Document généré le 19 juil. 2025 04:30

Santé mentale au Québec

# La coexistence interprofessionnelle au sein d'un hôpital psychiatrique
# Interprofessional cohabitation within a psychiatric hospital

Henri Lavigueur, Dorothy Markiewicz Haccoun et Lorraine Laliberté Sheitoyan

Volume 6, numéro 1, juin 1981

URI : https://id.erudit.org/iderudit/030089ar
DOI : https://doi.org/10.7202/030089ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)
1708-3923 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Lavigueur, H., Markiewicz Haccoun, D. & Laliberté Sheitoyan, L. (1981). La coexistence interprofessionnelle au sein d'un hôpital psychiatrique. *Santé mentale au Québec*, *6*(1), 61–70. https://doi.org/10.7202/030089ar

Résumé de l'article

Voulant organiser une journée d'étude sur les relations de travail interprofessionnelles au centre de psychiatrie communautaire du centre hospitalier Douglas, nous avons, au préalable, distribué à 81 professionnels (infirmières, psychiatres, psychologues et travailleurs sociaux) des unités internes et/ou des cliniques externes, un questionnaire dont nous analysons ici les résultats, avant de dresser un bilan de la journée elle-même. L'auteur présente les difficultés de coordination du personnel, et les différences de satisfaction au travail et de croyances dans l'efficacité de l'institution.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 1981

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

# LA COEXISTENCE INTERPROFESSIONNELLE AU SEIN D'UN HÔPITAL PSYCHIATRIQUE

*Henri Lavigueur*
*Dorothy Markiewicz Haccoun*
*Lorraine Laliberté Sheitoyan**

Voulant organiser une journée d'étude sur les relations de travail interprofessionnelles au centre de psychiatrie communautaire du centre hospitalier Douglas, nous avons, au préalable, distribué à 81 professionnels (infirmières, psychiatres, psychologues et travailleurs sociaux) des unités internes et/ou des cliniques externes, un questionnaire dont nous analysons ici les résultats, avant de dresser un bilan de la journée elle-même.

## LE CENTRE DE PSYCHIATRIE COMMUNAUTAIRE ET LES FONCTIONS DES CINQ GROUPES IMPLIQUÉS

Les unités internes se définissent comme des unités d'admission à court terme, d'orientation communautaire. Les cliniques externes assurent le suivi des patients recevant leur congé de l'hôpital et prennent en charge les clients de la communauté, selon le besoin (thérapie individuelle, de couple, de groupe). La majorité des infirmières travaillent aux unités internes alors que les trois autres groupes de professionnels, auxquels s'ajoutent quelques infirmières, divisent leur temps entre ces deux milieux de travail. L'équipe interne se compose des infirmières et du psychiatre. Cependant, le personnel des cliniques (psychologues, travailleurs sociaux et infirmières) continue à voir ses clients quand ils sont hospitalisés. La tradition veut que le thérapeute externe demeure l'intervenant principal, même durant la période d'hospitalisation. Cette façon de fonctionner assurerait la continuité des soins de l'interne à l'externe.

Précisons que la recherche actuelle implique cinq groupes distincts de professionnels, soit : les psychologues, les travailleurs sociaux, les psychiatres et les infirmières externes (qui comme les trois autres groupes de professionnels évoluent dans les deux milieux) et les infirmières internes. Cependant, pour fins d'analyse de certains énoncés, les infirmières internes et ex-

* Henri Lavigueur et Lorraine Laliberté Sheitoyan sont respectivement psychologue et infirmière clinicienne au centre de psychiatrie communautaire du centre hospitalier Douglas. Dorothy Markiewicz Haccoun est psychologue au département de science sociales appliquées à l'Université Concordia.

ternes ont été regroupées. Dans ces cas nous employons le terme "infirmière".

## QUESTIONNAIRE

Le questionnaire comportait 45 énoncés de type opinion. Une échelle ordinale de un à huit a été utilisée, allant de "très en désaccord avec l'énoncé" (jamais, très mauvais, pas du tout satisfait ou pas du tout au courant) à "très en accord avec l'énoncé" (toujours ou, selon le contexte, souvent, très bien, très satisfait, très au courant). Par exemple, un des énoncés se lisait ainsi : "Il y a un échange d'informations efficace entre l'unité et la clinique";
utiliser l'échelle suivante :

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| très insatisfaisant | | | | | | | très satisfaisant |

Outre les 45 énoncés de type opinion, le questionnaire comportait 25 questions de type information ("Quel est le rôle d'une infirmière à l'interne?") et deux questions ouvertes ("Y aurait-il avantage à ce que les unités fonctionnent d'une façon plus autonome?" "expliquez".).

## ANALYSE DES RÉSULTATS

### Satisfaction au travail et ancienneté dans l'emploi

L'enquête a démontré que le groupe des psychiatres est celui qui est le plus satisfait au travail (Moyenne [M] = 6.44 sur une échelle où 8 représente "très satisfait") alors que les travailleurs sociaux sont les moins satisfaits (M = 5.00). Les deux professions médicales (psychiatres et infirmières) ont plus d'ancienneté au C.H. Douglas (80% y travaillent depuis 5 ans et plus) que les travailleurs sociaux et les psychologues (65% y sont depuis moins de 3 ans). Il ne faut donc pas s'étonner de constater que les psychiatres aient plus de satisfaction à l'intérieur d'une organisation médicale que les travailleurs sociaux, ce qui porte ceux-ci à changer d'emploi plus fréquemment. De plus, le groupe des travailleurs sociaux est le moins satisfait des groupes, à plusieurs points de vue. Ils sont préoccupés par plusieurs questions : l'impression d'être dans l'obligation de se conformer au plan de traitement, même s'il va à l'encontre de leur code d'éthique (M = 4.80 contre une moyenne de 2.90 pour les autres groupes, où 8 représente "souvent"); leur attitude pessimiste quant à la formation de chacun (M = 4.00 contre une moyenne de 5.65, où 8 signifie "formation toujours adéquate"); leur insatisfaction en matière d'autonomie au travail (M = 3.75 contre une moyenne de 5.28, où 8 représente "très satisfait"); en dernier lieu les ques-

tions ouvertes révèlent qu'ils perçoivent les traitements donnés par les unités internes comme beaucoup trop centrés sur le modèle médical.

**Perspectives sur la santé mentale**

Les psychiatres sont les plus optimistes quant à l'amélioration de la condition des patients. Ils estiment que 89% de tous les patients hospitalisés, de quelqu'unité que ce soit, auront éventuellement leur congé et que 57% réintègreront la communauté. Les quatre autres groupes sont moins optimistes : ils estiment qu'en moyenne 68% des patients quitteront l'hôpital mais que seulement 43% fonctionneront dans la communauté. Il est intéressant de noter que le groupe ayant le plus de contacts avec les patients hospitalisés, soit les infirmières des unités internes, est le moins optimiste (65% et 39% respectivement, pour ces mêmes questions).

**Le rôle de l'hospitalisation en psychiatrie**

Les psychiatres croient fortement au bien-fondé de l'hospitalisation comme traitement (M = 6.22 contre une moyenne de 4.81 pour tous les autres groupes, où 8 représente l'opinion que les hospitalisations sont "toujours" utiles).

Les travailleurs sociaux se distinguent encore une fois des quatre autres groupes par leur tendance à voir l'hospitalisation comme une fonction sociale : soulager le fardeau de la société (M = 6.80 contre une moyenne de 4.60 pour les autres groupes); une période de repos (M = 4.60 contre une moyenne de 2.69); une solution au problème du logement (M = 3.60 contre une moyenne de 1.38, où 8 indique que l'hospitalisation joue "souvent" ce rôle).

**Relations de travail**

Tous les membres du personnel ont eu à faire face à des difficultés quant à la coordination et la collaboration avec les membres des autres professions. Néanmoins, le personnel assumant les fonctions plus traditionnellement médicales, soit les psychiatres et les infirmières internes, est le plus satisfait des relations de travail actuelles entre les unités et les cliniques (M = 4.44 contre une moyenne de 3.04 pour les trois autres groupes) et le plus satisfait quant aux échanges d'information entre les équipes internes et externes (M = 4.40 contre une moyenne de 3.26, où 8 représente "très satisfait"). Il semble aussi être mieux informé quant à la ligne de communication à adopter avec l'autre milieu de travail afin d'obtenir les informations requises (M = 5.82 contre une moyenne de 4.20) et se dit plus au courant de la philosophie de traitement prônée par l'autre milieu (M = 5.41 contre une moyenne de 3.51, où 8 représente "toujours"). Les divergences d'opinion en regard du traitement représentent pour eux une moins grande source de problèmes (M = 4.99 contre une moyenne de 6.81), et ils sont d'avis qu'une importance suffisante est apportée aux notes d'observation du per-

sonnel non médical au sujet des patients (M = 5.88 contre une moyenne de 4.27, où 8 représente "toujours").

**La répartition du travail**

Il est important de noter que non seulement les différents professionnels ne sont pas unanimes mais qu'il existe un conflit à l'intérieur du groupe professionnel même, en regard de la répartition des entrevues d'évaluation et du traitement des clients. Les questions ouvertes ont révélé que, alors que la plupart des répondants décrivent les rôles professionnels en termes traditionnels avec des tâches distinctes (ex. : le travailleur social est vu comme s'occupant des contacts dans la communauté, c'est-à-dire des arrangements avec le bien-être social, l'assurance-chômage et les foyers de transition), ils trouvent par ailleurs avantageux qu'il existe une certaine diffusion des rôles. Cette diffusion des rôles implique que le thérapeute fasse à peu près tout pour le client parce qu'il est supposé le connaître mieux que tout autre membre de l'équipe. Les contacts avec la communauté, la thérapie individuelle et familiale, etc., sont donc tous faits par le thérapeute qui a la charge du cas, qu'il s'agisse d'un psychiatre, d'un travailleur social, d'un psychologue ou d'un(e) infirmie(ère). Cette approche a pour but de neutraliser la dépersonnalisation liée à un système où le client est vu par tel professionnel, pour répondre à tel besoin particulier.

Néanmoins, le docteur Sterlin a remarqué que la phase pseudo-égalitaire dans l'équipe multidisciplinaire, où "n'importe qui fait n'importe quoi", est fragile et temporaire et se détériore généralement en "phase paranoïaque de la revendication des savoirs et des pouvoirs" (Sterlin, 1972, 839). De plus, la coexistence des deux "philosophies" peut ajouter à la confusion déjà existante face à la répartition du travail.

Le rôle des infirmières des unités internes a suscité beaucoup de controverses. Bien que les 5 groupes voient un avantage à ce que les infirmières internes commencent à assumer la responsabilité des patients hospitalisés, seules les infirmières elles-mêmes croient qu'elles fonctionnent déjà ainsi (M = 4.45 contre une moyenne de 2.21 pour les membres du personnel non-infirmier, où 8 représente "souvent"). Il est aussi intéressant de constater que, des 5 groupes, seules les infirmières internes ne veulent pas ajouter les contacts communautaires (M = 3.58 contre une moyenne de 5.42) et post-hospitaliers (M = 3.54 contre une moyenne de 5.54) à leurs tâches, toujours sur une échelle où 8 représente "souvent".

Ainsi, les infirmières internes veulent un rôle de thérapeute "sur l'unité" et se voient déjà comme exerçant cette fonction, alors que les quatre autres groupes ne les perçoivent pas comme des thérapeutes mais expriment le désir de les voir s'approprier ce rôle qui aurait pour effet d'élargir leur tâche. D'autres éléments de la tâche des infirmières internes sont problématiques. Bien que ces dernières se disent suffisamment préparées (M = 6.55),

les 4 autres groupes doutent du caractère adéquat de leur formation (M = 3.83, où 8 représente "toujours formé adéquatement").

Les questions ouvertes ont révélé que tous les autres groupes désirent que les infirmières internes assument un rôle plus actif dans la prise en charge de leurs patients et qu'elles démontrent plus d'initiatives, par la création de programmes structurés.

### Conflit entre unité interne et clinique externe

Les questions ouvertes ont révélé une tension entre les milieux de travail. Certaines infirmières internes sentent que leur travail est peu reconnu et même parfois ignoré par le personnel des cliniques. Elles se sentent "sans pouvoir" bien qu'elles se perçoivent comme les meilleurs juges des besoins immédiats des patients, étant donné leur contact quotidien avec ces derniers. Le personnel clinique interprète cette attitude comme de l'hostilité envers ses interventions.

## DISCUSSION DES RÉSULTATS

### Le psychiatre

Les résultats de notre étude ont démontré que le psychiatre, qui est manifestement le maître de sa propre maison, est satisfait au travail, qu'il a confiance dans le système actuel de soins et a le sentiment de le contrôler. Comme le montre l'étude de Pelsser (1980), à l'intérieur du système psychiatrique actuel au Québec, la législation sociale reconnaît au psychiatre la presque totalité du pouvoir. La maladie mentale est considéré d'abord comme physique, empêchant ainsi l'existence d'une véritable équipe multidisciplinaire au sein de laquelle les différents professionnels seraient considérés comme ayant des compétences équivalentes mais dans des domaines différents.

### Le travailleur social

Dans un tel système, les professionnels non médicaux font l'expérience d'une certaine frustration et voient leur statut miné. De tous les professionnels, le travailleur social, qui est formé sur un modèle social (non médical) et qui est orienté vers la communauté, critique le plus le traitement des problèmes émotifs par la psychiatrie et les structures dans lesquelles ces traitements sont administrés. Le travailleur social préconise ce que Beisser (1976) avait appelé "social issues model" où la déviance est le comportement de personnes victimes des conditions sociales et des institutions culturelles qui n'acceptent pas le changement. Ce modèle insiste clairement sur les causes externes et situationnelles des troubles émotifs, et entre ainsi directement en conflit avec le modèle médical qui veut que la déviance soit le résultat d'une déficience organique, constitutionnelle ou psychique, chez un indivi-

du, qui diminuerait sa responsabilité. En effet, le "social issues model" perçoit le système médical comme étant une violation des droits de la personne et une des causes de la dépendance accrue du patient, ou en d'autres mots, de sa perturbation. Alors que le modèle médical plaide en faveur de la psychanalyse, pour favoriser l'adaptation de l'individu à la société et l'augmentation de sa résistance au stress, le "social issues model" préconise la réorganisation des forces et des institutions sociales de telle sorte que l'individu puisse utiliser tout son potentiel. Ces deux modèles s'opposent inévitablement.

Les travailleurs sociaux, selon Fischer (1978), ont une responsabilité non seulement envers les individus, mais aussi face au changement des situations sociales; ils doivent s'efforcer d'humaniser nos institutions et d'éliminer les pratiques discriminatoires. Ces changements, s'ils étaient effectués, pourraient avoir comme effet de réduire la demande de soins aux institutions psychiatriques. De plus, au Québec, le travailleur social est le seul membre de l'équipe à avoir deux patrons, car il est considéré comme prêté au centre hospitalier par le Service Social dont il reçoit son salaire. Bellefeuille (1978) décrit la lutte entre l'Association des hôpitaux de la province de Québec et l'Association des Centres de Services Sociaux du Québec concernant la juridiction administrative, budgétaire et professionnelle des travailleurs sociaux œuvrant en milieu hospitalier. Dans la formule actuelle, le travailleur social est membre de l'équipe, sans l'être. Il est constamment tiraillé entre deux autorités, administrative et professionnelle, soit celle du centre hospitalier et celle des centres sociaux. Le malaise dans son emploi semble découler directement de cette situation.

**L'infirmière**

Les différents groupes de professionnels ont pris conscience de la position ambiguë de l'infirmière de l'unité interne. Mis à part le psychiatre, l'infirmière est le seul autre professionnel médical représenté lors de cette étude. Tout comme le psychiatre, elle se sent bien dans le système médical. Cependant, il faut remarquer qu'elle peut en venir à le remettre en question lorsqu'elle rencontre beaucoup de patients réadmis qu'elle n'a pas suivi après leur congé de l'hôpital. Laurent Gratton (document non publié) parle de la dépression émotionnelle ou maladie du travail qui affecte particulièrement le personnel ayant à sa charge des patients chroniques ne pouvant présenter d'amélioration tangible. Il n'est pas rare, dans la situation actuelle, de compter 25 à 30% de patients chroniques sur nos unités alors que leur vocation est d'être une unité d'admission. Une frustration sournoise s'installe, qui se traduit par une remise en question, par le personnel, de son efficacité thérapeutique, et même, quelques fois, par une perte de confiance en soi.

À un niveau plus général, la profession d'infirmière traverse actuellement une période de changement et de croissance. Le "nursing" en tant que

profession, a commencé à émerger au Québec après la deuxième guerre mondiale. Vers la fin des années 60, la formation des infirmières est passée des hôpitaux aux CEGEP et à l'université, accélérant ainsi l'évolution du nursing comme profession à part entière, hors du modèle médical. Bien que la profession en soit toujours à se définir, neuf activités majeures sont apparues comme étant spécifiques au nursing psychiatrique : créer un milieu thérapeutique, travailler dans "l'ici et maintenant", assumer le rôle de parent substitut, assurer les soins physiques associés aux problèmes de santé mentale, renseigner la population sur les facteurs de stress, être un agent social, assumer le leadership vis-à-vis les autres membres du personnel des soins infirmiers, entrer en relation d'aide avec le patient, participer aux démarches sociales et communautaires reliées à la santé mentale. Cependant, l'implantation de ces changements ne se fait pas sans créer des tensions et des conflits entre les infirmières et le psychiatre. De plus, traditionnellement, la profession médicale se compose d'hommes, alors que celle du nursing regroupe des femmes. L'émergence du mouvement féministe a accéléré la remise en question des rôles stéréotypés dévolus aux infirmières.

Une autre source de conflit réside dans le fait que les infirmières travaillent dans des milieux très variés et qu'elles ont des formations différentes. Une étude faite par Sloboda (1976) révèle que les infirmières internes se perçoivent en premier lieu comme infirmières cliniciennes, puis comme agents de changement et en troisième lieu comme thérapeutes, tandis que les infirmières externes voient ces trois fonctions comme étant égales. Bien que les deux groupes (interne-externe) dans notre étude reconnaissent que les soins sont de plus en plus spécialisés, seulement quelques-unes d'entre elles ont complété un baccalauréat. L'étude faite par Sécor en 1979 révèle que les infirmières attachent une grande importance à la formation et au perfectionnement. Cependant, les infirmières se placent dans une situation paradoxale. Plus de la moitié soutiennent que la formation donnée au CEGEP n'est pas suffisamment poussée pour les tâches qu'on exige maintenant d'elles, mais rejettent d'emblée l'exigence du baccalauréat comme condition d'entrée (seulement 9% se disant d'accord avec une telle exigence). Certains auteurs, tel Gardner (1977), avancent l'hypothèse que le rôle de l'infirmière doit se définir en fonction de sa formation académique et de ses capacités de travail. L'infirmière détenant un baccalauréat et un minimum de deux ans d'expérience, pourrait assumer une prise en charge et une thérapie de support, alors que l'infirmière avec une maîtrise serait habilitée à faire de la psychothérapie et de la supervision. Malheureusement, la réalité est tout autre, et la relation de l'instruction et de l'expérience au rôle est très controversée. Cet état de fait crée de nombreuses frustrations et entraîne un climat de compétition malsaine.

En effet, la définition du rôle de l'infirmière à l'unité interne est une source de conflit. Le contact constant avec des patients gravement perturbés dans un milieu de travail unique pourrait amener l'infirmière interne à des approches nouvelles, souvent communautaires. Par contre, les restric-

tions de la convention collective exprimées dans les descriptions de tâches, le manque de personnel et, dans certains cas, le manque de confiance en soi (parfois relié à une préparation insuffisante : plusieurs de nos infirmières internes sont des infirmières auxiliaires) peuvent restreindre les activités de soins.

Au cours de l'enquête, tous les groupes ont incité les infirmières de l'unité interne à élargir leur rôle et à structurer davantage leur programme. Cependant, un tel message peut placer l'infirmière dans une situation de double contrainte : si l'infirmière est encouragée à participer davantage aux programmes de soins, mais qu'en même temps, elle est critiquée lorsqu'elle amorce certains changements, elle sera portée à devenir de plus en plus passive et à se voir comme une exécutante des ordonnances médicales. Cette situation donne lieu à une approche mécanique et bureaucratique du patient plutôt qu'à une approche thérapeutique.

**Le psychologue**

Qu'en est-il du groupe des psychologues? Pour le bénéfice du lecteur, nous tenons à souligner que leurs réponses se situent près de la moyenne tant pour la satisfaction au travail, les perspectives sur la santé mentale que pour la répartition du travail. En fait, leur approche thérapeutique, sans se situer dans un cadre théorique médical, ne reflète pas pour autant l'engagement politico-social du travailleur social. Nous remarquons en effet que les psychologues agissent surtout comme médiateurs entre le psychiatre et le travailleur social au niveau de l'étude d'un cas.

Généralement, la formation du psychologue (qu'elle soit en gestalt ou d'orientation analytique, par exemple) est orientée vers l'individu en tant qu'objet d'intervention et la thérapie individuelle devient le véhicule pour opérer un changement chez le client. Néanmoins, de par sa formation, le psychologue est amené à questionner le modèle médical qui inscrit les troubles émotifs dans un cadre de maladies physiques. De plus, le manque de pouvoir légal et décisionnel est un facteur de dévalorisation du psychologue. Sa situation à l'intérieur de l'institution psychiatrique est mal définie, ce qui peut être une source de malaise chez lui.

La division des tâches représente un problème pour tous les groupes de professionnels. Une des sources de ce conflit partagé réside dans le décloisonnement des tâches. Certains répondants préconisent que chaque personne devrait accomplir toutes les fonctions, avec l'impression que ce modèle égalitaire pourrait neutraliser les tendances vers le professionnalisme rigide. Pourtant, la question "Qui fait quoi?" est rapidement soulevée et des problèmes de coordination s'installent.

L'absence d'une définition des tâches en est-elle la cause?

## BILAN DE LA JOURNÉE D'ÉTUDE

Un changement concret et positif a été amorcé avant même la tenue de cette journée d'étude; la participation à l'enquête a favorisé des discussions générales et un changement important a été mis de l'avant au centre psychiatrique communautaire. Plusieurs unités ont décidé que "trop de cuisiniers gâtent la sauce". La présence occasionnelle des thérapeutes des cliniques externes tend à diminuer l'autonomie des infirmières à l'interne. Ceci amène de la confusion au niveau de la prise de décision et par le fait même, une animosité entre le personnel interne et le personnel externe. Après consultation, le personnel des cliniques a décidé de se retirer de l'interne et de se consacrer plus activement au travail dans la communauté. Lors de cette journée, les infirmières ont pris conscience du fait qu'elles ne s'affirment pas suffisamment, ce qui a pour effet, de laisser planer un doute sur leur compétence professionnelle. Elles voient plus d'avantages à se définir ainsi qu'à préciser leur philosophie de soins, et à structurer la vie de leur unité de soins respective. Durant la journée d'étude, elles ont reçu l'appui inconditionnel des autres professionnels face à cette initiative.

Mis à part ce changement, nous ne sommes pas en mesure d'évaluer la portée de cette journée d'étude, bien que trois recommandations générales aient été énoncées durant cette journée. Malheureusement, les recommandations elles-mêmes manquent de précision :

1) que le centre de psychiatrie communautaire se donne un mandat et des objectifs précis;

2) que les responsabilités de chacun soient définies;

3) que les tâches des professionnels au sein des équipes internes et externes soient mieux délimitées.

De plus, on a fait l'hypothèse que le travailleur social est moins satisfait, parce qu'il perçoit son rôle actuel comme découlant du modèle médical plutôt que d'un modèle social communautaire. Ces derniers ont d'ailleurs demandé à être dégagés de certaines tâches d'ordre médical afin d'avoir le temps de faire du travail dans la communauté.

Finalement, il a été recommandé par la majorité des participants qu'une réunion administrative ait lieu régulièrement entre l'unité des soins et l'équipe externe concernée, pour discuter des problèmes de fonctionnement. Les participants ont conclu que la coexistence interprofessionnelle exige qu'un esprit de communication soit toujours présent.

Bien que cette journée d'étude ait été bénéfique et que les suggestions apportées aient été positives, il n'en demeure pas moins que la nature même de l'hôpital psychiatrique, où le psychiatre possède un pouvoir exclusif, place les autres professionnels dans un rôle subalterne. Cette situation

n'entraîne pas de changements importants même si la motivation chez tous les professionnels est très grande.

Dans un climat où les idéologies et les outils de travail des autres professionnels doivent souvent être mis de côté, au profit du modèle médical, la coexistence professionnelle demeure difficile. Idéalement, chaque professionnel doit définir son rôle à partir de sa spécialité et non en fonction du modèle médical. De plus, si le professionnel, psychiatre inclus, s'installe dans une routine, il risque fort de devenir un fonctionnaire de la santé mentale, au lieu d'être une ressource pour le client. L'affirmation de soi est un outil privilégié contre ce genre de sclérose et contribue à la satisfaction au travail. Cependant, l'organisation même de l'hôpital ne favorise pas cette affirmation.

Les auteurs de ce rapport aimeraient mettre de l'avant les recommandations de Pelsser qui veut que le traitement du client soit déterminé par une analyse individualisée de ses besoins, seule condition pour arriver à un véritable esprit d'équipe et au respect mutuel, tout en faisant appel à la compétence de chacun des professionnels.

**RÉFÉRENCES**


BEISSER. A.R., 1976, Models of helping and training for incapacity, in BARNET, A. Ed., *Creative Psychotherapy*, California, University Associates.

BELLEFEUILLE, Roger, 1978, Hôpitaux et services sociaux à couteaux tirés, *Le Soleil*, Québec, samedi le 21 octobre.

FISCHER, Joël, 1978, Does anything work?, *J. Soc. Serv. Research*, vol. 1, n° 3, p. 215-243.

GARDNER, K., 1977, Level of psychiatric nursing practice in an ambulatory setting, *J. Psychiatric Nursing*, vol. 15, p. 26-29.

GRATTON, Laurent, *Les réactions émotionnelles du personnel du service interne*, document non publié du service de psychiatrie de l'hôpital Notre-Dame de Montréal.

PELSSER, R., 1980, La multidisciplinarité en santé mentale : fiction ou réalité? *Santé Mentale au Québec*, vol. V, n° 1, p. 3-21.

SECOR Inc., 1979, Les infirmières et infirmiers québécois : leurs attitudes, leurs attentes et leur satisfaction professionnelle, septembre.

SLOBODA, S., 1976, What are mental health nurses doing?, *J. Psychiatric Nursing*, vol. 14, April, p. 24-27.

STERLIN, C., 1973, Pour une théorie de l'équipe en psychiatrie communautaire, *La vie médicale au Canada français*, vol. 2, p. 839-842.


**SUMMARY**


The results of a survey on interprofessional collaboration in a psychiatric hospital indicated difficulties in staff coordination as well as differences between professions in job satisfaction and belief in the institution's effectiveness. Reasons for these differences and suggestions for improvement of the present system are cited.