 128-133. DOI : 10.1007/s001270050301
- Masand, P.S., Roca, M., Turner, M.S., and Kane, J.M. (2009). Partial Adherence to Antipsychotic Medication Impacts the Course of Illness in Patients With Schizophrenia: A Review, *Primary Care Companion Journal of Clinical Psychiatry*. 11(4), 147–154. DOI : 10.4088/PCC.08r00612 PMID: PMC2736032
- Mattsson, M., Topor, A., Cullberg, J. et Forsell, Y. (2008). Association Between Financial Strain, Social Network and Five-Year Recovery from First Episode Psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(12), 947-952.
- Médicaments de A à Z. (n.d.). Tiré de <https://sante.canoe.ca/drug>
- Ministère de la Santé de l'Ontario. (1993). *Mettre la personne au premier plan. La réforme des services de santé mentale en Ontario [Putting People First]*. Toronto : Ministère de la Santé de l'Ontario.
- Ministère de la Santé de l'Ontario. (1999). *Franchir les étapes. Cadre de prstation des services de santé mentale et des services de soutien connexes [Making It Happen]*. Toronto : Ministère de la Santé de l'Ontario.
- Morrison, A.K., Gillig, P. M. (2009). Cognitive Behavior Therapy for People with Schizophrenia. 6(12), 32–39.
- Mowbray, C. T., Bybee, D., Harris, S. N., & Mccrohan, N. (1995). Predictors of Work Status and Future Work Orientation in People with a Psychiatric Disability. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(2), 17-28. DOI : 10.1037/h0095444
- NAMI. (2013). What is Schizophrenia. Tiré de [http://www.nami.org/factsheets/schizophrenia\\_factsheet.pdf](http://www.nami.org/factsheets/schizophrenia_factsheet.pdf)
- Narayan, C. L., Shikha, D., & Shekhar, S. (2015). Schizophrenia in Identical Twins. *Indian Journal of Psychiatry*, 57(3), 323–324. DOI : 10.4103/0019-5545.166635
- Newman, D. (1998) Mental Health : 2000 and Beyond. Strengthening Ontario's Mental Health System, Ministry of Health and Long-term Care of Ontario. Tiré de <http://www.health.gov.on.ca/en/public/publications/mental/mentalreform.aspx>

- Noiseux, S., & Ricard, N. (2005). Le rétablissement de personnes vivant avec la schizophrénie. *Perspective Infirmière*.
- Ochoa, S., Usall, J., Cobo, J., Labad, X., & Kulkarni, J. (2012). Gender Differences in Schizophrenia and First-Episode Psychosis: A Comprehensive Literature Review. *Schizophrenia Research and Treatment*, 2012, 1-9. DOI : 10.1155/2012/916198
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). (2009). Norme d'exercice. La tenue de dossiers, édition révisée de 2009. Page consultée le 24 avril 2016, au [https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51001\\_documentation.pdf](https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51001_documentation.pdf)
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2018). Principaux repères sur la schizophrénie. Tiré de <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Os, J. V. (2002). Cannabis Use and Psychosis: A Longitudinal Population-based Study. *American Journal of Epidemiology*, 156(4), 319-327. DOI : 10.1093/aje/kwf043
- Otero, M. (2015). *Les Fous dans la cité Sociologie de la folie contemporaine*. Québec : Éditions du Boréal.
- Palumbo, C., Volpe, U., Matanov, A., Priebe, S. et Giacco, D. (2015). Social Networks of Patients with Psychosis: A Systematic Review. *BMC Research Notes*, 8(1), 1-12. DOI : 10.1186/s13104-015-1528-7
- Perreault, I., & Thifault, M.-C. (2017). Behind Asylum Walls: Studying the Dialectic Between Psychiatrists and Patients at Montreal's Saint-Jean-de-Dieu Hospital (1873-1950). *Social History of Medicine*.
- Pringsheim, T., Kelly, M., Urness, D., Teehan, M., Ismail, Z., & Gardner, D. (2017). Physical Health and Drug Safety in Individuals with Schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(9), 673-683. DOI : 10.1177/0706743717719898
- Psychiatric Epidemiology, 43(12), 947-952.
- Read, A. (Septembre 2009). Psychiatric Deinstitutionalization in BC: Negative Consequences and Possible Solutions. *BCMj*. Tiré de [https://ubcmmedicaljournal.files.wordpress.com/2015/11/ubcmj\\_1\\_1\\_2009\\_25-26.pdf](https://ubcmmedicaljournal.files.wordpress.com/2015/11/ubcmj_1_1_2009_25-26.pdf).
- Reimherr, F., Swartz, M. S. et Olsen, J. L. (2010). Substance Use in Persons with Schizophrenia: Incidence, Baseline Correlates, and Effects on Outcome. Dans Stroup, T. S., & Lieberman, J. A. (dir.) *Antipsychotics Trials in Schizophrenia* (p. 189-206). New York, NJ : Cambridge University Press. Tiré de <http://www.e-library.esut.edu.ng/uploads/pdf/5556122498-antipsychotic-trials-in-schizophrenia.pdf#page=209>

- Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2002). Risky Families: Family Social Environments and the Mental and Physical Health of Offspring. *Psychological Bulletin*, 128(2), 330-366. DOI : 10.1037//0033-2909.128.2.230
- Rice, V. H. (2012). Theories of Stress and its Relationship to Health.
- Risse, G. B. and Warner, J. H. (2012). Reconstructing Clinical Activities: Patient Records in Medical History. *Social History of Medicine*, 5(2), 183–205.
- Rodriguez Del Barrio, L., Corin, E., & Poirel, M. (2001). Le point de vue des utilisateurs sur l'emploi de la médication en psychiatrie : une voix ignorée. *Revue québécoise de psychologie*, 22(2).
- Ronald, J., & Diamond, R.J. (2012). Wisconsin Public Psychiatry Network Teleconference Social Skill Training for People with Schizophrenia. Tiré de [http://www.dhs.wisconsin.gov/mh\\_bcmh/docs/confandtraining/2012/9-27-12SkillTraining6SlidesPerPage.pdf](http://www.dhs.wisconsin.gov/mh_bcmh/docs/confandtraining/2012/9-27-12SkillTraining6SlidesPerPage.pdf)
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2011). Gender Patterns in Borderline Personality Disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 8(5), 16–20.
- Schizophrenia. (2018). Tiré de <http://www.mentalhealthamerica.net/conditions/schizophrenia>
- Sealy, P., & Whitehead, P. C. (2004). Forty Years of Deinstitutionalization of Psychiatric Services in Canada: An Empirical Assessment. *Can J Psychiatry*, 49(4). Tiré de <https://www1.cpa-apc.org/Publications/Archives/CJP/2004/april/sealy.pdf>.
- Shallice, T., Burgess, P. W., & Frith, C. D. (1991). Can the Neuropsychological Case-Study Approach Be Applied to Schizophrenia? *Psychological Medicine*, 21(03), 661. DOI : 10.1017/s0033291700022303
- Shera, W., Aviram, U., Healy, B., & Ramon, S. (2002). Mental Health System Reform. *Social Work in Health Care*, 35(1-2), 547-575. DOI : 10.1300/j010v35n01\_11
- Simmons, H. G. (1990). Unbalanced Mental Health Policy in Ontario, 1930-1989, Toronto, Wall and Thompson.
- Société Québécoise de la Schizophrénie (SQS). (n.d.). Schizophrénie. Tiré de <https://www.schizophrenie.qc.ca/fr/symptomes>
- Sockalingam, S., Shammi, C., Powell, V., Barker, L., & Remington, G. (2010). Determining Rates of Hepatitis C in a Clozapine Treated Cohort. *Schizophrenia Research*, 124(1-3), 86-90. DOI : 10.1016/j.schres.2010.06.005
- Spitzer, R. L., & Williams, J. B., & American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Washington, DC : Author.
- Spreat, S. (2002). The Impact of Deinstitutionalization on Family Contact. Research in

Developmental Disabilities, 23(3), 202-210. DOI : 10.1016/s0891-4222(02)00098-712

St-Amand, N. (2000). Des noms qui en disent long... *Reflets: Revue D'intervention Sociale Et Communautaire*, 6(1), 36. DOI : 10.7202/026294ar

Stancliffe, R. J., & Lakin, K. C. (2006). Longitudinal Frequency and Stability of Family Contact in Institutional and Community Living. *Mental Retardation*, 44(6), 418-429. DOI : 10.1352/00476765

Stanford University Students. (n.d.). About. Palladio, Stanford Humanities + Design, Tiré de <https://hdlab.stanford.edu/palladio/about/>

Statistiques sur la santé mentale (IRSC). (2014). Page consultée en 2016, au <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/47914.html>

Stevens, A. K., McNichol, J. et Magalhaes, L. (2009). Social Relationships in Schizophrenia: A Review. *Personality and Mental Health*, 3(3), 203-216. DOI : 10.1002/pmh.82

Strauss, J. S., Carpenter, W. T., & Bartko, J. J. (1974). Part III. Speculations on the Processes That Underlie Schizophrenic Symptoms and Signs. *Schizophrenia Bulletin*, 1(11), 61-69. DOI : 10.1093/schbul/1.11.61

Stuart, H. L., & Arboleda-Florez, J. (2000). Homeless Shelter Users in the Postdeinstitutionalization Era. *Canadian Journal of Psychiatry*.

Tandon, R., Gaebel, W., Barch, D. M., Bustillo, J., Gur, R. E., Heckers, S., ...Carpenter, W. (2013). Definition and Description of Schizophrenia in the DSM-5. *Schizophrenia Research*, 150(1), 3-10. DOI : 10.1016/j.schres.2013.05.028

The New DSM-5: Schizophrenia Spectrum And Other Psychotic Disorders. (n.d.). Tiré de <https://www.mentalhelp.net/articles/the-new-dsm-5-schizophrenia-spectrum-and-other-psychotic-disorders/>

Thifault, M.-C. (2015) Des existences et des singularités dans le discours historique. Les lettres de Marguerite-Marie, 1921-1950. Dans Klein, A., & Parayre, S. (dir.), *Histoire de la santé (XVIIIe-XXe siècles). Nouvelles recherches francophones* (123-139). Québec : Presses de l'Université Laval.

Thifault, M.-C. (2016). Travailler la 'matière-émotion' : une approche microhistorienne. Dans Perreault, I., & Thifault, M.-C. (dir.), *Récits inachevés. Réflexions sur la recherche qualitative en sciences humaines et sociales* (139-154). Ottawa : Presses de l'Université d'Ottawa.

Thifault, M.-C. (2018). Les contrecoups de la déshospitalisation psychiatrique : l'exemple du parcours transinstitutionnel de Françoise. Dans Klein, A., Guillemain, H., & Thifault, M.-C. (dir.) *La fin de l'asile? Histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XXe siècle* (189-200). France : Presses universitaires de Rennes (PUR).

- Thifault, M.-C., & Dorvil, H. (2014). *Désinstitutionnalisation psychiatrique en Acadie, en Ontario francophone et au Québec: 1930-2013*. Québec: Presses de l'Université de Québec.
- Thifault, M.-C., Lebel, M., Perreault, I., & Desmeules, M. (2012). Regards croisés Ontario-Québec : Les services de soins de santé mentale des communautés de langue officielle en situation minoritaire de 1950 à nos jours. *Reflets: Revue d'intervention sociale et communautaire*, 18(2), 122. DOI : 10.7202/1013176ar
- Thifault, M.-C., & Perreault, I. (2016). *Récits inachevés: Réflexions sur la recherche qualitative en sciences humaines et sociales*. Ottawa : Presses de l'Université d'Ottawa.
- Traisnel, C., & Forgues, É. (2009). La santé et les minorités linguistiques : L'approche canadienne au regard de cas internationaux. *Francophonies d'Amérique*, (28), 17. DOI : 10.7202/044981ar
- Valentina Moya, S. (2018). L'infirmière psychiatrique, leader de l'équipe multidisciplinaire : Étude de cas, Hôpital Montfort, 1976-2002. *Minorités linguistiques et société*, (9), 246–267. DOI : 10.7202/1043505ar
- Vaughn, C. E. (1984). Family Factors in Schizophrenic Relapse. *Archives of General Psychiatry*, 41(12), 1169. DOI : 10.1001/archpsyc.1984.01790230055009
- Verdolini, N., Attademo, L., Agius, M., Ferranti, L., Moretti, P., & Quartesan, R. (2015). Traumatic Events in Childhood and their Association with Psychiatric Illness in the Adult. *Psychiatria Danubina*.
- Wasow, M. (1986). The Need for Asylum for the Chronically Mentally Ill. *Schizophrenia Bulletin*, 12(2), 162-167. DOI : 10.1093/schbul/12.2.162
- Wehring, H. J., & Carpenter, W. T. (2011). Violence and Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37(5), 877–878. DOI : 10.1093/schbul/sbr094
- Wing, V. C., Moss, T. G., Rabin, R. A., & George, T. P. (2012). Effects of Cigarette Smoking Status on Delay Discounting in Schizophrenia and Healthy Controls. *Addictive Behaviors*, 37(1), 67-72. DOI : 10.1016/j.addbeh.2011.08.012
- Witheridge, T. F., & Dincin, J. (1985). The Bridge: An Assertive Outreach Program in an Urban Setting. *New Directions for Mental Health Services*, 1985(26), 65-76. DOI : 10.1002/ymd.23319852609
- World Health Organization. (1978). *Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death: Based on the Recommendations of the Ninth Revision Conference, 1975, and adopted by the Twenty-ninth World Health Assembly*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization.