



Réseaux de services de santé interconnectés et concertation en santé mentale au Québec

Hubert Wallot Professeur agrégé Télé-université du Québec Canada Hubert Wallot Professeur agrégé Télé-université du Québec Canada

Hubert Wallot
Télé-université du Québec
2600 Boulevard Laurier
Tour de la Cité, 7ième étage
C.P. 10 700
Sainte-Foy, Qc, Canada
G1V 4V9
tél. (418) 657-2747, ext. 5360; fax : (418) 657-2094
e-mail : hubert_wallot@teluq.quebec.ca

RESUME

Réseaux de services signifie au Québec la promotion du partenariat et de la concertation interprofessionnelle et interorganisationnelle, particulièrement pour le noyau dur de la clientèle psychiatrique qui requiert des services intégrés. La réforme des années 60' valorise les équipes multidisciplinaires et d'une hiérarchie bien structurée d'établissements permettant l'intégration des actions. Ce qui s'appelle alors participation au travail d'équipe est miné par des querelles corporatistes croissantes. L'émergence subséquentes des organismes communautaires privés et la création d'organismes régionaux de planification en santé modifie l'échiquier. La Politique de Santé Mentale accentue le défi en introduisant l'usager au centre d'un plan opérationnel imposé : le plan de services individualisé. La concertation rendue ainsi obligée amène à présenter les indications et les conditions préalables à une concertation efficace.

RESUMO

Quando se fala de rede de serviços interconectados de saúde no domínio da saúde mental, deve-se, hoje, no Quebec, falar de parceria e de organização interprofissional. A saúde mental no Quebec atravessou uma reforma importante nos anos 60 com a valorização, no domínio da saúde em geral, de equipes multidisciplinares e de uma hierarquia bem estruturada em estabelecimentos. O discurso da época era de participação, participação de profissionais de orientação diversa e de usuários nas instâncias de regulação dos estabelecimentos de saúde. Todavia, os anos 70 revelaram que o funcionamento em equipe foi minado por querelas decorrentes da autonomia interprofissional. Foi revelado também que os estabelecimentos públicos não garantiam, em sua colaboração mitigada, nem continuidade nem totalidade de serviços. Igualmente, a participação dos usuários nas estruturas administrativas das instituições tinha um impacto limitado sobre a prestação de serviços. Apareceram, então, por um lado, os serviços comunitários privados sem fins lucrativos e as estruturas de defesa dos direitos dos usuários. Por outro lado, surgiu uma estrutura regional de planificação e de organização de serviços. A política de saúde mental do Quebec de 1989 propôs também colocar o usuário de serviços no centro das decisões. Existe ainda pendente a questão da colaboração entre as unidades da rede oficial, os serviços comunitários, os profissionais e os usuários.

Pour situer les enjeux et les assises de la situation québécoise actuelle en matière d'interconnexion et de concertation en santé mentale, il convient de faire un bref survol des différentes réformes qui, au cours des quarante dernières années, ont préparé les structures et la culture actuelle en matière de services en santé mentale.

I HISTORIQUE

1.1 Le "dark age"

Avant les années 60', la psychiatrie au Québec se résume essentiellement à trois hôpitaux psychiatriques, l'un à Québec et deux (dont l'un anglo-protestant) à Montréal, les deux hôpitaux francophones étant numériquement les plus importants. Or la tradition française à l'époque était plutôt inspirée par la neuropsychiatrie française assez fataliste et par l'importance du ciel et des vertus correspondant aux vœux des religieuses qui, sans formation suffisante, étaient responsables de deux hôpitaux francophones où les psychiatres étaient très peu nombreux et sans pouvoir réel.

En 1960, avec le slogan "Il est temps que ça change", le parti libéral prend le pouvoir avec un discours de modernisation laïque et publie des institutions d'éducation, de santé et de services sociaux. En 1961 paraît le livre *Les fous crient au secours* préfacé par un psychiatre moderniste, le Dr. Camille Laurin, formé à la psychanalyse et futur ministre de la santé et de la culture vingt ans plus tard. Ce livre dénonce les conditions terribles faites aux patients des hôpitaux psychiatriques. L'opinion publique se mobilise et le gouvernement québécois met sur pied une Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques dont le rapport publié en 1962 comprend divers principes et de multiples recommandations qu'après sa publication, le président de la Commission, le Dr D. Bédard, sera immédiatement appelé à appliquer comme nouveau haut fonctionnaire.

1.2 La réforme Bédard

Selon le rapport, qui sera appliqué quasi entièrement, la maladie mentale est une maladie comme les autres, au sens où elle mérite autant d'investissements financiers et professionnels, alors qu'il y avait un rapport parfois de un à dix entre les subsides per capita pour un patient d'hôpital psychiatrique et ceux pour un patient d'hôpital général.

Le traitement doit se faire le plus près possible du milieu d'origine du patient pour éviter le déracinement social, notamment à l'hôpital général pour le traitement interne, mais aussi dans des foyers de réhabilitations (half-way houses), des ateliers protégés. L'hôpital général qui, dès qu'il aura au moins 200 lits, sera désormais tenu d'avoir un service de psychiatrie, doit lui-même organiser des centres de traitement de jour et de nuit, et un service de placement en foyer nourriciers (famille d'accueil) pour les malades sans famille. De plus on doit utiliser le plus possible "les services parapsychiatriques de la collectivité, tels que: agences sociales, unités sanitaires (axés sur la santé publique), hôpitaux généraux, médecins praticiens, écoles, associations d'employeurs et d'employés, associations bénévoles" (Bédard et al, 1962, p. 137).

Quant aux professionnels à former et déployer, le rapport recommande que *"la formation systématique d'un nombre considérable de psychiatres et membres de professions connexes constitue la pierre angulaire qui assurera le succès du programme d'action suggéré par la commissions"* (ibid., p. 139).

Cette réforme se met donc en place et se complète, en raison même de sa perspective, d'une forme de sectorisation. Tout en devant conserver une perspective centrifuge et communautaire, l'organisation des services a comme pivot organisationnel le département de psychiatrie de l'hôpital général. Incités par de généreuses subventions, les hôpitaux généraux entament la réforme. Une quantité importante de professionnels sont formés. Mais la réforme se heurte bientôt à l'hospitalocentrisme des équipes en place comme des nouvelles et aux effets pervers de la multiplication importante des intervenants et de leur professionnalisation, cette dernière amenant de la rivalité plutôt que de la coopération (Vinet, 1975). Plusieurs incidents éclatent ce sujet.

1.3 La réforme de la santé et la difficulté de la psychiatrie.

Entre temps, après une courte période de retard par rapport à la réforme des services psychiatriques, l'ensemble des autres services de santé subissent une réforme à la suite du rapport Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux présidée par l'actuel Claude Castonguay qui, à son tour, deviendra ministre de la santé. Cette réforme, qui s'accompagne de l'assurance-maladie et de l'assurance-santé (gratuité des services médicaux et hospitaliers), impose une régionalisation des services et une certaine différenciation des établissements de services selon le degré de spécialisation des services ou de la clientèle: notamment des CLSC (centres locaux de services communautaires) pour les soins généraux, des hôpitaux généraux et des hôpitaux spécialisés, des centres hospitaliers de soins prolongés, des centres d'accueil, etc. Ce qui introduit déjà une difficulté pour maintenir le rôle organisateur du département de psychiatrie. De plus, une structuration hiérarchique fondée sur la responsabilité d'individus responsables partait d'une direction ministérielle de la psychiatrie pour aboutir dans ce département. Cette direction disparaît, tout est fondu dans la santé, et une instance régionale intermédiaire est instaurée: le CRSSS (conseil régional de la santé et des services sociaux), d'abord

conseil, pour devenir de plus en plus décisionnel au point de devenir en 1994, une Régie. La formation médicale va vers un allongement de la durée des études pour le médecin généraliste désormais appelé médecin de famille et vers une portion de temps plus grande accordée à la formation en psychiatrie.

C'est dans ce contexte qu'au congrès de l'Association des psychiatres du Québec au printemps 1976, le ministre de la santé d'alors Claude Forget affirme que l'équipe de secteur composée de spécialistes et *"foyer obligatoire de tous les conflits et de toutes les rivalités interprofessionnelles"* représente, malgré son caractère multidisciplinaire, une *"médecine de luxe que nous ne pouvons pas nous offrir. Elle constitue une médecine essentiellement centrée sur l'hôpital et qui ne correspond pas à l'orientation communautaire qu'elle doit cependant assumer"*. L'année suivante, le docteur Denis Lazure, un des auteurs du rapport Bédard de 1962, qui, à la faveur d'une élection provinciale, avait succédé à Claude Forget comme ministre, mentionne lors d'un colloque sur la santé mentale à Baie Comeau que: *"les CLSC ne sont pas suffisamment conscient de leurs responsabilités dans le domaine de la santé mentale (...) Les services psychiatriques (...) ne jouent pas le rôle qu'ils devraient jouer de la stimulation et de la consultation auprès des CLSC"*. Ces derniers devraient être chargés d'appliquer les programmes conçus par les départements de santé communautaire (publique). De plus, *"dans une région donnée, le CRSSS (devenu depuis RRSSS) sera responsable du développement de l'organisation et de la coordination des services psychiatriques"*, notamment par le biais de commissions régionales de la psychiatrie et de la santé mentale, ce qui introduira un remplacement de la responsabilité individuelle par des mécanismes plus complexes à responsabilité collective plus diffuse.

Avec le docteur Lazure comme ministre de la santé en 1976, lequel avait été directeur d'hôpital psychiatrique auparavant depuis 1970, complémentarité et coordination seront désormais les mots à la mode.

1.4 Apparition des ex-psychiatrisés et bénévoles non religieux

Des patients impatients se regroupent en 1980 au sein de l'Association québécoise des psychiatrisés et sympathisants (AQPS). Des organismes communautaires apparaissent spontanément sur l'initiative d'un ancien psychiatrisé et/ou d'un ancien soignant et/ou d'un ancien bénévole. Ces organismes innovent à divers titres : il n'y a pas de cloisonnement étanche entre les tâches des intervenants, et l'absence de définition de tâche par une appartenance à un ordre professionnel facilite la versatilité des intervenants. Ces organismes fournissent parfois près de 40% des services requis pour répondre aux besoins de service en santé mentale. (Wallot, CPAJ, 44(1), 1999 :48-56). Pour le gouvernement, non seulement ces organismes qui se présentent souvent comme une "alternative" à une solution médicale (identifiée à la solution biologique ou médicamenteuse et professionnellement morcelée) et en tout cas comme une "alternative à l'hospitalisation", constituent une partie de la réponse communautaire souhaitée mais aussi une réponse économique avantageuse à ses préoccupations budgétaires et de modification de la rigidité des pratiques professionnelles et un allié à renforcer dans les luttes avec les institutions pour limiter l'octroi de ressources et le développement non seulement de pratiques professionnelles novatrices et plus souples mais aussi, dans les milieux de vie des usagers de services le développement de ressources d'hébergement et d'occupation moins dispendieuses. Aussi le gouvernement et ses régies régionales soutiendront financièrement et techniquement les organismes communautaires de défense des droits qui ont parfois attaqué abusivement les milieux professionnels. Cependant, pour maintenir leur légitimité d'origine, ces organismes communautaires, pourtant de plus en plus publiquement subventionnés, ne se considèrent toujours pas comme des maillons du réseau public comme le souhaiteraient le gouvernement et les régies régionales même si ils peuvent accepter une coopération. Par ailleurs, les établissements du réseau public tendent à les considérer comme des entités ancillaires, ce qui n'aide pas, et on peut soupçonner déjà que la coopération sera plus facile entre les intervenants cliniques autour d'une occupation en difficulté (Wallot, 1997) qu'autour des tables de concertation officielle. Donc, l'intégration du suivi des personnes concernées appellent donc un partenariat, c'est-à-dire : reconnaissance d'intérêts tantôt communs tantôt différenciés, reconnaissance des habiletés de chacun, partage souple des tâches et interventions, etc.

1.5 La Politique de Santé Mentale et les documents gouvernementaux contemporains

Le sous titre de la Politique de santé mentale publié par le Gouvernement du Québec en 1989 porte comme sous-titre *"Pour un partenariat élargi"*. La plupart des documents gouvernementaux, à partir de cette période, recommandent le partenariat et la concertation, notamment, pour ce qui a trait à la santé, le rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (1988) présidé par Jean Rochon (futur ministre de la santé), la Politique de santé et de Bien-Être (1992), la loi 120 (1994), et la plupart des plans régionaux d'organisation des services.

L'histoire du mot partenaire nous ramène aux partenaires de danse, où l'un doit faire souvent l'inverse de l'autre tout en s'ajustant à lui, pour obtenir un beau résultat. Quant au terme concerter, qui lui prendra une forme officielle, notamment dans le cadre des tables de concertation multiples que l'on retrouve dans la structure de chaque Régie régionale, il n'est pas neutre. Conferter vient du latin cum (avec) et certare (cerner), concertare signifiant alors "rivaliser". Puis en latin chrétien, le verbe prendra le sens d'"agir dans un but commun". En somme, se concerter est, à travers l'utilisation des ressources d'un ou de plus autres partenaires, un peu rivaliser d'excellence à travers l'agir dans un but commun.

Pour Boudreau (1991), le discours public sur le partenariat et la concertation constitue une réponse à quatre problèmes stratégiques: 1) l'épuisement des ressources et l'allocation des pertes; 2) la perte de confiance dans le gouvernement et la nécessité conséquente de redéfinir en mineur le rôle préalablement dominant de l'état; 3) la perte dans le savoir professionnel et la voix de plus en plus forte de des groupes dits alternatifs et des "survivants de la psychiatrie"; 4) les problèmes de surcharge dans une démocratie pluraliste et compétitive et la recherche conséquente de solutions par consensus et sans friction.

Ce fait du discours sur la concertation et sur le partenariat comme idéologie sinon comme stratégie et aussi comme modalité désormais obligée de fonctionnement n'empêche pas qu'il faille s'interroger sur les conditions favorables à son efficacité et ce dans l'intérêt du consommateur de services.

2. DU MORCELLEMENT DES RESSOURCES À LA NÉCESSAIRE CONCERTATION

Depuis la fin des années 80, Les discours récents en matière de politiques en santé mentale se résument à ceci : dans le mouvement occidental de la désinstitutionnalisation et de la prévention de l'institutionnalisation, et en ce qui a trait aux troubles sévères et persistants, qui doivent constituer la clientèle principale à rejoindre dans l'organisation des services en santé mentale, il faut des actions intégrées, donc un minimum de concertation entre les acteurs institutionnels et professionnels. Autrefois, la hiérarchie professionnelle doublée de la hiérarchie des institutions réglait cette question. Mais ce n'est plus possible avec le morcellement des institutions et organismes concernés par la nécessaire intégration aux consommateurs les plus sévèrement atteints par la pathologie mentale. La Politique de Santé mentale recommandait de rendre l'intégration des actions obligatoire en quelque sorte à travers ce qu'elle appelle le Plan de Services Individualisé, pour l'élaboration duquel le client doit être le Cette approche qui a toujours assez bien fonctionné dans le cadre de la déficience s'est avérée difficile à appliquer dans le contexte de la santé mentale, notamment pour des raisons de confidentialité. Tant les associations de "psychiatrisés" que les organismes communautaires ont offert une résistance à cette approche, de sorte qu'elle n'est plus obligatoire et dans les faits, quand il y a concertation, elle est plus informelle (Poirier et al., 1998; Wallot, 1998). En matière de réalisation de la Politique de santé mentale et des actions à poser dans l'organisation des services, les documents non-médicaux ne précisent pas le rôle des médecins, voire même des acteurs, laissant le choix aux décideurs régionaux. Par ailleurs, en réaction contre la difficulté avérée d'accès au psychiatre pour l'évaluation ou pour le traitement, malgré un grand nombre de psychiatres au Québec, les documents récents des organismes médicaux (Collège des médecins du Québec, Collège des médecins de famille du Canada et Association des Psychiatres du Canada) insistent presque exclusivement, à travers le thème des "soins partagés" sur le partage et l'harmonisation de la tâche entre psychiatres et omnipraticiens, incitant les premiers à jouer plus souvent qu'actuellement le rôle de consultant, et les seconds à devenir plus souvent médecins traitants.

Le tableau de la coordination et de la concertation prend donc les figures suivantes, et se joue en même temps sur plusieurs tableaux (Poirier et al., 1999). Il doit y avoir une concertation nationale entre les divers acteurs institutionnels: gouvernements, regroupement d'établissements, regroupements de professionnels, regroupements de "psychiatrisés", etc. Au niveau régional, il doit avoir une concertation entre les services, les ressources étant limitées. Au niveau local, il doit y avoir une concertation intersectorielle (par exemple pouvoirs municipaux et régie régionale des services sociaux et de la santé), et aussi une concertation entre les intervenants sur le terrain pour un client donné, et finalement une concertation entre les clients et les divers réseaux avec lesquels leur vie quotidienne leur font faire affaire. Les tableaux 1 et 2 reflètent deux volets fondamentaux de la concertation, qu'il faut d'ailleurs concerter ensemble.

tableau 1 Concertation interindividuelle

- entre professionnels de pratiques similaires (i.e. infirmières entre elles, psychiatres entre eux, etc.)

- entre professionnels de pratiques différentes (i.e. psychiatres et omnipraticiens)
- entre professionnels connexes (i.e. infirmières et travailleurs sociaux autour d'un professionnel principal, le médecin)
- entre intervenants professionnels et intervenants non professionnels rémunérés
- entre intervenants rémunérés et aidants " naturels " (familles, proches, bénévoles)

Tableau 2

Concertation Interorganisationnelle

- Ministère de la Santé
- autres ministères Ministère de la Santé
- régions régionales Établissements du réseau
- Organismes communautaires

3. LE DISCOURS ET LES PRATIQUES EN MATIÈRE DE CONCERTATION OU LE PARTENARIAT

Selon les résultats d'une recherche dans la région de Montréal et d'ateliers menés sur cette question par la suite (Poirier et Wallot, 1999), la pratique de la concertation au Québec fait ressortir six profils de clientèles ou de situations où la concertation entre intervenants est particulièrement indiquée. Dans le premier, la personne refuse le traitement offert par l'intervenant ou l'organisme responsable, ou est réfractaire aux interventions tout en voulant utiliser les services. Dans le second, la demande de services dépasse, en termes de compétence ou de disponibilité, les limites du professionnel ou de l'organisme auquel le client s'adresse. Dans le troisième, la demande est complexe, le client ayant affaire à des intervenants dispersés dans divers milieux ou à divers services qu'on ne peut regrouper en un lieu. Dans le quatrième, les difficultés du client sont devenues telles qu'elles ont épuisé les capacités de soutien de son réseau "naturel" d'aide (la famille et/ou les amis) et/ou de son réseau professionnel. Dans le cinquième, la récurrence s'installe, et le recours constant à un type d'aide fait s'interroger sur l'utilité de l'aide apportée à long terme. Dans le sixième, la détérioration du client en perte graduelle d'autonomie et d'équilibre personnel se poursuit, et il s'agit de mobiliser de nouvelles sources d'aide pour améliorer la qualité de vie et donner de l'espoir.

Mais, si, dans les six profils décrits plus haut, il y a indication pour des soins partagés concertés, il y a aussi, sur le terrain, des difficultés à pratiquer de tels soins. Poirier (1998) en relève six. D'abord, parfois, le refus du client. Ensuite, la tendance de certains acteurs individuels ou institutionnels de s'approprier le client, ce qui ne mènera évidemment pas au succès des interventions. Dans d'autres situations plus difficiles (les clients suicidaires, violents ou toujours activement psychotiques), les professionnels peuvent hésiter à s'engager dans des soins partagés en redoutant de devenir légalement ou éthiquement "imputables" pour des interventions qui, d'une organisation à l'autre, réfèrent à des valeurs et à des lignes de conduite partiellement divergentes. Également l'absence d'un jargon commun (si fréquent dans un même groupe professionnel) pour échanger entre les divers acteurs n'est pas pour faciliter la communication. Par ailleurs, la culture d'intervention des intervenants (professionnels, non professionnels, "aidants naturels") peut rendre difficile l'établissement d'un plan concerté d'intervention, en raison de divergences de valeurs ou encore de la difficulté d'intégrer le client à un processus où ces divergences peuvent être manifestes; en effet, toute concertation et tout plan ne peuvent se faire à l'insu du client. Finalement, la concertation pose divers problèmes éthiques. Comment obtenir le consentement du client, quelle information donner aux "aidants naturels" (notamment sa famille), aux divers intervenants. Comment gérer les dossiers du client tenus par divers professionnels parfois de diverses institutions? Comment gérer la question de la confidentialité à l'intérieur d'un organisme d'aide et entre les organismes? Il faut pas mal de confiance entre les organismes pour s'ouvrir simplement à poser ces questions.

Les grandes résistances viennent de la crainte des institutions professionnelles du réseau officiel pour leur imputabilité à confier leurs patients à d'autres institutions, et de la crainte des organismes communautaires à être de plus en plus considérées comme des maillons complémentaires du réseau plutôt que des " alternatives " réelles à ce réseau ou encore, ce qui est pire, des petites institutions au service des grosses. Pour les partenaires de la concertation, il y a néanmoins des avantages. Pour les

grandes institutions du réseau, malgré elles, financièrement contraintes, la concertation avec les petites institutions publiques (CLSC par exemple) et les organismes communautaires leur permet d'investir strictement mais aussi plus dans ce qui leur est spécifique. Pour les petites institutions, il s'agit là d'une occasion de reconnaissance qui se traduira tôt ou tard par un rajustement de leurs subsides et la possibilité d'améliorer les conditions de leurs services et de leurs employés. Mario Poirier et son équipe (1998), étudiant la pratique du Case Management dans l'Ouest de l'île de Montréal. La concertation est apparue avec diverses crises et diverses phases (Poirier et al., 1998), " Transformation des pratiques et des attitudes : expérience de la Banlieue Ouest de Montréal ", présentation orale citée par M. Poirier, 1998).

CONCLUSION

La concertation est maintenant un impératif. En identifiant ses difficultés et des défis, on peut en tirer une formule efficace, efficiente et novatrice.

BIBLIOGRAPHIE

Bédard D., Lazure D et Roberts.C., Rapport - Commission d'Étude des hôpitaux psychiatriques, Ministère de la Santé du Québec, 9mars1962;

Boudreau Françoise, "Partnership as a New Strategy in Mental Health Policy: The Case of Quebec", Journal of Health Politics, Policy and Law, vol. 16, no 2, Summer 1991.

Poirier M, Larose S, Ste-Marie F., Rosenberg L et Ritzhaupt, " Splendeur et misères de la concertation locale : un regard du terrain ", Revue Canadienne de santé mentale communautaire, vol 18, no 2, automne 1999

Poirier M., Ritzhaupt B, Larose S, Chartrand D, " Case management : le modèle de l'Ouest de l'île de Montréal ", Santé mentale au Québec, XXIII (2), p. 93-118; 1998

Vinet Alain, " La vie quotidienne dans un asile québécois ", Recherches sociographiques, vol. 16, 1, 1975, p.85-113;

Wallot Hubert, "Concordance entre trois types d'évaluateurs en matière de besoins de services de santé mentale," dans La reforma de los medelos santarios, la definicion del producto y las necesidades de gestion, **actes du 8ième congrès annuel de l'Association Latine pour l'analyse des système de santé**, Granada, 19-21 juin 1997,p. 125-133

Wallot Hubert, Entre la compassion et l'oubli, la danse autour du fou, tome I ed. MNH, Beauport Qc, 1998. 456 pages

Wallot Hubert, Évaluation du potentiel des organismes communautaires en santé mentale, Canadian Psychiatric Association Journal, 44(1),1999 : 48-56.