

Unité des services psychiatriques (U.S.P.) au centre hospitalier Cité de la santé de Laval : organisation et fonctionnement

Pierre Cousineau, Ph.D., Michel J. Messier, Hans Fleury et François Borgeat

Volume 11, numéro 2, novembre 1986

Politiques et modèles II (1) et La psychosomatique (2)

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030358ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030358ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Cousineau, P., Messier, M. J., Fleury, H. & Borgeat, F. (1986). Unité des services psychiatriques (U.S.P.) au centre hospitalier Cité de la santé de Laval : organisation et fonctionnement. *Santé mentale au Québec*, 11(2), 188–193. <https://doi.org/10.7202/030358ar>

UNITÉ DES SERVICES PSYCHIATRIQUES (U.S.P.) AU CENTRE HOSPITALIER CITÉ DE LA SANTÉ DE LAVAL: ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

À l'automne 1977, quelques chefs de discipline récemment nommés à un nouvel hôpital, La Cité de la Santé de Laval, se rencontrent autour d'une table pour mettre sur pied le programme des services de psychiatrie dans cet établissement. Il s'agit d'un hôpital de 311 lits, centré sur la médecine familiale, possédant un département de santé communautaire, insistant sur une approche de médecine globale et ayant une vocation universitaire de formation, particulièrement en médecine familiale.

Les soins infirmiers, la psychiatrie, la psychologie, le service social, l'ergothérapie et le secrétariat sont les disciplines réunies autour de la table de travail en compagnie du directeur général et des directeurs de services impliqués, soit le directeur des services professionnels, le directeur des services hospitaliers et le directeur des soins infirmiers. Stimulés et heureux de pouvoir mettre sur pied un programme nouveau sans le poids écrasant de traditions plus ou moins paralysantes, ils insistent tous ensemble sur les dimensions suivantes: soins centrés sur le patient considéré dans sa globalité et dans sa singularité, compétence, autonomie et harmonie dans le travail chez les professionnels devant oeuvrer à l'intérieur de ce programme de services psychiatriques.

C'est avec un esprit d'ouverture, le goût du risque et dans un terrain relativement vierge qu'est conceptualisé le modèle d'intégration des ressources professionnelles à l'intérieur de ce que sera l'Unité des Services Psychiatriques (l'U.S.P.). Il s'agit de l'ensemble du programme des services psychiatriques donnés lors de l'hospitalisation, dans les cliniques externes, l'urgence et le Centre de jour. Dans cette unité de services psychiatriques, on insiste également pour que se vive la continuité des

soins au patient: dans toute la mesure du possible, le même médecin psychiatre et les mêmes professionnels doivent continuer à fournir leurs services aux patients, qu'ils soient hospitalisés, vus en clinique externe ou au Centre de jour.

Il a paru intéressant de présenter cet essai d'intégration des ressources professionnelles à l'U.S.P. de La Cité de la Santé. À la phase d'élaboration des modalités de collaboration multidisciplinaire, certains principes et conditions guidaient les membres du groupe de travail:

- 1- Toujours considérer la personne, dont l'état de santé nécessite des soins, comme étant le noyau central autour duquel doivent graviter les professionnels des équipes, en vue de lui fournir les services réalistes et utiles dont elle a besoin. Une telle perspective aidera à organiser et à centrer les activités davantage en fonction de la personne qui veut améliorer sa santé et non avant tout en fonction de la satisfaction des besoins divers du soignant ou des soignants.
- 2- Assurer une entente suffisante sur la philosophie, les objectifs de soins et les modalités pour y parvenir.
- 3- Favoriser une connaissance précise de l'identité professionnelle de chaque collaborateur, des ressources et des limites de chaque discipline et de chacune des ressources professionnelles effectivement impliquées dans l'équipe.
- 4- Respecter chaque collaborateur intra et interdisciplinaire comme une personne en évolution avec ses ressources et ses limites.
- 5- Assurer une communication claire, respectueuse, efficace et régulière entre les ressources humaines de l'hôpital et avec le ou les groupes de travail pouvant être impliqués dans les services

- auprès des patients, cela en vue d'une bonne coordination du travail.
- 6- Accepter, sans crainte indue d'être dépossédé de quoi que ce soit, les spécificités complémentaires mais aussi les chevauchements nécessaires et inévitables entre les interventions cliniques ou administratives. Dans ce contexte, être capable de prendre conscience de certaines réactions émotives d'inquiétude, d'hostilité et de méfiance reposant sur notre insécurité professionnelle ou personnelle, et apporter alors les correctifs avec la tolérance réaliste nécessaire.
 - 7- Assurer également une coordination clinique par un leader professionnel de manière à ce que les services soient rendus d'une manière respectueuse de l'intégrité de la personne à soigner et aussi en vue d'assurer la meilleure efficacité possible des interventions, compte tenu des ressources disponibles. Cette coordination clinique ne peut à la longue être efficace et satisfaisante, tant pour le patient que pour tous les membres de l'équipe, que si le leader l'exerce d'une manière vraiment consensuelle, ce qui implique de sa part des droits et des devoirs.
 - 8- Distinguer la coordination clinique de la coordination administrative des activités d'un groupe de travail. En effet, une compétence dans un domaine n'engendre pas nécessairement la même compétence dans l'autre secteur, sans pour autant que les deux catégories et les deux styles de compétence ne puissent se retrouver par moments entre les mains d'un même individu.
 - 9- Accepter de prendre de façon réaliste le temps nécessaire pour développer et raffermir progressivement les différents principes précédemment énumérés.

TABLEAU 1

Composition du Comité de coordination

A) Chefs de discipline	Nombre	B) Équipes et programmes de soins	Nombre	C) Directeur mandaté à l'U.S.P.
Psychiatrie	1	Équipes de secteur	4	Actuellement D.S.H.
Ergothérapie	1	Centre de Jour	1	
Psychologie	1	Soins infirmiers de jour et		
Service social	1	soir-nuit	2	
Soins infirmiers	1	Urgence	1	
Médecine générale	1			
Secrétariat	1			

Le coordonnateur est un des membres cliniciens du comité de coordination

Les différents chefs de discipline ou chefs de programme relèvent hiérarchiquement de leur directeur respectif en accord avec le plan d'organisation actuel de l'institution.

D.S.P.-C.M.D.P.	D.S.H.	D.S.I.
— Psychiatrie	— Ergothérapie	— Soins infirmiers
— Médecine générale	— Psychologie	
	— Service social	
	— Secrétariat	
	— Centre de Jour	

N.B.: Les disciplines comptent d'autres membres à la C.S.L. qui ne font pas partie du programme «Unité des Services Psychiatriques».

- Exemples: — Psychiatres du Service de consultation-liaison.
 — Psychologues attachés en médecine-chirurgie
 — Ergothérapeutes affectées en médecine physique et gériatrie
 — etc.

ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE L'UNITÉ DES SERVICES PSHCHIATRIQUES¹

L'unité des services psychiatriques

L'objectif fondamental de l'Unité des Services Psychiatriques consiste à contribuer au développement et à l'actualisation des ressources affectives, physiques, sociales, intellectuelles, etc., de ceux chez qui la santé mentale est sérieusement affectée, et aussi à contribuer à la promotion et à la préservation de la santé mentale de la population desservie par la Cité de la Santé de Laval (CSL) avec la collaboration du D.S.C. Cet objectif fondamental s'inscrit dans la philosophie des soins à la CSL, soit une approche globale, familiale et communautaire de la santé des individus.

Le comité de coordination

Le comité de coordination (voir tableau 1) constitue l'organe nerveux fondamental où se véhiculent les informations cliniques, administratives et communautaires ainsi que les recommandations du même ordre permettant d'adopter des décisions quant aux orientations et objectifs des programmes de soins, quant aux moyens pour les atteindre et quant à l'évaluation de leur efficacité.

Il est composé des membres suivants:

- Le coordonnateur de l'Unité des Services Psychiatriques (U.S.P.);
- Les chefs de chacune des disciplines ou leur représentant: ergothérapie, médecine générale², psychiatrie, psychologie, secrétariat, service social, soins infirmiers;
- Les chefs des équipes et des programmes de soins, dont deux représentants du module de soins infirmiers intra-hospitaliers.
- Le directeur mandaté à l'U.S.P.

Les décisions du comité de coordination sont prises par consensus. De toute son histoire, le comité n'a jamais eu à prendre un vote sur un point quelconque.

Le fonctionnement du comité de coordination est reconnu par l'administration de l'hôpital. Le comité, de son côté, respecte la structure hospitalière. C'est pourquoi ses décisions significatives doivent être acceptées par le directeur mandaté.

Les responsabilités spécifiques de ce comité sont

les suivantes: Le mandat du comité réside dans la définition et l'interprétation de l'objectif fondamental de l'U.S.P., et son rôle principal consiste à évaluer jusqu'à quel point il est atteint. De cette évaluation, découlent les recommandations visant à modifier les priorités de l'U.S.P. et la répartition des ressources, à préparer des demandes de développement et à promouvoir divers modes de collaboration avec les autres intervenants dans le champ de la santé mentale.

En outre y sont apportés les problèmes administratifs dont l'analyse et les solutions sont suffisamment élaborées, après consultation des chefs de discipline et des équipes, pour faire l'objet de propositions et recommandations précises par le comité.

Coordonnateur de l'unité des services psychiatriques (U.S.P.)

Le coordonnateur des services psychiatriques est un membre ayant des fonctions cliniques dans l'Unité des Services Psychiatriques. Il est le responsable ultime de la coordination des services psychiatriques. Cette coordination se fait en fonction de la qualité et de l'efficacité des services dispensés à l'Unité des Services Psychiatriques en conformité avec les recommandations adoptées par le comité de coordination de l'U.S.P.

Pour être éligible comme coordonnateur il faut: Être membre de l'U.S.P.; avoir déjà des fonctions cliniques et les maintenir à demi-temps environ à l'U.S.P.; et être membre du comité de coordination.

Le coordonnateur de l'U.S.P. doit être membre du comité de coordination; il est recommandé par au moins deux tiers (2/3) des membres du comité de coordination et est nommé par le directeur mandaté à l'U.S.P. La nomination est valable pour une période de deux (2) ans renouvelable une seule fois consécutivement par le processus habituel.

Le coordonnateur assure essentiellement quatre fonctions au sein de l'U.S.P.: Coordonner les actions des divers responsables en regard de la poursuite des objectifs déterminés pour l'U.S.P.; régler les affaires courantes; représenter l'U.S.P. auprès des autorités administratives et des autres intervenants dans le champ de la santé mentale; et recueillir les données statistiques conformes aux normes de guide budgétaire et aux besoins de gestion interne de l'U.S.P.

Il assume aussi trois fonctions au sein du comité

de coordination: Préparer les dossiers à y être étudiés; animer les réunions; et s'assurer de l'exécution des décisions du comité.

Fonctions du directeur mandaté à l'U.S.P. par le comité de régie

Le directeur mandaté à l'U.S.P. par le comité de régie est responsable vis-à-vis le Directeur Général de la Cité de la Santé de Laval de la coordination des activités de l'U.S.P. relatives aux programmes et aux services développés par les directions hiérarchiques concernées (D.S.P., D.S.I., D.S.H.) et représente l'U.S.P. auprès de la Direction générale.

À cette double fin, il doit informer les membres de l'U.S.P. des objectifs de l'établissement, des politiques en vigueur et des orientations déterminées par le Conseil d'Administration et le Comité de Régie, concernant l'ensemble de l'établissement et, parallèlement, il doit informer les directeurs concernés des orientations, des développements et des activités de l'U.S.P.

C'est à lui que réfère le coordonnateur de l'U.S.P. dont le rôle et les fonctions sont déterminés par le comité de coordination en regard des divers groupes et programmes de santé mentale.

Il est membre ex-officio du comité de coordination. Il participe avec les membres du comité à l'étude et à l'évaluation des orientations et des programmes de l'U.S.P. Également, il participe à l'étude des situations problématiques ayant un impact sur le fonctionnement de l'U.S.P. et sur l'ensemble de l'établissement.

Il participe avec le coordonnateur et les directions respectives concernées (D.S.P., D.S.I., D.S.H.) à l'élaboration des besoins en ressources humaines, matérielles et financières de tous les secteurs de l'U.S.P., soit: le module interne, le Centre de jour, les cliniques externes et l'urgence psychiatrique. Il en approuve avec les directeurs concernés (D.S.P., D.S.I., D.S.H.) la détermination compte tenu des disponibilités et des orientations de l'U.S.P. et de l'établissement.

Fonctions du chef d'une équipe

En plus des fonctions communes et spécifiques à chacun des membres de l'équipe soignante, le chef d'une équipe remplit les fonctions d'animateur et de représentant de l'équipe auprès du coordonna-

teur et des chefs de discipline. Il manifeste le mode de pensée et d'agir de l'équipe dans la poursuite de ses objectifs particuliers.

Le chef d'une équipe est un membre de l'équipe oeuvrant principalement à l'externe, choisi par au moins deux tiers (2/3) des membres de l'interne et de l'externe pour un mandat d'un an renouvelable.

Le chef d'une équipe est sous l'autorité fonctionnelle du coordonnateur de l'U.S.P. en ce qui concerne ses responsabilités comme chefs d'une équipe. En ce qui concerne ses autres tâches, il dépend de son chef de discipline. Il s'assure que les demandes des bénéficiaires sont bien accueillies et achevinées dans un délai raisonnable aux membres de l'équipe pour fins d'évaluation et de prise en charge, et anime l'équipe.

Il est aussi membre du comité de coordination, représente son équipe au comité et auprès du coordonnateur et participe aux activités du comité de coordination.

Fonctions du chef de discipline professionnelle

À l'intérieur de chacune des disciplines professionnelles impliquées dans les soins psychiatriques, le chef de discipline:

Est responsable de la qualité des activités professionnelles et détermine les objectifs, procédures et techniques spécifiques en accord avec les priorités de la C.S.L. et les objectifs de l'U.S.P.

Est responsable de la gestion des ressources physiques, matérielles et professionnelles reliées à sa discipline.

Collabore avec les autres membres du comité et/ou le coordonnateur en vue de:

- a) Définir les besoins en professionnels de sa discipline à l'U.S.P.
- b) Voir à l'assignation de chaque professionnel à un travail précis.
- c) Procéder aux assignations requises lorsqu'il y a changement de programmes, des priorités ou de personnes.

Fonctions des représentants des soins infirmiers intra-hospitaliers

Ils sont membres du comité de coordination et représentent leur équipe au comité et auprès du coordonnateur, et ils collaborent à l'élaboration de certaines politiques d'ensemble avec les autres membres du comité de coordination.

Fonctions du médecin traitant

La coordination clinique des soins pour chaque patient est assurée par le médecin traitant. Dans l'équipe psychiatrique, le médecin traitant est d'habitude le médecin psychiatre. En plus des fonctions communes ou spécifiques à chacun des membres de l'équipe soignante, le médecin traitant remplit les tâches suivantes: il fait et rédige l'examen psychiatrique avec ou sans l'aide des autres membres de l'équipe; il intègre avec le bénéficiaire et les autres membres de l'équipe soignante les données pertinentes à l'élaboration d'un plan thérapeutique conjoint; il signifie par écrit dans le dossier, après discussion avec l'équipe, quel membre de celle-ci suivra tel ou tel patient; il rédige les ordonnances médicales et les revise régulièrement; il évalue avec le bénéficiaire et les autres membres de l'équipe soignante la condition du bénéficiaire au cours et à la fin du traitement; il institue ou lève une cure fermée selon l'état clinique du patient; il rédige les certificats d'incapacité pour la Curatelle Publique, s'il y a lieu, ainsi que tous les rapports légaux (Assurance, Bien-Être Social, Cour, accident, etc.); il assume selon les standards de l'hôpital le contrôle du contenu médical de chaque dossier, et il rédige un résumé de dossier lors du congé du patient avec la collaboration des professionnels concernés.

CONCLUSION

L'U.S.P. existe maintenant depuis près de 9 ans sans altérations majeures au mode de fonctionnement décrit plus haut. Dans le contexte actuel, c'est un succès en soi. Une telle structure, dans laquelle un leadership de type consensuel est toujours visé, exige une bonne qualité dans les relations interpersonnelles de ses membres. Elle ne peut survivre sans une bonne dose de confiance mutuelle et de respect de l'autre et de sa contribution. Il est évident que des conflits interpersonnels, liés par exemple aux luttes de pouvoir, sont apparus à l'occasion. Le système organisationnel de l'U.S.P. n'est sûrement pas l'unique réponse aux difficultés qui agitent fréquemment le monde de la psychiatrie. Cependant le collectif y a toujours su primer sur les besoins de sous-groupes ou d'individus, même au prix de compromis parfois difficiles. Là réside encore une des forces du modèle.

La réflexion que nous proposons ne peut éviter

de toucher la fameuse question des relations entre les psychiatres et les autres professionnels de la santé mentale. Le rôle privilégié du médecin psychiatre dans un centre hospitalier est d'emblée reconnu dans notre structure. Sa fonction essentielle dans une équipe psychiatrique (interne et externe) et à l'urgence est confirmée dans nos textes et dans la réalité: il demeure le responsable ultime sur le plan clinique. Cependant cette responsabilité a toujours été assumée en collaboration avec les autres professionnels et dans le respect des compétences de ceux-ci. Les décisions cliniques sont presque toujours le résultat d'un consensus d'équipe. Finalement, la fonction privilégiée du psychiatre au sein de l'équipe psychiatrique ne signifie pas d'emblée qu'il en soit le responsable administratif. Les rôles de chef d'équipe et de coordonnateur de l'U.S.P. sont ouverts à tous les professionnels oeuvrant à l'U.S.P. Des trois coordonnateurs élus jusqu'à ce jour, un a été psychiatre, les deux autres venant d'une autre discipline professionnelle.

Les autres professionnels de la santé mentale, pour leur part, se voient confirmés dans leur compétence et dans l'importance de leur apport au milieu. Ils se sentent solidaires des décisions d'équipe et en ce sens très impliqués dans leur travail. Leur énergie ainsi que celle des psychiatres ne sont pas déployées dans des luttes stériles où le grand perdant restera toujours le patient qui nécessite des services psychiatriques.

Une des caractéristiques positives de l'U.S.P. a toujours été la facilité de mobilisation de ses membres autour des projets, d'implications dans la communauté, etc. La créativité y a toujours trouvé droit de cité et c'est en grande partie grâce à son mode d'organisation.

En résumé, les effets principaux de cette formule apparaissent être: un climat harmonieux de travail avec une réduction considérable des tensions interprofessionnelles (souvent si stérilisantes dans le monde psychiatrique), une motivation et une mobilisation accrues des professionnels en regard de leur travail clinique et de leur institution et un plus grand respect de la responsabilité clinique et médicale du psychiatre.

L'expérience est positive à La Cité de la Santé, mais loin de nous l'idée de présenter ce système comme la seule bonne formule. Notre milieu est caractérisé par sa jeunesse et ses dimensions modes-

tes. Ainsi, ce modèle d'organisation n'est pas venu supplanter un modèle antérieur plus traditionnel. De plus, on peut se demander comment ce système fonctionnerait dans une institution de plus grande dimension où la concertation impliquerait un nombre beaucoup plus considérable de personnes. Jusqu'ici, il a aussi été expérimenté dans un des secteurs d'un grand hôpital psychiatrique et en région éloignée. Pour en bien profiter, il semble que les grandes structures doivent accepter une certaine décentralisation de façon à créer des collectifs de professionnels ne dépassant pas 100 membres environ.

Soulignons en terminant que, comme le démontre cette description, ce modèle qui implique les professionnels dans la gestion de leurs activités, n'a pas été improvisé. Les tâches de chacun, les modes d'articulation et de prise de décision ont été soigneusement définis. Cette précision nous semble aussi contribuer au succès de l'expérience.

NOTES

1. Le texte de cette communication ne décrit pas l'intégralité de notre modèle. Des gens intéressés à plus de précisions

pourraient communiquer avec Hans Fleury, coordonnateur actuel de l'U.S.P. de la Cité de la Santé de Laval.

2. À la Cité de la Santé de Laval, le médecin de famille est toutefois appelé à jouer un rôle prépondérant à l'égard des patients au cours de toutes les phases de leur évolution vers un meilleur état de santé en tant que médecin traitant ou co-traitant.

Pierre Cousineau, Ph.D.

Psychologue

Coordonnateur de l'U.S.P. de 1982-1986

Cité de la Santé de Laval

Michel J. Messier, m.d.

Chef du département de psychiatrie

de 1976 à 1984

Coordonnateur de l'U.S.P. de 1978 à 1982

Cité de la Santé de Laval

Directeur des services de réadaptation

au C.H. Douglas depuis 1985

Hans Fleury, D.Ps.

Chef du service de psychologie

Coordonnateur de l'U.S.P. depuis 1986

Cité de la Santé de Laval

François Borgeat, m.d. m.Sc.

Chef du département de psychiatrie depuis 1985

Cité de la Santé de Laval