

## L'intégration des services sur une base locale : acquis et limites

Nassera Touati, Linda Cazale, André-Pierre Contandriopoulos, Jean-Louis Denis, Rosario Rodriguez, Claude Sicotte and Hung Nguyen

Volume 27, Number 2, Fall 2002

Les réseaux intégrés de services

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/014557ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/014557ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Touati, N., Cazale, L., Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Rodriguez, R., Sicotte, C. & Nguyen, H. (2002). L'intégration des services sur une base locale : acquis et limites. *Santé mentale au Québec*, 27(2), 54–73. <https://doi.org/10.7202/014557ar>

Article abstract

Service integration on a local basis : advantages and limits

This article describes an experience of integration of services to people with mental health disorders on a local basis. The experience took place in a rural region between 1998 and 2001 and was funded by the Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS). The authors describe the specific context of the experience, the intervention model which includes integration of health services on a population level as well as specific interventions for mental health patients. The authors then evaluate the experience and more particularly, its implementation on the basis of the concept of partnership. Dyadic relationships between institutional, non institutional protagonists and consumers are examined. After emphasizing the advantages of such an experience, the authors discuss the limits and particular stakes of such a project in the context of mental health.



## L'intégration des services sur une base locale : acquis et limites

---

Nassera Touati\*

Linda Cazale\*\*

André-Pierre Contandripoulos\*\*\*

Jean-Louis Denis\*\*\*\*

Rosario Rodriguez\*\*\*\*\*

Claude Sicotte\*\*\*\*\*

Hung Nguyen\*\*\*\*\*

Cet article rend compte d'une expérience locale d'intégration des services auprès d'une clientèle souffrant de troubles mentaux. L'expérience s'est déroulée dans une région rurale entre 1998 et 2001 et a été financée par le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS). Les auteurs décrivent le contexte particulier de l'expérimentation, le modèle d'intervention qui, fait particulier, comprend une intégration des services de santé au niveau populationnel ainsi que des interventions spécifiques pour la clientèle de la santé mentale. Les auteurs procèdent ensuite à l'évaluation de cette expérimentation et plus particulièrement son implantation en s'appuyant sur le concept de partenariat. Les relations dyadiques entre les acteurs institutionnels, non institutionnels et les personnes utilisatrices sont ainsi examinées. Après avoir mis en évidence les avantages d'une telle expérimentation locale, ils discutent des limites et des enjeux particuliers de ce projet dans le contexte de la santé mentale.

\* Chercheur associé, Centre de recherche de l'hôpital Charles-Lemoyne affilié à l'université de Sherbrooke.

\*\* Stagiaire postdoctorale, Centre de recherche, Hôpital Charles LeMoyne.

\*\*\* Professeur titulaire, Département d'administration de la santé et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal.

\*\*\*\* Professeur titulaire, Département d'administration de la santé et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal.

\*\*\*\*\* Stagiaire postdoctorale, Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, and Faculty of Management and Center for Strategy Studies in Organizations, McGill University.

\*\*\*\*\* Professeur titulaire, Département d'administration de la santé et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal.

\*\*\*\*\* Cadre-conseil, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie et Institut National de la Santé publique du Québec.

**P**lusieurs observateurs aujourd'hui privilégient l'expérimentation de l'intégration des soins comme moyen d'améliorer l'efficacité et l'efficience des services destinés aux personnes souffrant de troubles mentaux (Provan et Milward, 1994).

Depuis plusieurs années, des efforts ont été déployés au Québec afin de bonifier la coordination et la continuité des services de santé mentale en particulier pour la clientèle vivant dans la communauté. Les initiatives les plus marquantes ont trait à l'implantation depuis le début des années 1990 des Plans régionaux d'organisation des services en santé mentale (PROS) chargés de coordonner l'organisation des services dans une région spécifique. Bien que positif dans son ensemble, le bilan de l'implantation de cette réforme (Boyer, 1995 ; Denis et al., 1999 ; Fleury, 1998 ; Fleury et Denis, 2000 ; Paquet, 1995 ; Potvin, 1997) révèle certaines lacunes qui renvoient notamment à l'*intégration normative*, c'est-à-dire au partage de valeurs et de schèmes cognitifs communs (Contandriopoulos et al., 2001b).

Wasylenky et Goering (1992) estiment que ce constat n'est pas étonnant dans la mesure où le secteur de la santé mentale au Québec est caractérisé par la coexistence de trois grandes solitudes : les hôpitaux psychiatriques et les départements psychiatriques des hôpitaux généraux, les ressources alternatives et les centres locaux de services communautaires (CLSC). Dans chacun de ces milieux, on retrouve une conception différente de l'intervention en santé mentale.

Les hôpitaux psychiatriques et les départements de psychiatrie privilégient l'approche médicale fondée sur les connaissances biologiques de la maladie mentale. Les équipes professionnelles oeuvrant dans les CLSC pour leur part, valorisent plutôt une approche biopsychosociale. Finalement, les intervenants des ressources alternatives soutiennent que les personnes ayant des problèmes de santé mentale doivent participer à la conduite de leur parcours thérapeutique.

Bien entendu, ce départage est un peu caricatural. Néanmoins, ces différentes visions contribuent grandement à la difficulté de construire un partenariat entre les différents protagonistes du secteur de la santé mentale.

Il semble qu'une plus grande décentralisation décisionnelle aide à l'établissement de partenariat et encourage la diversification et l'intensification des modes de coordination des interventions (Fleury et Denis, 2000). Les dynamiques locales peuvent ainsi s'appuyer sur des contextes plus favorables à l'innovation et au changement (par exemple, des relations positives entre les acteurs locaux). Aussi, les processus de chan-

gement sont généralement ancrés dans des projets liés directement aux préoccupations des équipes cliniques.

Les nouvelles orientations en matière d'organisation des services de santé mentale qui privilégient l'intégration des services sur une base locale vont dans le même sens (Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale, 2001).

### **Le contexte de l'expérimentation**

Le projet financé par le FASS s'est déroulé dans une région rurale du Québec de près de 25 000 habitants répartis entre deux communautés linguistiques : la communauté anglophone située dans le territoire X, l'autre francophone, située dans le territoire Y. Un hôpital général de courte durée, l'Hôpital HB, un CLSC, un CHSLD, quinze médecins en pratique privée, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie ainsi qu'une équipe d'évaluation du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) ont participé à cette expérimentation.

Le projet visait la mise en place d'un réseau de services intégrés pour l'ensemble de la population incluant la clientèle ayant des problèmes de santé mentale. Un système de santé et de services sociaux intégrés se définit comme étant un réseau d'organisations interdépendantes et coordonnées sur les plans fonctionnel<sup>1</sup>, clinique et responsable de la santé d'une population donnée à laquelle est dispensé un continuum de services adaptés à ces besoins (Shortell et al., 1996). Plus concrètement, l'expérimentation visait un système intégré qui deviendrait imputable des services dispensés aux habitants du territoire. Une première étape se traduirait par une intégration multidimensionnelle (administrative, informationnelle et clinique) (Touati et al., 2001 ; Rho et al., 2001).

### **Les forces du système**

Le système local de soins compte certains atouts constituant des forces : la taille relativement restreinte du territoire facilite l'établissement de relations entre professionnels ; l'importance accordée aux services de première ligne ; la polyvalence des omnipraticiens qui s'occupent entre autres des personnes souffrant de troubles mentaux<sup>2</sup>. Tous les médecins du territoire sont membres du conseil des médecins, les dentistes et les pharmaciens de l'hôpital HB, ce qui favorise la coordination des services médicaux. Aussi, le climat de travail entre les divers intervenants est relativement harmonieux.

Au chapitre de l'organisation des services en santé mentale, il faut savoir que le territoire n'est pas complètement dépourvu. L'acteur principal du système est le CLSC qui a développé une expertise grâce à

l'intervention d'une équipe de base auprès d'une clientèle dont l'âge varie entre 6 et 100 ans<sup>3</sup>. L'équipe régulière se compose d'un(e) omnipraticien, d'un(e) psychologue, d'un(e) infirmier (ère), d'un(e) agent de relations humaines, et d'un(e) ergothérapeute. Les différents types de services offerts par le programme de santé mentale du CLSC sont : un service d'évaluation de base en pédopsychiatrie, des services pour les adultes et de psycho-gériatrie.

En plus du programme du CLSC et des services médicaux de première ligne, les habitants du territoire bénéficient d'autres services : un service d'aide et d'entraide entre pairs dispensé par un organisme communautaire ; l'hospitalisation courte-durée psychiatrique pour la clientèle âgée de 65 ans et plus ; l'hébergement temporaire (malgré l'absence d'un mandat formel) offert par le CHSLD pour cette même clientèle ; des services d'hospitalisation au sein du département de psychiatrie de l'hôpital du territoire voisin, l'hôpital VAL. De plus, des services ambulatoires y sont aussi en principe disponibles (par exemple, les services des cliniques externes, du centre de jour). Par contre, ces derniers services sont plus ou moins accessibles.

### **Faiblesses du système**

Bien que le territoire ne soit pas complètement dépourvu de services pour les personnes souffrant de troubles mentaux, l'offre de services y est jugée insuffisante. En effet, l'allocation per capita représentait en 1997-1998, 38 % du financement de la moyenne du Québec. Ce sous-financement se traduit par une absence de *services de répit et d'entraide* pour les familles et les proches, de *services de suivi dans la communauté et de services de soutien à l'hébergement*. Cette situation est d'ailleurs similaire à d'autres régions du Québec (Dillard, 1997). Si les services médicaux sont dispensés, on peut s'interroger sur leur pérennité en raison du vieillissement de l'équipe médicale en place, son renouvellement et la pénurie de médecins sur le territoire<sup>4</sup>.

Outre les lacunes au niveau de la disponibilité des services, le CLSC est isolé de ses partenaires régionaux en raison de l'absence de mécanismes de coordination régionale, de l'éloignement du territoire et des problèmes de transport des personnes utilisatrices. La clientèle de la région a donc peu accès aux services de santé mentale de deuxième ligne dispensés en grande partie à l'hôpital VAL. L'accessibilité aux services de deuxième ligne pose davantage problèmes pour les clients anglophones étant donné le peu de services en anglais offerts par cet hôpital.

C'est le patient qui doit se procurer des services, ces derniers étant organisés autour des missions plutôt que par programme intégré

de services inter-établissements. Les liens du CLSC avec les cabinets médicaux doivent aussi être renforcés, en particulier avec l'équipe médicale pratiquant dans le territoire X. Pour des raisons historiques entre autres, ces médecins ont toujours moins référé leurs clients au CLSC que leurs homologues du territoire Y. Enfin, à cause du manque de ressources, le CLSC ne se préoccupe pas véritablement de rejoindre la clientèle qui aurait besoin de services et qui malheureusement n'est pas desservie.

### **Le modèle d'intervention**

#### ***Le dispositif de pilotage du changement***

Bien que des lignes directrices aient été élaborées dans le cadre d'une soumission de projet au FASS, le projet s'est appuyé sur l'expertise des professionnels du terrain pour définir plus précisément les modalités d'intervention. Dans cette optique, un groupe de travail en santé mentale, regroupant des représentants de la régie régionale, l'hôpital HB et l'équipe Santé Mentale du CLSC, a été mandaté pour faire des propositions. Ces propositions ont été discutées au sein de comités plus globaux, en l'occurrence :

- le *comité clinique* ayant un rôle de coordination des différents programmes clientèles. Ce comité est constitué de médecins du territoire, de représentants d'autres professionnels, des directeurs d'établissements et du directeur du projet ;
- le *comité directeur* ayant un rôle décisionnel : ce comité qui regroupe des médecins du territoire, des représentants de l'équipe d'évaluation, le directeur du projet et les directeurs d'établissements a été mis en place suite à l'échec de la constitution d'une entité décisionnelle qui aurait résulté de la fusion des trois établissements du territoire.

#### ***L'intégration des services de santé au niveau populationnel***

L'intervention au niveau populationnel se veut une tentative d'intégrer les services de santé en s'appuyant sur le rôle de la première ligne et sur l'organisation médicale. Les personnes souffrant de troubles mentaux prises en charge par les omnipraticiens en cabinet privé, bénéficient comme le reste de la population de la nouvelle organisation des services médicaux, à savoir :

- des médecins de famille jouant le rôle de gestionnaires de soins ;
- des médecins de famille travaillant en interdisciplinarité avec des infirmières. Ces dernières jouent un rôle au niveau du suivi

systématique de la clientèle, de l'enseignement, et de la coordination des programmes.

- des médecins de famille accédant au dossier du client, grâce à un système d'informations reliant les établissements de la région, l'hôpital VAL et les cabinets médicaux. Dans un premier temps, les données de l'urgence et les résultats d'analyse ont été ciblées.

On s'attend donc à une amélioration de la coordination et de la continuité des soins.

Dans le cadre de cette expérimentation, on a fait davantage qu'appliquer la recommandation de l'OMS (1990) concernant le suivi médical de la maladie mentale (à savoir suivre ces personnes dans la communauté). De réels efforts ont été déployés pour intégrer tous les services requis par cette clientèle, notamment en y intégrant des médecins de première ligne (Touati et al., 2001). Le projet constitue une expérimentation des types de réformes vers lesquelles le Canada et le Québec en particulier semblent s'orienter (Pringle et al., 2000 ; CESSS, 2001).

### ***L'intégration des services par l'implantation de projets spécifiques***

Partant des lacunes au niveau de l'organisation des services, le groupe de travail en santé mentale a décidé d'implanter trois programmes axés sur les buts suivants :

- encourager autant que possible l'utilisation de ressources légères ;
- améliorer la continuité des services en étendant la gamme de services dans le territoire et en intervenant sur les mécanismes de coordination ;
- maintenir dans le milieu naturel les personnes ayant des troubles de santé mentale, en vue notamment d'une amélioration de leur qualité de vie.

Ces trois programmes sont :

- *la consolidation de l'équipe* de santé mentale du CLSC grâce à l'embauche d'un psychiatre. L'argent alloué à ce programme couvre les frais de formation (par le psychiatre) des professionnels du programme, la RAMQ défrayant la supervision clinique des professionnels et l'évaluation clinique des cas. Le psychiatre agit principalement comme consultant et agent formateur auprès de l'équipe. Il assure également la supervision des cas plus complexes et la mise à jour des nouvelles thérapies médicamenteuses ;

- *la création d'un support d'hébergement dit temporaire* (prévision de 3 places). Le but est de favoriser l'intégration dans le milieu social et le maintien dans le milieu naturel de personnes ayant des problèmes de santé mentale. Cet hébergement temporaire est utilisé pour prévenir les hospitalisations et favoriser un retour à l'équilibre dans le milieu de vie d'origine de la personne.
- *la mise en place d'un programme de suivi intensif et de réadaptation dans la communauté (programme appelé CRIP)*, desservant une clientèle adulte, francophone et anglophone, ayant des troubles mentaux graves et persistants. En avril 2000, 66 personnes, soit 23 % des clients inscrits au CLSC pour des services de santé mentale, présentent un diagnostic de trouble grave et persistant. Parmi ces 66 personnes, 32 reçoivent des services de l'équipe de santé mentale (Marois, 2000). L'écart entre ces deux nombres constitue une clientèle potentielle à rapatrier.

Améliorer la qualité de vie des personnes, optimiser la compétence du fonctionnement social, renforcer la capacité et la volonté d'agir de la personne (empowerment) ainsi que leur rétablissement (recovery) et réduire le nombre et la durée des hospitalisations constituent les objectifs premiers du CRIP. Pour réaliser ces objectifs, chaque personne utilisatrice du CRIP se voit affecter un gestionnaire de cas, rôle reconnu à l'intervenant principal de l'équipe de santé mentale. La gestion de cas couvre deux facettes : un rôle de courtier (Gélinas, 1998), incluant l'évaluation des besoins, la planification des services, un rôle de liaison et le suivi de l'adéquation et de la qualité des mesures de soutien directes, et un rôle de clinicien chargé de la dispensation des services. L'approche de gestion de cas est celle préconisée par Rapp (Marois, 2000). Elle se base sur les forces de la personne.

### **L'évaluation de l'expérimentation**

L'équipe étendue d'évaluation constituée des auteurs de cet article a, dans le cadre de ce projet, axé ses efforts sur l'évaluation de l'implantation. Définie sommairement, l'évaluation de l'implantation porte sur la connaissance du degré de mise en œuvre du modèle d'intervention, sur l'interprétation de ce niveau et enfin sur la compréhension de l'apport des composantes du programme implanté dans la production des effets (Champagne et Denis, 1992). Ceci permet en bout de ligne d'améliorer la validité externe de l'évaluation et d'appréhender les conditions de transférabilité des résultats, ainsi que le potentiel de généralisation de l'intervention à d'autres milieux. Bien évidemment, il est plus question



ici d'évaluer et de contextualiser le degré de mise en œuvre du modèle d'intervention.

### ***Méthodes***

Le devis général de cette recherche correspond à la méthode des études de cas (Yin, 1989), plus précisément, l'une concernant le programme santé mentale, et l'autre se référant au système de prise en charge dans sa globalité. Prises ensemble, ces deux études de cas fournissent le matériel pour saisir, d'une part, le degré d'intégration des services de "santé mentale" et, d'autre part, l'intégration de l'ensemble des services de santé requis par les personnes aux prises avec des troubles de santé mentale. Ces études sont de nature qualitative (Patton, 1990) et elles mobilisent plusieurs niveaux d'analyse en l'occurrence : le niveau inter-organisationnel, intra-organisationnel et le niveau des acteurs. Plusieurs sources de données ont servi à construire ces études de cas, à savoir :

- l'observation participante et non participante des réunions des comités mis en place dans le cadre du projet (en fait, les données qui nous importent davantage ici sont issues de trois comités : le groupe de travail en santé mentale, le comité clinique et le comité directeur),
- 26 entrevues semi-structurées avec : les professionnels concernés par la prise en charge de cette clientèle (les infirmières dans les cliniques médicales, des membres de l'équipe santé mentale du CLSC, des médecins omnipraticiens) ; les directeurs des établissements partenaires dans ce projet ; les cadres de la régie impliqués dans le projet ; le directeur du projet,
- l'analyse des artefacts du changement, notamment les protocoles d'entente qui touchent à la problématique de prise en charge de la clientèle ayant des problèmes de santé mentale.

Nos sources de données ne couvrent pas le point de vue des acteurs qui ne sont pas des partenaires formels du projet soumis au FASS (tels que les organismes communautaires et le département de psychiatrie situé en dehors du territoire). Il s'agit d'un biais d'évaluation dont nous sommes parfaitement conscients.

### ***Le cadre d'analyse***

Le concept de partenariat semble intéressant pour analyser l'évolution vers un système intégré de services. Cette notion est prise dans son sens le plus neutre (qui ne remet pas en cause les positions idéologiques et les positions de pouvoirs). Elle renvoie à la construction de rapports

entre acteurs et groupes sociaux non pas sur la base du consensus mais sur la base du compromis, c'est-à-dire la reconnaissance qu'il y a à partir de visées différentes, la recherche d'effets communs (Lévesque et Mauger, 1992), ici l'intégration des soins. L'établissement de ces partenariats interfère avec des phénomènes sociaux particulièrement importants dans le champ de la santé mentale et constituent autant de grilles d'analyse :

- *la grille de lecture politique* : les sources de pouvoir (les ressources financières, l'expertise, la position hiérarchique, etc.) sont mobilisées par les acteurs dans le cadre des relations inter-organisationnelles pour défendre leurs intérêts stratégiques. Les acteurs les plus puissants s'arrangent alors pour faire prévaloir leurs intérêts (Hardy, 1994).
- *la grille de lecture normative* : Gray (1985) soutient que la convergence idéologique des acteurs est un déterminant important des relations inter-organisationnelles, notamment durant la phase d'orientation du réseau.
- *la grille de lecture cognitive* : l'action organisationnelle est régie par les représentations cognitives des acteurs, en somme par les savoirs de l'action (Daft et Weick, 1984 ; Shrivastava et Schneider, 1984).

En prenant en compte des travaux sur la difficulté de construction de partenariats entre les acteurs institutionnels et les ressources alternatives, nous examinons l'émergence de nouveaux partenariats dans le secteur de la santé mentale et plus particulièrement, les relations dyadiques. Il sera question aussi de voir dans quelle mesure les personnes utilisatrices sont considérés comme des partenaires à part entière (Beal et al., 1997). En effet, de nombreuses études démontrent que les interventions cliniques, basées sur le principe de l'alliance thérapeutique, sont plus à même de produire des impacts positifs sur l'état de santé des malades (Avison et Speechley, 1987 ; Harris, 1988 ; Wasylensky, 1992). De même, le rôle des familles, auxquelles on associe désormais un modèle de compétence (Carpentier, 2001) ne peut être occulté notamment en matière de réadaptation sociale. Comme le souligne Bungener (2001), le rôle de la famille doit faire partie de toute réflexion sur la gestion optimale des modalités de soins.

À l'analyse de l'évolution des rapports entre ces acteurs classiques du secteur de la santé mentale va s'ajouter une analyse des rapports avec les omnipraticiens en pratique privée. Cette évaluation nous semble particulièrement importante étant donné le faible engagement des médecins de première ligne auprès de cette clientèle (Secor, 2000). En définitive, l'évaluation de cette expérimentation va tenter de vérifier dans quelle

mesure cette dernière réussit à amorcer un dialogue constructif entre des acteurs porteurs de courants idéologiques divergents et s'inscrivant dans des relations de pouvoirs disproportionnées (Lamoureux, 1994).

### ***Les principaux enseignements de l'évaluation***

*Dans quelle mesure assiste-t-on à une consolidation du partenariat au sein du réseau de soins entre les ressources de première ligne et les ressources spécialisées ?*

Gervais et ses collaborateurs (1997) soutiennent qu'il est erroné de conceptualiser la psychiatrie communautaire comme étant la négation de la psychiatrie hospitalière. En effet, plutôt que de disparaître, l'hôpital psychiatrique est appelé à adapter à la réalité de la vie communautaire l'encadrement et les services qu'il offre. On peut même affirmer que la psychiatrie communautaire ne saurait survivre sans le maintien des services spécialisés de deuxième ligne. C'est ce que semblent montrer entre autres les expériences de la clinique Pointe-Saint Charles (Perreault et al., 1999) et du pavillon Albert Prévost (Farand et al., 1999) qui témoignent de l'importance d'une complémentarité des services de première et de deuxième ligne.

Cette vision du système de prise en charge a été l'un des axes d'intervention privilégiés par le groupe de santé mentale. En effet, des ententes entre le CLSC et l'hôpital HB d'une part et avec le département de psychiatrie de l'hôpital VAL d'autre part, ont été signées pour organiser la prise en charge dans la communauté après les épisodes d'hospitalisation pour tous les clients de la région. Ceci démontre l'appropriation par l'équipe Santé mentale du CLSC d'un principe fondamental du modèle d'intervention, à savoir la responsabilité envers une population. Cette même équipe a aussi impliqué l'hôpital VAL dans la sélection des résidences familiales pour l'hébergement transitoire ; il a été convenu également que ce dernier délègue la gestion des places d'hébergement financées par la subvention FASS au CLSC.

Hormis ces quelques exemples de succès, la collaboration avec le département psychiatrique n'est pas toujours facile. Malgré l'appui de la régie régionale, le refus de l'hôpital VAL de rendre accessible son centre de jour pour les personnes qui ne sont pas suivies par le psychiatre responsable l'illustre parfaitement. Selon nous, il s'agit ici clairement d'un conflit au niveau de l'intégration normative : le CLSC et l'hôpital ne s'entendent pas sur l'approche thérapeutique, le CLSC reprochant à son partenaire une approche trop médicamenteuse. Pour surmonter cet échec, il a été décidé que l'équipe Santé Mentale ferait l'essai de référer des cas très problématiques à ce centre de jour.

Au total, on peut dire que les relations CLSC-hôpitaux ont été plus ou moins coopératives, certainement plus du côté de l'hôpital HB. Pour cet établissement, le déploiement d'un programme en santé mentale représentait un faible intérêt stratégique.

*Assiste-t-on à une consolidation du partenariat avec les médecins en pratique privée ?*

Si aux dires des intervenants du CLSC, la collaboration avec les omnipraticiens du territoire a toujours été positive comparativement à d'autres territoires, il n'en demeure pas moins que l'expérimentation est venue exacerber certaines difficultés d'intégration des médecins. Il a été notamment délicat de convaincre les médecins d'accepter les retombées de l'implantation du rôle de gestionnaire de cas pour les personnes ayant des troubles mentaux graves et persistants. En effet, pour certains médecins, ce changement de pratique constitue un alourdissement des tâches (communication, formalités administratives) difficilement acceptable dans un contexte de travail déjà très chargé. Un manque d'information quant aux avantages de travailler avec un gestionnaire de cas a contribué au peu d'enthousiasme des médecins.

De même, il n'a pas été très facile d'amener les omnipraticiens à accepter que les personnes référées à l'équipe Santé Mentale du CLSC ne soient pas évaluées systématiquement par le psychiatre de l'équipe. Il a fallu construire la confiance envers l'expertise des autres professionnels de l'équipe. D'ailleurs, de l'avis de certains intervenants de l'équipe du CLSC, il y a lieu de renforcer cette confiance, notamment en ce qui concerne les médecins du territoire X qui n'ont pas une tradition de collaboration avec le CLSC. Au-delà de la question de confiance, l'augmentation des références au programme de suivi communautaire soulève la question de l'incitation des médecins actuellement inexistante. Il faut en effet savoir que les médecins traitants, et c'est un fait perçu par certains intervenants du CLSC, n'ont pas un réel intérêt à encourager le suivi communautaire des personnes souffrant de troubles mentaux. Ainsi, ils ne déploient pas beaucoup d'efforts pour écourter les épisodes d'hospitalisation. Le contexte de travail difficile des médecins freine certainement un plus grand engagement de leur part dans le suivi communautaire, y compris au niveau de la réadaptation des personnes ayant des problèmes de santé mentale.

*Dans quelle mesure assiste-t-on à une consolidation du partenariat avec les ressources alternatives ?*

Les ressources alternatives n'ont pas apprécié n'être pas conviées à faire partie du groupe de travail en santé mentale. Elles ont été par la

suite cooptées dans le processus de changement. Certains événements comme la nomination d'un professionnel de l'équipe Santé Mentale du CLSC en tant que membre du conseil d'administration d'un organisme communautaire ont aidé, de l'avis des membres du groupe de travail, à structurer les activités de cet organisme, et donc à favoriser l'alignement par rapport aux objectifs du programme de suivi communautaire. Les rapports avec l'organisme communautaire sont ainsi devenus, selon l'équipe Santé Mentale, très positifs. En fait, la coordination s'effectue grâce à la concertation au moment de l'élaboration du plan de services. La redondance des services est alors éliminée. Les ressources alternatives sont en quelque sorte « intégrées » au modèle d'intervention des institutions risquant dans une certaine mesure, de perdre leur identité ou encore une partie de leur spécificité pour ne plus être que des dispensateurs de services (White et Mercier, 1991 ; Mercier et White, 1995).

*Assiste-t-on à une consolidation du partenariat avec les personnes utilisatrices et leurs familles ?*

Le rôle des personnes utilisatrices dans l'établissement d'un traitement continu est un principe de plus en plus admis (White et al., 1993). Ce renforcement du pouvoir des personnes dans les processus de prise en charge devrait permettre d'améliorer l'efficacité et l'impact des interventions. Dans le cadre de l'expérimentation, l'implication des personnes dans la mise en place du plan de services, c'est-à-dire le principe d'appropriation du pouvoir (empowerment) se trouve au centre du modèle d'intervention. De même, le suivi d'un indicateur de l'empowerment de la personne fait partie des outils de travail des intervenants concernés. Le court laps de temps depuis l'implantation du projet ne permet pas de tirer des enseignements quant à l'évolution de cet indicateur.

Toutefois, les intervenants perçoivent un plus grand désir de socialisation, en particulier au niveau de la participation aux groupes d'entraide des personnes suivies dans le cadre du programme de réadaptation. Les familles aussi semblent vouloir tisser davantage de liens avec l'équipe de soins ; ceci se manifeste entre autres par plus de feedback sur leur vécu. Travailler en partenariat avec la personne et sa famille constitue un changement d'approche qui n'est pas facile à réaliser. Cette approche renvoie à l'adoption de nouvelles valeurs et à l'acquisition de nouvelles compétences. Ainsi, certains intervenants de l'équipe n'ont pas encore intégré la réadaptation dans leurs rôles.

En somme, on constate que le programme de suivi communautaire accorde un pouvoir significatif aux personnes utilisatrices. Il est vrai que ces dernières n'ont pas été impliquées dans la conception de l'orga-

nisation des services. Toutefois, comme le soulignent (Fournier et Potvin, 1995) le renforcement du pouvoir personnel (au niveau des processus cliniques) est le premier pas vers une participation communautaire plus large où les personnes ont un pouvoir réel.

## **Discussion**

Le parcours des résultats de l'évaluation de ce projet confirme l'intérêt d'expérimentations locales. Ces dernières permettent de tirer profit de certains acquis pour consolider les partenariats et assurer un meilleur suivi communautaire des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Ces acquis sont notamment un financement dédié à l'expérimentation et un contexte favorable où des omnipraticiens assurent dans une certaine mesure, le suivi médical de la clientèle concernée. Cette consolidation des partenariats est facilitée par un apprentissage des acteurs, basé notamment sur la confiance qui permet de surmonter les différences idéologiques quant à la nature de l'intervention. Il est clair que le potentiel de ces expérimentations est limité s'il n'est pas consolidé par des changements au niveau du système de soins dans son ensemble, en particulier au niveau des modes de financement.

Il s'agit en effet de faire en sorte que les modes de financement créent une incitation supplémentaire à l'intégration des soins : un financement par capitation géré par une entité désignée devrait à titre d'illustration, pousser à une plus grande coopération entre la première et la deuxième ligne. De même, si ce changement du mode de financement affecte les services médicaux, les médecins seraient incités à utiliser les ressources de façon plus efficiente (en particulier à optimiser les épisodes d'hospitalisation).

La majorité des acteurs du territoire ne semble pas percevoir les enjeux liés à l'introduction de la capitation. Certes, le groupe de travail parle beaucoup du rapatriement de l'enveloppe « santé mentale » et le considère comme étant l'un des avantages de la capitation. Ce rapatriement donnerait les moyens de financer des services dans la communauté pour sa clientèle ; le groupe de travail a même entamé des démarches pour rapatrier une partie du financement destiné à l'hébergement transitoire. Mais les autres retombées importantes de ce changement (tel que le risque de financement que cela représente pour l'entité responsable) ne semblent pas appréhendées. Au delà des besoins de formation, l'introduction d'un nouveau mode de financement des services est extrêmement délicate. Ce mode de financement implique un changement de gouverne du système qui doit désormais participer à la promotion de nouveaux rapports entre acteurs. Les agents de l'État doivent jouer un

rôle effectif dans cette dynamique en dépassant la simple injection de fonds ou la promulgation de nouveaux règlements (White, 1993). Dans le secteur de la santé mentale, le passage à un mode de financement par capitation soulève des questions particulières.

- Si l'enveloppe de capitation est gérée par la première ligne, dans quelle mesure les hôpitaux psychiatriques accepteraient de lui transférer les ressources financières qui relevaient de sa gestion jusqu'alors ? Si le transfert des budgets ne peut être envisagé du jour au lendemain — sachant qu'une phase transitoire est de toutes les façons à prévoir (Beecham et Lesage, 1997, —, à terme, on peut s'attendre à ce que les hôpitaux psychiatriques perdent de l'autonomie financière, d'où leur résistance ;
- La détermination d'un per-capita pour les personnes souffrant de troubles mentaux peut se confronter à des problèmes techniques complexes. En effet, une proportion importante de ces personnes souffre d'autres problématiques (par exemple, toxicomanie) ; et jusqu'à date cette partie de la clientèle était sous-desservie en services de santé (Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 1997 ; Mercier et Beaucage, 1997). Dans ce cas, il peut être difficile d'estimer les besoins en services de cette clientèle considérant qu'on ne détient pas d'historique d'utilisation ;
- la réinsertion sociale et le recouvrement de la santé mentale pour ces personnes sont de grande importance ; un éventail de services dépasse largement les stricts services de santé (accès à l'emploi, accès à l'éducation, accès aux loisirs, etc.) ; on peut donc se poser des questions sur l'étendue de l'enveloppe de financement ;
- enfin, dans quelle mesure le principe de l'imputabilité peut s'appliquer dans le cas particulier de la prise en charge de la clientèle ayant des problèmes de santé mentale, étant donné le peu d'emprise sur cette dernière ? En effet, le modèle de la capitation suppose un certain confinement de la clientèle, ce qui est loin d'être acquis, et ce sans jugement de valeurs, sur ce segment de clientèle parfois réfractaire au contrôle.

## Notes

1. L'intégration fonctionnelle renvoie à la coordination des fonctions administratives (par exemple, gestion des ressources humaines, planification stratégique) entre les unités constituant le système (Shortell et al., 1996 ; Contandriopoulos et al., 2001).

2. Notons que 75 % des références au programme santé mentale proviennent des cabinets privés.
3. Le profil de la clientèle se caractérise comme suit (diagnostics selon les statistiques de 1997-1998) : troubles de la personnalité (21,9 %), état anxieux (18,6 %), un problème de santé mentale ou un trouble psychique (15,4 %), la dépression situationnelle (14,7 %) et l'obsession (12,1 %).
4. D'après les données de la Régie régionale, il manque 3 médecins sur le territoire.
5. Outre le programme santé mentale, plusieurs autres programmes intégrés ont été mis en place et dédiés à plusieurs problématiques : diabète, personnes âgées, maladies respiratoires, maladies cardio-vasculaires, etc.

## Références

- AVISON, W., SPEECHLEY, K., 1987, The discharged psychiatric patient : a review of social, social-psychological, and psychiatric correlates of outcome, *American Journal of Psychiatry*, 144, 1, 10-18.
- BEAL, G., CRAWFORD, E., O'FLAHERTY, P., 1997, La création de partenariats : perspectives et possibilités, *Santé mentale au Québec*, 22, 2, 154-169.
- Beecham, J., Lesage, A., 1997, Leçons britanniques d'un transfert de ressources : le système de dotation par patient, *Santé mentale au Québec*, 22, 2, 170-194.
- BOYER, T., 1995, Développer des services destinés aux personnes nécessitant une aide de longue durée, *Santé mentale au Québec*, 20, 1, 31-48.
- BUNGENER, M., 2001, Vivre hors les murs de l'hôpital psychiatrique : le rôle incontournable de la famille en ce début de siècle, *Sciences sociales et santé*, 19, 1, 107-111.
- CARPENTIER, N., 2001, Le long voyage des familles : la relation entre la psychiatrie et la famille au cours du XX<sup>e</sup> siècle, *Sciences sociales et santé*, 19, 1, 79-97.
- (CESSSS) COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, 2001, *Les solutions émergentes — rapport et recommandations*, Gouvernement du Québec.
- CHAMPAGNE, F., DENIS, J. L., 1992, Pour une évaluation sensible à l'environnement des interventions : l'analyse de l'implantation, *Service social : L'avenir des services ou services d'avenir*, 41, 1, 143-163.
- COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE, 1997, *La double problématique toxicomanie et problèmes de santé mentale : avis*, Rapport remis au ministre de la santé et des services sociaux.



- CONTANDRIOPOULOS, A-P., DENIS, J-L, SICOTTE, C., TOUATI, N., RODRIGUEZ, R., NGUYEN, H., 2001a, *Projet de capitation dans la municipalité régionale de comté du Haut Saint*, Rapport d'évaluation remis au FASS.
- CONTANDRIOPOULOS, A-P., DENIS, J-L, TOUATI, N., RODRIGUEZ, R., 2001b, Intégration des soins : concepts et mise en œuvre, *Ruptures*, 8, 2, 38-52.
- DAFT, R., WEICK, K. E., 1984, Toward a model of organizations as interpretation systems, *Academy of Management Review*, 9, 2, 284-295
- DENIS, J-L., FLEURY, M-J, CHAMPAGNE, F., CONTANDRIOPOULOS, A-P, LANGLEY, A., PINEAULT, R., SICOTTE, C., 1999, *Évaluation de la mise en œuvre et des effets d'une gestion par programme et d'une planification régionalisées (PROS) des services en santé mentale*, Rapport de recherche, GRIS, Université de Montréal.
- DILLARD, s., 1997, Orientations de transformation des services en santé mentale d'ici l'an 2002, dans *Vivre en santé mentale dans la communauté : une responsabilité à partager*, Actes du colloque du 8 mai 1997, 17-33.
- FARAND, L., CHAMPAGNE, F., AMYOT, A., DENIS, J-L., CONTANDRIOPOULOS, A-P., 1999, Évaluation de la réforme des services psychiatriques aux adultes au pavillon Albert-Prévost, *Santé mentale au Québec*, 24, 2, 90-125.
- FLEURY, M. J., 1998, *Impact de la planification régionale et des programmes régionaux d'organisation de services (PROS) sur la structuration de la réforme de la santé mentale au Québec*, Thèse de Doctorat, Département d'administration de la santé, Université de Montréal.
- FLEURY, M.J., DENIS, J. L., 2000, Bilan de la mise en œuvre et des effets des plans régionaux d'organisation des services (PROS) comme stratégies d'implantation de la réforme des services de santé mentale au Québec, *Santé mentale au Québec*, XXV, 1, 217-240.
- FOURNIER, P., POTVIN, L., 1995, Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme, *Sciences sociales et santé*, 13, 2, 39-57.
- GAUTHIER, A., 1998, *Organisation des services de santé mentale dans la communauté : enseignements à tirer de la recherche évaluative*, Collection Études et Analyses, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- GÉLINAS, D., 1998, Points de repère pour différencier la gestion de cas du suivi intensif dans le milieu auprès des personnes souffrant de troubles mentaux graves, *Santé mentale au Québec*, XXIII, 2, 17-47.
- GERVAIS, M., GAUTHIER, L., GÉLINAS, L., 1997, La réhabilitation de l'hôpital psychiatrique : une question d'audace et de synergie, *Santé mentale au Québec*, 22, 2, 137-153.

- GRAY, B., 1985, Conditions facilitating interorganizational collaboration, *Human Relations*, 38, 10, 911-936.
- GROUPE D'APPUI À LA TRANSFORMATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE, 2001, *Transformation des services de santé mentale ; état d'avancement du plan d'action de décembre 1998*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.
- HARDY, C., 1994, Power and politics in organizations, in Hardy, C., ed., *Managing Strategic Action*, London, UK, Sage Publications, 220-237.
- HARRIS, M., 1988, New directions for clinical case management, in Harris, M., Bachrach, L. L., eds., *Clinical Case Management, New Directions for Mental Health Services*, 40, San-Francisco, Jossey-Bass, 87-95.
- LAMOUREUX, J., 1994, *Le partenariat à l'épreuve*, Éditions Saint-Martin, Montréal.
- LEVESQUE, B., MAGER, L., 1992, Vers un nouveau contrat social ? Éléments de problématique pour l'étude du régional et du local, in Klein, J-L, Gagnon, C., eds., *Les partenaires du développement face au défi du local*, Université du Québec à Chicoutimi.
- MAROIS, J., 2000, *Carrefour de réadaptation et d'intégration pro-active*, CLSC Huntingdon, Huntingdon.
- MERCIER, C., WHITE, D., 1995, La politique de santé mentale et la communautarisation des services, *Santé mentale au Québec*, 20, 1, 17-30.
- MERCIER, C., BEAUCAGE, B., 1997, *Toxicomanie et problèmes sévères de santé mentale : recension des écrits et état de situation pour le Québec*, Rapport remis au comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- (OMS) ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 1990, *Introduction d'une composante santé mentale dans les soins de santé primaires*, OMS, Genève.
- PAQUET, R., 1995, La politique de santé mentale : l'action en région. Réflexions d'un acteur, *Santé mentale au Québec*, 20, 1, 49-56.
- PATTON, M.Q., 1990, *Qualitative Evaluation and Research Methods*, Newbury Park, California, Sage Publications.
- PERREAULT, M., BERNIER, J., TARDIF, H., MERCIER, C., 1999, L'intégration des services de santé mentale de première ligne. Étude du modèle développé à la clinique communautaire de Pointe Saint-Charles, *Santé mentale au Québec*, 24, 2, 28-51.
- POTVIN, N., 1997, *Bilan d'implantation de politique de santé mentale*, Publication du Ministère de la Santé et des Services sociaux.

- PRINGLE, D., LEVITT, C., HORSBURGH, M.E., WILSON, R., WHITAKER, M. K., 2000, La collaboration interdisciplinaire et la réforme des soins de santé primaires, *Canadian Journal of Public Health*, 91, 2, 87-88.
- PROVAN, K. G., MILWARD, H. B., 1994, Integration of community based services for the severely mentally ill and the structure of public funding: a comparison of four systems, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 19, 4, 865-894.
- RHO, G., NGUYEN, H., TOURIGNY, G., CAZALE, L., MORIN-BLANCHET, C., FRANCO, A., 2001, *Projet de capitation ; Un réseau de soins et de services intégrés*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Longueuil.
- SECOR, 2000, Rapport Secor : La pratique du médecin omnipraticien dans un réseau de services intégrés, *Le Médecin du Québec*, 35, 3, 103-134.
- SHORTELL, S. M., GILLIES, R. R., ANDERSON, D. A., ERICKSON, K. M., MITCHELL, J. B., 1996, *Remaking Health Care in America*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco.
- SHRIVASTAVA, P., SCHNEIDER, S., 1984, Organizational frames of reference, *Human Relations*, 37, 10, 795-809.
- TOUATI, N., CONTANDRIOPOULOS, A. P., DENIS, J. L., RODRIGUEZ, R., SICOTTE, C., NGUYEN, H., 2001, Une expérience d'intégration des soins dans une zone rurale : les enjeux de la mise en œuvre, *Ruptures*, 8, 2, 93-108.
- WASYLENKY, D., 1992, Psychotherapy of schizophrenia revisited, *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 2, 123-127.
- WASYLENKY, F., GOERING, P., MACNAUGHTON, E., 1992, Planning mental health services : background and key issues, *Canadian Journal of Psychiatry*, 37, 3, 199-206.
- WHITE, D., 1993, Les processus de réforme et la structuration locale des systèmes. Le cas des réformes dans le domaine de la santé mentale au Québec, *Sociologie et société*, 25, 1, 77-97.
- WHITE, D., MERCIER, C., 1991, The coordination of community and public institutional mental health services. Some unintended consequences, *Social Science and Medicine*, 33, 6, 729-739.
- WHITE, D., MERCIER, C., ROY, D., RENAUD, M., DORVIL, H., JUTEAU, L., 1993, *Concertation et continuité de soins en santé mentale : trois modèles montréalais*, Rapport présenté au Conseil québécois de la recherche sociale.
- YIN, R. K., 1989, *Case Study Research*, Newbury Park, California, Sage Publications.

## **ABSTRACT**

### **Service integration on a local basis : advantages and limits**

This article describes an experience of integration of services to people with mental health disorders on a local basis. The experience took place in a rural region between 1998 and 2001 and was funded by the Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS). The authors describe the specific context of the experience, the intervention model which includes integration of health services on a population level as well as specific interventions for mental health patients. The authors then evaluate the experience and more particularly, its implementation on the basis of the concept of partnership. Dyadic relationships between institutional, non institutional protagonists and consumers are examined. After emphasizing the advantages of such an experience, the authors discuss the limits and particular stakes of such a project in the context of mental health.

## **RESUMEN**

### **La integración de servicios sobre una base local: adquiridos y límites**

Este artículo da cuenta de una experiencia local de integración de servicios con personas que padecen de problemas mentales. La experiencia se efectuó en una región rural entre 1998 y 2001 y ha sido financiada por el Fondo para la adaptación de servicios de salud (FASS). Los autores describen el contexto particular de la experimentación, el modelo de intervención, cual, hecho particular, incluye una integración de servicios de salud al nivel poblacional así que de intervenciones específicas para la clientela de salud mental. Los autores proceden después a una evaluación de esta experimentación y más particularmente, su establecimiento, apoyándose sobre el concepto de colaboración. Las relaciones dyadicas entre los actores institucionales, no institucionales y las personas utilizadoras están examinadas. Ponen en evidencia las ventajas de tal experimentación local y discuten de los límites y de cuestiones particulares de este proyecto en el contexto de la salud mental.

## **RESUMO**

### **Integração dos serviços prestados localmente: conquistas e limites**

Este artigo trata de uma experiência local de integração dos serviços prestados junto a uma clientela que sofre de problemas mentais.

A experiência foi realizada em uma região rural entre 1998 e 2001 e foi financiada pelo Fundo para Adaptação dos Serviços de Saúde (FASS). Os autores descrevem o contexto específico da experiência, o modelo de atuação que, especificamente neste caso, inclui uma integração dos serviços de saúde em nível popular e as atuações específicas da clientela de saúde mental. Os autores fazem em seguida uma avaliação desta experiência e, mais especificamente, de sua implantação, apoiando-se no conceito de parceria. Eles examinam as relações diádicas entre os atores institucionais, não institucionais e os usuários. Depois de evidenciar as vantagens desta experiência local, eles discutem sobre os limites e as questões específicas deste projeto no contexto da saúde mental.