Les consultations à la salle d'urgence psychiatrique

comparaison entre des échantillons brésiliens et québécois

par Marina Bandeira et Henri Dorvil

Le phénomène de la « porte tournante » dans les hôpitaux psychiatriques marque la réalité de divers pays qui ont mis en branle, depuis plusieurs années, le processus de désinstitutionnalisation et de réinsertion sociale des personnes malades mentales[1,2,3]. Des taux élevés de réhospitalisation, autour de 55 à 75 p. 100[4,5], résistent à plusieurs efforts visant à étudier et à comprendre les facteurs reliés à ce phénomène[4,6] ainsi qu'aux diverses tentatives d'améliorer les conditions de réinsertion sociale de ces patients, pour prévenir des réhospitalisations[7].

Dans le but de comprendre davantage le phénomène, cette étude descriptive vise à comparer les caractéristiques des patients qui fréquentent l'urgence psychiatrique de l'hôpital Louis-H. Lafontaine, à Montréal, à celles des patients qui consultent à l'urgence de l'Hôpital psychiatrique public Fhemig, situé à Barbacena au Brésil. Le premier hôpital étant caractérisé d'une certaine manière par la désinstitutionnalisation et le deuxième ne prônant pas cette politique de santé mentale, l'étude permettra de comparer deux réalités fort différentes, pouvant éclairer certains aspects du problème.

Revue de la littérature médicale

Les patients qui fréquentent la salle d'urgence psychiatrique de l'hôpital Louis-H. Lafontaine ont été décrits[4] comme des patients qui présentent les caractéristiques suivantes : ce sont surtout des jeunes (moins de 30 ans), de sexe masculin, célibataires, de statut socio-économique précaire, d'un bas niveau de scolarité (secondaire), sans emploi régulier (75,30 p. 100 en dehors du marché du travail) et ils présentent des diagnostics graves, surtout la psychose et des troubles de la personnalité.

Les taux élevés de réhospitalisation de ces patients ont été reliés aux conditions inappropriées de leur réinsertion sociale dans la communauté, telles que : le fait d'habiter seul ou en chambre (37,21 p. 100 des patients), le manque d'un étroit suivi psychiatrique (54,98 p. 100 n'ont pas été vus en clinique externe dans les six mois précédant la consultation et, parmi les 45,02 p. 100 qui ont été vus, 12,5 p. 100 l'ont été une seule fois), la prise irrégulière de la médication, le manque d'une activité significative[4].

Les différents résultats de plusieurs études semblent donc pointer dans la même direction, mettant en relief un ensemble cohérent de variables cliniques et socio-économiques reliées à la réinsertion sociale des patients psychiatriques. Dorvil[4] souligne que les caractéristiques des patients de la porte tournante sont en général semblables dans plusieurs pays, tels que les États-Unis, l'Angleterre, l'Allemagne, la Nouvelle-Zélande et le Canada. En effet, le profil des patients qui fréquentent la salle d'urgence de l'hôpital Louis-H. Lafontaine ne diffère de celui présenté dans la littérature médicale que dans l'aspect concernant la stabilité du domicile. Le profil décrit les patients comme plutôt nomades, alors que, dans l'étude de Dorvil[4], 57 p. 100 ont gardé le même domicile pendant les cinq dernières années. À part ce dernier aspect, la plupart des variables convergent.

Questions de recherche

Cette homogénéité accentuée dans la description des caractéristiques des patients de la porte tournante dans des études variées, effectuées dans divers pays, reflète-t-elle l'homogénéité du phénomène en soi ? Ou cette convergence de données constitue-t-elle plutôt le reflet de conditions socio-économiques et d'organisation de services qui peuvent être relativement semblables d'un pays à l'autre, au moins sans écarts accentués ? Ou encore, cette clientèle, que constituent les consommateurs de la porte tournante, est-elle un produit de la désinstitutionnalisation ou s'agit-il ici du même type de clientèle qui consulte les urgences psychiatriques dans d'autres contextes ?

Afin de vérifier ces questions, nous avons étudié le profil de la clientèle qui consulte à la salle d'urgence d'un hôpital psychiatrique public situé au Brésil, pays fort différent de ceux cités plus haut. En effet, c'est un pays caractérisé par une profonde inégalité des classes sociales, les estimations de 1987 décrivant une minorité (10 p. 100) qui accapare la moitié de la richesse du pays. Les conditions socio-économiques de la population pauvre qui fréquente les hôpitaux publics sont très pénibles. La classe moyenne fréquente plutôt des

Mme Marina Bandeira, Ph.D. (psychologie), professeur à l'université Funrei-Brésil, a été chercheur-boursier du CNPq-Brésil au centre de recherche Fernand-Seguin (1992-1993). M. Henri Dorvil, Ph.D. (sociologie), professeur au département de travail social de l'Université du Québec à Montréal, est chercheur au Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP) de l'Université de Montréal.

hôpitaux ou des cliniques privés[8].

Selon le document du ministère de la Santé du gouvernement du Brésil, le modèle officiel de santé mentale est encore asilaire et la durée moyenne des séjours est de 54,3 jours, même si une partie du Gouvernement (CONAPS) suggère une durée de 36,5 jours. Le modèle dominant donne priorité au secteur privé. En plus, il n'y a pas de services communautaires pour les patients psychiatriques, à part les consultations externes des hôpitaux psychiatriques, celles-ci étant également limitées[8]. Il s'agit donc d'un pays qui diffère probablement de ceux cités plus haut, tant sur le plan socio-économique que sur celui de l'organisation des services de santé mentale.

Méthode

Cette enquête transversale a été menée à l'hôpital psychiatrique public Fhemig, situé à Barbacena, qui a actuellement une capacité potentielle de 746 lits (618 à long terme et 128 à court terme). Cet hôpital couvre une grande région de l'État du Minas Gerais, soit un ensemble de sept centres régionaux, comprenant 255 petites villes, ainsi que la région rurale. La population réelle de l'hôpital, en décembre 1992, était de 656 patients (554 à long terme et 102 à court terme).

Nous avons fait notre enquête en appliquant un questionnaire, élaboré par Dorvil[4] et traduit en portugais, aux patients psychiatriques qui ont consulté à la salle d'urgence de l'hôpital Fhemig. Il comprend un ensemble de questions qui touchent à des variables socio-démographiques (l'âge, le sexe, l'état civil, le niveau d'éducation, l'occupation, le statut socio-économique, la provenance, le soutien principal, le nombre de déménagements, les liens sociaux), ainsi qu'à des variables cliniques et sociales de la consultation (la médication, le responsable de l'arrivée du patient, la source principale d'information, le type et la fréquence du suivi avant la consultation, le mode de consultation à l'urgence, le diagnostic). Le contenu du questionnaire est essentiellement le même que celui utilisé à l'hôpital Louis-H. Lafontaine[4].

Ce questionnaire a été divisé en deux parties : la première concernant les variables socio-démographiques avait été remplie par l'infirmière qui recevait le patient ; la seconde, concernant les variables cliniques, était remplie par le psychiatre. Nous avons suivi le même processus dans les deux études pour mieux comparer les résultats.

Le questionnaire a été appliqué pendant une période de quatre mois. Tous les employés qui travaillaient à la salle d'urgence ont reçu une lettre du directeur général de l'hôpital leur demandant de participer à cette enquête. Une période d'un mois d'entraînement des employés et de révision du questionnaire a précédé la prise de données.

Nous avons appliqué le questionnaire de cette enquête à des patients choisis de façon aléatoire parmi ceux qui se sont présentés à la salle d'urgence psychiatrique, pendant la période de l'étude.

Les données brutes ont été analysées en termes de pourcentages pour chaque catégorie de variable étudiée et ensuite mises en graphiques.

Résultats

Un échantillon de 73 patients a été évalué, sur un total de 625 patients qui se sont présentés à l'urgence au cours de cette étude. Le personnel peu nombreux ne permettait pas d'appliquer le questionnaire à un plus grand nombre de patients, sans déranger le fonctionnement du service. Cependant, l'échantillonnage aléatoire des patients sert à assurer la représentativité de l'échantillon.

Nous avons observé une grande homogénéité des données lorsque nous avons comparé les résultats obtenus séparément pendant chacun des quatre mois. Les profils des patients étaient très semblables d'un mois à l'autre.

Les résultats obtenus dans cette étude sont représentés dans trois tableaux qui décrivent l'ensemble des caractéristiques des patients qui consultent à l'urgence.

Le *tableau I* présente les résultats obtenus par rapport aux variables socio-démographiques et le diagnostic. Nous pouvons observer ici qu'il s'agit de patients jeunes, de moins de 30 ans dans la plupart des cas (43,83 p. 100). En général, ils sont du sexe masculin (61,64 p. 100), célibataires (56,16 p. 100), nés dans des villes situées autour de celle où se trouve l'hôpital (97,26 p. 100) et ont un bas niveau d'éducation, soit le niveau élémentaire incomplet (53,42 p. 100), ou bien ils sont analphabètes (38,35 p. 100). En ce qui concerne le statut socio-économique, on peut observer également que la plupart des patients sont sans emploi (34,24 p. 100) ou bien ils se classifient comme femme au foyer (23,28 p. 100).

Contrairement à l'échantillon québécois, les patients de l'hôpital brésilien, dans la plupart des cas, habitent avec leur famille d'origine, c'est-à-dire leurs parents ou la parenté (57,53 p. 100) ou bien avec leur conjoint (31,50 p. 100), ce qui fait un total de 89,30 p. 100 qui habitent avec leur famille élargie. Très rarement, ils habitent seuls (5,49 p. 100) ou avec des amis (1,37 p. 100) ou bien dans une institution (2,74 p. 100). Ils habitent dans des villes autour de Barbacena, donc en dehors de la ville où se trouve l'hôpital (86,31 p. 100).

Comme les patients de l'hôpital Louis-H. Lafontaine, ceux-ci n'ont en général aucune activité pour occuper leur temps (43,83 p. 100) ou bien ce sont des femmes qui n'ont que des activités ménagères (19,17 p. 100). Ceux qui occupent leur temps avec un travail rémunérateur régulier (10,98 p.100) ou irrégulier (16,43 p. 100) ne sont pas nombreux, comme dans l'échantillon québécois. En revanche, les diagnostics les plus fréquents ici sont sans doute les psychoses (69,87 p. 100), dans une proportion plus élevée que dans l'échantillon québécois. On n'observe pas ici

un pourcentage aussi accentué de troubles non psychotiques (23,28 p. 100) que celui observé par Dorvil[4].

En ce qui concerne leurs relations sociales et leurs loisirs, nous avons ajouté quelques éléments qui ne sont pas mutuellement exclusifs et qui concernent les principaux liens sociaux et les loisirs à l'intérieur et à l'extérieur de la maison. Le *tableau II* montre que les personnes les plus recherchées par les patients sont d'abord les personnes de leur famille (90,41 p. 100), ensuite les amis (38,35 p. 100), les voisins (31,50 p. 100), les personnes liées à l'église (5,50 p. 100) et rarement les médecins ou les thérapeutes (4,11 p. 100) et les collègues de travail (2,74 p. 100). Un élément un peu plus cité concerne la fréquentation de lieux publics (17,08 p. 100).

Pour ce qui est des activités de loisir faites hors de la maison, les activités religieuses (41,04 p. 100) sont les plus citées, telles que prier à l'église et assister à la messe, viennent ensuite les visites (26,02 p. 100) et les activités sportives (12,33 p. 100), mais une grande partie des patients n'ont aucune activité de loisir à l'extérieur de la maison (24,65 p. 100).

À la maison, les patients regardent la télévision (38,35 p. 100) ou bien ne font absolument rien (21,92 p. 100). Très rarement, ils lisent (13,69 p. 100) ou ont d'autres activités, telles que faire du crochet ou écouter de la musique (8,22 p. 100). Leur qualité de vie est considérée par les psychiatres comme peu satisfaisante, la plupart du temps (53,42 p. 100).

La présence marquée de la famille brésilienne, contrairement à l'échantillon québécois, s'observe également lorsqu'il s'agit du responsable de la venue du patient à la salle d'urgence. On peut observer ici que les patients sont très dépendants de leur famille. Dans la plupart des cas, c'est la famille d'origine qui amène le patient à l'urgence (54,79 p. 100) ou bien le conjoint (17,81 p. 100). Dans d'autres occasions plus rares, il s'agit d'une action de la police (13,69 p. 100) ou d'une institu-

TABLEAU I

Variables socio-démographiques (échantillon brésilien)

	N	%
Âge		
< 30 ans	32	43,83
30 - 40	20	27,39
40 - 50	9	12,33
> 50	7	9,59
Sans réponse	5	6,86
Sexe		
Masculin	45	61,64
Féminin	28	38,36
État civil		
Célibataire	41	56,16
Marié	24	32,87
Divorcé	3	4,11
Autres	5	6,86
Lieu de naissance		
Barbacena	2	2,74
Autres villes	71	97,26
Niveau d'éducation		
Élémentaire	39	53,42
Analphabète	28	38,35
Secondaire	4	5,49
Universitaire	0	0
Sans réponse	2	2,74
Statut économique		
Chômeur	25	34,24
À la maison	17	23,28
Salarié	14	19,17
Pension	8	10,95
Retraité	1	1,37
Pigiste	1	1,37
Sans réponse	7	9,59
Habitation		
Famille	42	57,53
Avec conjoint	23	31,50
Seul	4	5,49
Chez des amis	1	1,37
Institution	2	2,74
Sans réponse	1	1,37
Lieu d'habitation (ville)		
Barbacena	10	13,69
Autres villes	63	86,31
Occupation du temps		
Rien à faire	32	43,83
Travail à la maison	14	19,17
Travail régulier rémunéré	8	10,98
Travail irrégulier rémunéré	12	16,43
Travail non rémunéré	5	6,85
Travail supervisé	0	0
Étudiant	0	0
Loisir	0	0
Sans réponse	2	2,74
Diagnostic		
Psychotique	51	69,87
Non psychotique	17	23,28
Indécision sur le diagnostic	2	2,74
Sans réponse	3	4,11

TABLEAU II

Variables cliniques et sociales de la consultation (échantillon brésilien)

	N	%
Réseau social		
Famille	66	90,41
Amis	28	38,35
Voisins	23	31,50
Groupe religieux	4	5,50
Collègues de travail	2	2,74
Médecin ou thérapeute	3	4,11
Public en général	13	17,08
Sans réponse	2	2,74
Loisirs hors de la maison		
Activités religieuses	30	41,04
Visites à des amis	19	26,02
Aucune activité	18	24,65
Activités sportives	9	12,33
Autres activités	3	4,11
Sans réponse	8	10,95
Loisirs à la maison		
Télévision	28	38,35
Aucun loisir	16	21,92
Lecture	10	13,69
Autres activités	6	8,22
Sans réponse	14	19,17
Qualité de vie		
Satisfaisante	5	6,86
Relativement satisfaisante	22	30,13
Peu satisfaisante	39	53,42
Insatisfaisante	5	6,85
Sans réponse	2	2,74
Appuis principaux		
Famille d'origine	57	78,07
Conjoint	16	21,92
Amis	5	6,85
Groupe religieux	3	4,11
Médecin ou thérapeute	1	1,37
Aucun	1	1,37

	N	%
Responsables de la venue du patient		
Famille d'origine	40	54,79
Conjoint	13	17,81
Police	10	13,69
Autre institution	11	15,07
Ambulance	6	8,22
Médecin ou thérapeute	6	8,22
Patient	2	2,74
Sans réponse	1	1,37
Sources d'information pendant l'entrevue		
Famille d'orgine	44	60,27
Patient	27	36,98
Conjoint	11	15,07
Professionnel	11	15,07
Amis	1	1,37
Sans réponse	1	1,37
Admission après la consultation		
Admis	46	63,01
Non admis	27	36,98
Provenance de la demande d'admission		
Famille d'origine	43	58,90
Médecin	7	9,59
Patient	5	6,85
Police	4	5,48
Institution	3	4,11
Autres	1	1,37
Sans réponse	10	13,69
Première consultation		
Oui	51	69,86
Non	22	30,13

tion (15,07 p. 100). Parfois, c'est l'initiative du médecin (8,22 p. 100) ; d'autres patients sont amenés par une ambulance (8,22 p. 100). Les patients ne viennent presque jamais d'eux-mêmes (2,74 p. 100).

Pendant l'entrevue, c'est la famille qui est la source principale d'information (60,27 p. 100), contrairement à l'échantillon québécois où le patient lui-même, réputé pour être plus autonome, est la source principale d'information (77,34 p. 100). Dans le présent échantillon, lorsque le patient donne des informations, c'est pour compléter celles de la famille. Finalement, lorsqu'ils sont admis à l'hôpital, c'est souvent à la demande de la famille (58,90 p. 100), presque jamais à celle du patient lui-même (6,85 p. 100). Dans d'autres cas plus rares, la de-

mande vient du médecin (9,59 p. 100), de la police (5,48 p. 100) ou d'une autre institution, telle que la mairie (5,47 p.100).

Enfin, le *tableau II* montre aussi que la plupart des patients examinés à la salle d'urgence sont admis à l'hôpital après la consultation (63,01 p. 100) et la plupart des sujets interviewés étaient des patients vus en première consultation à cet hôpital (69,86 p. 100) en particulier.

Il faut cependant nuancer cette comparaison. Barbacena, où se trouve l'hôpital Fhemig, est une grande ville régionale, sans avoir l'importance de Rio de Janeiro ou de São Paulo. Et, en tant que telle, elle ne saurait être comparée à une métropole comme Montréal. Le principal soutien du patient urbain psychiatrique dans un hôpital d'un grand centre industriel urbain comme Rio ou São Paulo n'aurait peut-être pas atteint 78,07 p. 100 et aurait plutôt approché le chiffre de Montréal, soit 33,40 p. 100. De toute façon, les autres types de soutien : conjoint (17,29 p. 100), bénévoles (16,89 p. 100), amis (16,41 p. 100), responsables de résidences d'accueil (8,69 p. 100), équipe thérapeutique (6,25 p. 100), diversifient l'aide et compensent d'une certaine manière l'éloignement de la famille d'origine. D'ailleurs, le degré de satisfaction à l'égard de la qualité de vie dans l'échantillon québécois est nettement supérieur à celui du Brésil. Quant au score élevé des patients québécois en ce qui concerne la source principale de l'information et du responsable de l'arrivée du patient à l'hôpital relevé dans le *tableau III*, il témoigne largement de leur autonomie, comparativement à la dépendance des patients brésiliens.

Parmi les autres données disponibles de cette étude, on peut observer d'abord que les patients ont consulté en urgence le plus souvent l'après-midi (53,42 p. 100) et que les motifs cliniques les plus cités ont été l'agitation (63,01 p. 100), l'agression (43,83 p. 100) et la confusion mentale (31,50 p. 100). Comme dans le cas de l'échantillon québécois, les symptômes psychotiques (délires, hallucinations) viennent seulement après et dans l'échantillon brésilien ils prennent la quatrième place (30,13 p. 100).

Les motifs les plus fréquents de cet échantillon touchent alors à des éléments qui dérangent les autres. Cela a du sens, lorsqu'on sait qu'il s'agit d'individus dépendant de leur famille et qui

TABLEAU III

Variables cliniques et sociales de la consultation (échantillon québécois)

	N	%
Soutien principal du patient		
Parents	342	33,40
Conjoint	177	17,29
Bénévoles	173	16,89
Amis	168	16,41
Responsables de résidences d'accueil	89	8,69
Équipe thérapeutique	64	6,25
Groupe religieux	11	1,07
Qualité de vie du patient à l'extérieur de l'hôpital		
Satisfaisante	187	18,26
Assez satisfaisante	361	35,25
Peu satisfaisante	370	36,14
Très peu satisfaisante	106	10,35
Occupation, emploi du temps		
Travail régulier rémunéré	181	17,68
Aucune activité éducative ou récréative	496	48,44
Activité sporadique	147	14,36
Tâches ménagères	116	11,33
Autres	45	4,38
Études	39	3,81
Responsable de l'arrivée du patient à l'hôpital		
Patient lui-même	483	47,17
Urgences-santé	178	17,38
Parents	114	11,13
Médecin	63	6,15
Responsables d'autres ressources	56	5,47
Police	45	4,39
Amis	43	4,20
Conjoint	42	4,11
Source principale de l'information		
Patient lui-même	792	77,34
Professionnels	71	6,93
Parents	69	6,74
Conjoint	52	5,10
Amis et autres	40	3,89

ont manifesté cette caractéristique dans les autres éléments décrits ci-dessus. D'autres motifs de consultation cités ont été : l'abus d'alcool (21,92 p. 100), l'interruption du médicament (20,54 p. 100), l'apathie (12,33 p. 100) et rarement l'anxiété (6,85 p. 100), les symptômes chroniques de l'alcoolisme (9,58 p. 100), les tentatives de suicide (4,11 p. 100) et l'*overdose* de médicaments (1,37 p. 100). On peut observer alors que le profil de l'échantillon québécois diffère par rapport aux motifs cliniques de la consultation, car il présente en premier des troubles physiques souvent associés au besoin de réajustement de la médication et, en second, l'anxiété.

Quant aux motifs sociaux de la consultation, les deux échantillons s'accordent en présentant le plus souvent des problèmes de conduite. Il s'agit de problèmes qui dérangent les gens en général (76,71 p. 100), parfois des problèmes qui touchent la famille du patient (19,17 p. 100). Très rarement, les autres éléments ont été cités, tels que la solitude (4,11 p. 100) ou bien les crises conjugales (1,37 p. 100) ou le manque d'un endroit pour habiter ou encore le manque d'argent (1,37 et 9 p. 100). Ces trois derniers éléments sont identiques aux trois derniers éléments cités dans l'échantillon québécois et dans le même ordre (solitude, crise conjugale et problème d'argent).

Quant aux caractéristiques du traitement pharmacologique, on peut observer que les patients se partagent, presque à moitié, entre ceux qui prennent des médicaments (49,31 p. 100) et ceux qui n'en prennent pas (46,57 p. 100), les autres ayant laissé la réponse en blanc (4,11 p. 100). Les médicaments utilisés étaient la plupart du temps des neuroleptiques (34,24 p. 100) ou des anxiolytiques (19,17 p. 100). Pour ce qui est du type de suivi, un grand nombre de patients (47,94 p. 100) avaient été suivis par un psychiatre ou bien n'avaient pas eu de suivi du tout (24,65 p. 100) ou encore ils étaient suivis par un médecin (21,91 p. 100).

En ce qui a trait à la fréquence du suivi, on voit que, dans les six derniers mois, presque la moitié des patients ont été suivis (47,94 p. 100), alors qu'une grande partie ne l'ont pas été du tout (42,46 p. 100), les autres laissant la réponse en blanc (9,59 p. 100). En ce qui concerne leur prescription, elle était à jour pour 23,28 p. 100 seulement des patients, alors qu'elle ne l'était pas pour 34,24 p. 100, bien qu'une grande partie aient laissé cet élément en blanc ou n'aient pu dire si la prescription était à jour. Dorvil[4] observe également et commente le manque d'un suivi approprié pendant les six derniers mois précédant la consultation, pour la plupart de l'échantillon québécois (54,98 p. 100).

Enfin, nous n'avons pas eu de données pour deux éléments, le nombre de dépendants et le nombre de déménagements, qui ont toujours été laissés en blanc.

Discussion

La ressemblance observée dans cette étude, entre les échantillons de patients brésiliens et québécois, montre que le profil des patients qui ont consulté pendant quatre mois à la salle d'urgence psychiatrique d'un hôpital, dans un pays comme le Brésil, ne diffère pas beaucoup des données relevées dans la littérature médicale des pays plus développés. L'homogénéité du profil des autres pays comparé à celui obtenu dans un pays si différent économiquement, ayant des services psychiatriques organisés de façon si différente, où le processus de désinstitutionnalisation n'a même pas commencé, suggère qu'il s'agirait ici d'un phénomène qui n'a peut-être pas de rapport direct avec la désinstitutionnalisation.

En d'autres termes, si la désinstitutionnalisation entraîne une augmentation du nombre de patients fréquentant l'urgence psychiatrique, le profil de ces patients ne semble pas avoir beaucoup changé. En effet, dans l'échantillon brésilien, qui n'est pas constitué de patients récidivistes soumis au processus de désinstitutionnalisation, le profil obtenu ressemble beaucoup à celui qui a été observé à l'hôpital Louis-H. Lafontaine, caractérisé, depuis quelques années, davantage par la désinstitutionnalisation. On observe alors, selon le phénomène de la porte tournante, une augmentation des réadmissions des mêmes types de patients qui consultaient déjà à l'urgence psychiatrique, avant la désinstitutionnalisation.

Dans ce sens, nous remettons en question le principe selon lequel le profil du patient de la porte tournante, issu de la désinstitutionnalisation, constitue un profil à part, différent de celui des patients qui consultaient à la salle d'urgence psychiatrique avant la désinstitutionnalisation. Il s'agirait plutôt du profil des patients psychiatriques jeunes, qui n'ont pas encore l'expérience de leur maladie. Cette catégorie de patients a toujours été la même, avec des caractéristiques identiques, même si certains aspects concernant les motifs de consultation et leur degré de dépendance peuvent différer ici et là, selon les spécificités culturelles du pays, mais leurs profils de base peuvent être fondamentalement semblables, indépendamment du fait de vivre dans une société qui adopte ou pas le modèle désinstitutionnel de santé mentale. Au chapitre des spécificités culturelles, il faudrait souligner aussi la force du soutien familial chez les patients brésiliens, voire leur dépendance, contrairement à la plupart des patients québécois plus autonomes et dont les liens sont plus ou moins rompus avec la famille d'origine.

Bref, la désinstitutionnalisation n'est pas responsable du phénomène en soi, mais peut-être de son accentuation. La désinstitutionnalisation viendrait peut-être ajouter une fréquence plus élevée de réadmissions chez les mêmes catégories de patients qui consultaient déjà à la salle d'urgence. Il faudrait chercher ailleurs les causes de ces multiples réadmissions. Par exemple, contrairement à la maladie infectieuse (un symptôme, une cause), la maladie mentale est mul-

ticausale et la chronicité se trouve inscrite dans sa nature même. Ou encore une déficience, un manque d'imagination dans l'organisation des services pour des patients appelés tout d'un coup à vivre hors les murs de l'institution, particulièrement une clientèle jeune. Peut-être aussi la résistance de certains secteurs de la société très récalcitrants au partage de leur espace social avec ces nouveaux venus. De plus, il faut exorciser la réadmission qui n'est pas mauvaise en soi. Elle peut dans certains cas exprimer le désir légitime du patient de revoir son médecin traitant, prévenir la cassure des relations sociales encore existantes, l'itinérance urbaine, voire le suicide.

Les variables socio-démographiques ressemblent beaucoup à celles citées dans la description du profil des patients qui fréquentent la salle d'urgence de l'hôpital Louis-H. Lafontaine[4]. En revanche, lorsqu'on regarde la provenance des patients, les personnes avec lesquelles ils habitent (élément habitation), nous pouvons commencer à voir quelques différences entre les deux échantillons.

L'isolement du patient psychiatrique dans la société industrialisée ne s'observe pas dans cette partie du Brésil, où la famille d'origine est encore le principal soutien (78,07 p. 100), plus du double de l'échantillon québécois (33,40 p. 100). Lorsque les patients sont mariés, les parents continuent en général d'être un soutien, alors que les conjoints (21,92 p. 100) sont cités comme soutien complémentaire. En revanche, on n'observe pas beaucoup la présence des amis (6,85 p. 100) ou des médecins ou thérapeutes (1,37 p. 100) comme soutien principal, contrairement à l'échantillon québécois.

La différence concernant la source de l'information, la plus marquée, nous paraît très compatible avec la plus grande tolérance des parents brésiliens par rapport à la dépendance des jeunes, contrairement à celle de la société québécoise où l'autonomie et l'indépendance constituent des valeurs très importantes, qui se manifestent très tôt dans leur vie.

Au point de départ, une différence majeure est à souligner chez les deux échantillons de notre étude comparative. Chez les patients brésiliens, il s'agit d'une toute première consultation tandis que les patients québécois sont déjà connus. Alors que le processus désinstitutionnel n'avait pas commencé lors de la prise de l'échantillon brésilien, l'étude québécoise a été faite au début de la désinstitutionnalisation. On peut supputer à juste titre que la politique désinstitutionnelle n'est pas l'unique responsable des nombreux cas de réadmission qui se pressent au portillon de l'urgence. Étant donné la similarité des caractéristiques des deux clientèles, nous pouvons avancer que la désinstitutionnalisation imprime une fréquence élevée à la cadence d'une catégorie de patients habitués de la salle d'urgence.

La résistance traditionnelle des patients psychiatriques à toute une panoplie de thérapies et la chronicité inscrite dans la nature même de cette maladie provoquent la récidive. Sans oublier l'inadéquation actuelle des services externes à la réalité désinstitutionnelle et les préjugés que la société nourrit à l'égard des personnes qui ont des troubles mentaux diagnostiqués.

Quant au soutien familial dont semble bénéficier le patient brésilien, il faut le placer dans son contexte. Il s'agit de patients d'un hôpital régional et non d'un centre hospitalier situé dans un milieu urbain fortement industrialisé. La famille est de type élargi alors que le Québec est à l'heure de la famille nucléaire, de la reconstruction des solidarités communautaires. Idéalement, il aurait été plus pertinent de comparer des échantillons de deux hôpitaux urbains de deux pays parvenus au même stade de développement économique. □

Date de réception : 19 décembre 1995.
Date d'acceptation : 5 juin 1996.

Mots clés : syndrome de la porte tournante, désinstitutionnalisation, Brésil, Québec.

Bibliographie

1. Ellison JM, Blum N, Barsky A. Repeat visitors in a Psychiatric Emergency Service : a critical review of the data. *Hosp Community Psychiatry* 1986 ; 37 (1) : 37-41.
2. Scheper-Hughes N. Has deinstitutionalization failed ? Caveats and lessons from the U.S. and Italy. In : *Regards anthropologiques en psychiatrie.* Montréal : Éditions du Girame, 1987 : 161-77.
3. Losson JP, Parratte J. La désinstitutionnalisation psychiatrique au Québec. *L'Information psychiatrique* 1988 ; 64 (10) : 1287-98.
4. Dorvil H. Les caractéristiques du syndrome de la porte tournante à l'hôpital Louis-H. Lafontaine. *Santé mentale au Québec* 1987 ; XII (1) : 79-89.
5. Harnois GP. Challenges to the reintegration of the mentally ill in Quebec, Canada. *Int J Ment Health* 1987 ; 15 (4) : 6-15.
6. Corin E. Contraintes et stratégies : la pertinence de la notion de communauté dans le cas de patients schizophrènes. In : *Regards anthropologiques en psychiatrie.* Montréal : Éditions du Girame, 1987 : 179-94.
7. Hodgins S, Gaston L. Composantes d'efficacité des programmes de traitement communautaires destinés aux personnes souffrant de désordres mentaux. *Santé mentale au Québec* 1987 ; XII (1) : 124-34.
8. Ministério da Saúde. I Conferência de Saúde Mental : relatório final.Centro de Documentação do Minestério de Saúde, Brésil, 1987.
9. Harris R, et al. New patients versus revolving door patients. *Drug Alcohol Depend* 1980 ; 5 : 429-37.
10. Marsh A, et al. Premorbid social competence and the revolving door phenomenon in psychiatric hospitalization. *J Nerv Ment Dis* 1981 ; 165 (5) : 315-9.
11. Sheanan N. Outside referrals : ending the revolving door syndrome. *Occup Health Saf* 1981 ; 50 (10) : 21-3.
12. Harris M, et al. Integrating hospital and community systems for treating revolving door patients. *Hosp Community Psychiatry* 1982 ; 33 : 225-7.
13. Geller MP. The revolving door : a trap or a life style ? *Hosp Community Psychiatry* 1982 ; 33 : 388-9.
14. Rosenfeld AH. Closing the revolving door through family therapy. *Hosp Community Psychiatry* 1982 ; 33 : 893-4.
15. Guebaly N, Papineau D. Economic constraints and quality assurance in mental health services : sensitive indicators. *Can J*

SUMMARY

Psychiatric Emergency Room consultations : a comparison between Brazilian and Quebec samples. This article compares patients consulting the psychiatric emergency rooms of two different hospitals, Louis-H. Lafontaine Hospital in Montreal and Fhemig Hospital in Brazil, the first one having been characterized by deinstitutionalization, but not the second one. The same questionnaire was filled in both cases by the nurses for the sociodemographic data and by the psychiatrists for the clinical data. The questionnaire was applied to the patients during a period of four months following one month of training of the employees.

The results show that in spite of the differences in context, both groups of patients have the same profile. The authors conclude that the revolving door phenomena caused by deinstitutionalization does not refer to a different kind of patients, instead it deals with the same kind of patients consulting the emergency in a very different context which is independent of the deinstitutionalization.

Key words : revolving door syndrome, deinstitutionalization, Brazil, Quebec.

Psychiatry 1984 ; 29 (2) : 115-20.

16. Harris M, Bergman HC. Reassessing the revolving door : a developmental perspective on the young adult chronic patient. *Am J Orthopsychiatry* 1984 ; 54 (2).
17. Caton CLM, Goldstein J. Housing change of chronic schizophrenic patients : a consequence of the revolving door. *Soc Sci Med* 1984 ; 19 (7) : 759-64.
18. Test MA, Stein LI. Community treatment of the chronic patient : resarch overview. *Schizophr Bull* 1978 ; 4 : 3450-4.
19. Dorvil H, Élie R, Carpentier N. Étude comparative des réadmissions en psychiatrie chez les Canadiens-français, les Italiens, les Haïtiens de Saint-Léonard et de Rivière-des-Prairies. Rapport destiné au CQRS (RS-1539 088), 1991.

®MONOPRIL*
(fosinopril sodique)
COMPRIMÉS à 10 et 20 mg

CLASSIFICATION THÉRAPEUTIQUE
Inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine

INDICATIONS ET USAGE CLINIQUE
Le traitement de l'hypertension essentielle légère à modérée. Peut être utilisé en association avec des diurétiques de type thiazidique.
Administrer lorsque le traitement par un diurétique ou un bêtabloquant est contre-indiqué, ou inefficace ou a été associé à l'apparition d'effets indésirables inacceptables.
Non recommandé dans le traitement de l'insuffisance cardiaque et de l'hypertension.
L'emploi d'inhibiteurs de l'ECA pendant le deuxième et le troisième trimestres de la grossesse, peut provoquer des lésions et même la mort du foetus. Une fois la grossesse décelée, le traitement avec MONOPRIL doit être abandonné dans les plus brefs délais.

CONTRE-INDICATIONS
Hypersensibilité à ce médicament et antécédents d'angio-oedème relié à un traitement antérieur avec un inhibiteur de l'ECA.

MISES EN GARDE
Angio-oedème
L'angio-oedème peut être d'issue fatale s'il atteint le larynx. En cas de stridor laryngé ou d'angio-oedème de la langue ou de la glotte, interrompre le médicament immédiatement, administrer de l'adrénaline (0,3 à 0,5 mL d'une solution 1:1000) et placer le patient sous étroite surveillance jusqu'à ce que l'oedème se soit résorbé. Lorsque l'oedème se limite au visage et aux lèvres, il disparaît généralement sans traitement, bien que les antihistaminiques puissent soulager les symptômes.
Les patients ayant des antécédents d'angio-oedème peuvent être davantage prédisposés.

Hypotension
Survient habituellement après la première ou la deuxième dose, ou lorsque la dose a été augmentée. Elle est plus susceptible de se manifester chez les patients qui présentent une hypovolémie par suite d'un traitement aux diurétiques, d'un régime hyposodé, de la dialyse, de diarrhée ou de vomissements. Chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque grave, de coronaropathie ou de maladie cérébro-vasculaire, on doit amorcer le traitement sous surveillance médicale étroite et suivre ces patients de près pendant les premières semaines de traitement et chaque fois que l'on augmente la dose du diurétique ou de MONOPRIL.

Neutropénie / Agranulocytose: L'incidence est rare. Il faudrait envisager une surveillance périodique de la numération leucocytaire.

PRÉCAUTIONS
Insuffisance rénale: Évaluer la fonction rénale avant d'entreprendre le traitement.
Administrer avec prudence aux patients atteints d'une insuffisance rénale et surveiller étroitement leur fonction rénale.

Intervention chirurgicale / Anesthésie: Les effets hypotenseurs des anesthésiques et des analgésiques peuvent être intensifiés. L'hypotension peut être corrigée par l'expansion du volume.

Hyperkaliémie et diurétiques d'épargne potassique: Utiliser avec prudence. Les facteurs de risque comprennent l'insuffisance rénale, le diabète sucré ainsi que l'administration simultanée de médicaments pour traiter l'hypokaliémie ou l'administration d'autres médicaments qui provoquent augmentation du potassium sérique (p. ex. héparine).

Réactions anaphylactoïdes lors de contacts avec certains types de membranes dialysantes: On a signalé des réactions anaphylactoïdes chez des patients dialysés par un appareil muni d'une membrane à débit élevé.

Réactions anaphylactoïdes pendant une désensibilisation: On a parfois signalé des réactions anaphylactoïdes qui ont mis en danger la vie de patients recevant un inhibiteur de l'ECA durant un traitement de désensibilisation par du venin d'hyménoptères (abeilles, guêpes).
Sténose valvulaire: Les patients souffrant de sténose aortique pourraient présenter un risque particulier de réduction de la circulation coronarienne lors du traitement avec des vasodilatateurs.

Insuffisance hépatique: Une hépatite (hépatocellulaire, cholestatique ou les deux à la fois) et une augmentation des enzymes hépatiques, de la bilirubine sérique ou des deux à la fois sont survenues. Faire une investigation complète si le patient présente un symptôme inexpliqué particulièrement au cours des premières semaines ou des premiers mois. Administrer avec une extrême prudence aux patients qui présentent des anomalies hépatiques préexistantes et assurer une surveillance étroite de leur réaction au traitement et des effets métaboliques de l'agent.

Toux: La toux induite par MONOPRIL devrait être prise en considération lors du diagnostic différentiel de la toux.

Mères allaitantes: Ne pas administrer aux femmes qui allaitent.

Enfants: Ne pas administrer à ce groupe d'âges.

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES
Agents augmentant le potassium sérique: Ne devraient être administrés qu'en cas d'hypokaliémie diagnostiquée et, même dans ce cas, leur administration devrait s'accompagner de prudence. Procéder à des évaluations fréquentes des concentrations de potassium.

Agents qui provoquent la libération de la rénine: L'effet antihypertenseur de MONOPRIL est accentué.

Lithium: Peut entraîner des concentrations élevés de lithium sérique. L'administration simultanée de ces médicaments devrait s'accompagner de prudence. Surveiller fréquemment les concentrations de lithium sérique.

Antiacide: Les antiacides peuvent altérer l'absorption du fosinopril. Par conséquent, si l'administration simultanée s'impose, il faut prévoir un intervalle de deux heures entre la prise de ces médicaments.

Digoxine: L'administration simultanée n'a pas modifié la biodisponibilité du fosinoprilate.

Furosémide: Par suite de l'administration simultanée, l'aire sous la courbe et les concentrations maximales du fosinoprilate ont augmenté de 26 % et de 25 %, respectivement. Les concentrations de furosémide ont été réduites.

Warfarine: La biodisponibilité du fosinoprilate ou de la warfarine n'a pas été modifiée par l'administration simultanée.

Divers: La biodisponibilité du fosinoprilate n'a pas été modifiée par l'administration simultanée du fosinopril et de chlorthalidone, nifédipine, propranolol, hydrochlorothiazide, cimétidine, métoclopramide et propanthéline.

RÉACTIONS INDÉSIRABLES
Les effets indésirables les plus graves, survenus chez tous les patients traités avec MONOPRIL lors des études cliniques (1 548 patients): angio-oedème (1 cas), hypotension orthostatique (2,7 %). On a signalé 2 cas d'infarctus du myocarde et 4 cas d'accident cérébro-vasculaire possiblement reliés à une hypotension excessive sous-jacente chez les patients à risque élevé.
Les effets indésirables les plus fréquents, survenus chez 688 patients hypertendus traités avec MONOPRIL lors d'études contrôlées par placebo, ont été: nausées et vomissements, diarrhée, fatigue, douleur musculosquelettique, céphalées, étourdissements et toux. On a dû arrêter le traitement chez 4,1 % des 688 patients à cause d'un effet indésirable.
Les réactions indésirables qui se sont produites lors des études cliniques contrôlées chez ≥ 1 % des 1 048 patients hypertendus traités avec MONOPRIL seul sont les suivantes: hypotension orthostatique (1,4 %), rash (1,0 %), dysfonction sexuelle (1,7 %), nausées/vomissements (1,4 %), diarrhée (1,4 %), pyrosis (1,0 %), sécheresse de la bouche (1,0 %), fatigue (2,8 %), céphalées (4,6 %), étourdissements (3,8 %), toux (4,0 %).

POSOLOGIE ET ADMINISTRATION
Adapter la posologie à chaque cas. Tenir compte du traitement antihypertenseur antérieur, du degré d'élévation de la tension artérielle et de la restriction sodée.
La dose initiale recommandée est de 10 mg, une fois par jour. Adapter la posologie selon la réponse de la tension artérielle, à intervalles d'au moins 2 semaines. La dose d'entretien habituelle est de 20 mg par jour. Ne pas dépasser 40 mg par jour.
Si l'effet antihypertenseur n'est pas maintenu de façon satisfaisante durant 24 heures, on doit envisager d'administrer la dose quotidienne en deux prises fractionnées ou d'augmenter la dose. Si la tension artérielle n'est pas maîtrisée avec MONOPRIL seul, on peut ajouter un diurétique.

Traitement par association avec un diurétique: Il faudrait si possible arrêter l'administration du diurétique pendant deux ou trois jours avant d'amorcer le traitement avec MONOPRIL afin de réduire les risques de réaction hypotensive. Sinon administrer une dose initiale de 10 mg de MONOPRIL et observer attentivement le patient pendant plusieurs heures et jusqu'au moment où sa tension artérielle s'est stabilisée. Adapter la posologie de MONOPRIL jusqu'à l'obtention de la réaction optimale.

Adaptation posologique en cas d'insuffisance rénale: Il n'est pas nécessaire d'adapter la posologie lorsque la fonction hépatique est normale. La dose initiale recommandée est de 10 mg, une fois par jour.

Adaptation posologique en cas d'insuffisance hépatique: Il n'est pas nécessaire d'adapter la posologie lorsque la fonction rénale est normale. La dose initiale recommandée est de 10 mg, une fois par jour.
Il n'est pas nécessaire d'adapter la posologie chez les personnes âgées souffrant d'hypertension et dont les fonctions rénale et hépatique sont normales.

FORMES POSOLOGIQUES ET PRÉSENTATION
Les comprimés MONOPRIL à 10 mg sont de blanc à blanc cassé. Ils sont en forme de losange avec les bords aplatis et portent une rainure interrompue et l'inscription BMS sur un côté et MONOPRIL 10 sur l'autre.
Les comprimés MONOPRIL à 20 mg sont de blanc à blanc cassé et de forme ovale. Ils portent l'inscription BMS sur un côté et MONOPRIL 20 sur l'autre.
Flacons de 100.

Monographie de produit disponible sur demande.

Groupe pharmaceutique
Bristol-Myers Squibb

BRISTOL-MYERS SQUIBB CANADA INC.
2365, chemin de la Côte-de-Liesse
Saint-Laurent (Québec)
H4N 2M7

*Usager autorisé de la MD Bristol-Myers Squibb Canada Inc.

MEMBRE
ACIM

CCPP