

Région des Laurentides
Programme de formation PSI pour les intervenants en santé
mentale

Diane Larose

Volume 18, numéro 1, printemps 1993

Communautés culturelles et santé mentale II

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032264ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032264ar>

[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

Larose, D. (1993). Région des Laurentides : programme de formation PSI pour les intervenants en santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 18(1), 310–313. <https://doi.org/10.7202/032264ar>

Région des Laurentides

Responsable: Diane Larose

Programme de formation PSI pour les intervenants en santé mentale

Afin d'assurer l'implantation des PSI et des PI, la régie régionale des Laurentides a mandaté le Cégep de St-Jérôme afin qu'il conçoive un programme de formation adapté à l'ensemble des clientèles visées.

Chez la clientèle handicapée intellectuelle, on retrouve beaucoup de littératures et l'expérience pratique remonte déjà à plus d'une décennie. Cependant, l'application du PSI auprès de la clientèle psychiatrique est à ses premiers balbutiements et les difficultés rencontrées sont différentes bien que les principes directeurs demeurent les mêmes.

Le CHDL-CRHV a donc cru judicieux de conceptualiser un programme de formation qui tienne compte des réalités spécifiques de

la clientèle psychiatrique. Ce programme a été élaboré à partir de la politique de santé mentale et du programme de base du Cégep de St-Jérôme.

Déroulement

Le programme de formation se donne sur trois jours et a rejoint environ 80 personnes. En plus des intervenants de l'institution, d'autres partenaires du réseau et des organismes communautaires ont été invités à participer à cette formation.

Les intervenants ont été amenés à faire une réflexion en atelier sur chacun des principes directeurs. Ces réflexions se voulaient axées sur la pratique des intervenants afin de faire le point sur la façon dont les principes sont appliqués et respectés dans leurs fonctions. De plus, les participants ont identifié des moyens qui leur permettent d'améliorer le respect de ces principes dans leur champ de travail respectif.

Résultats

En ce qui a trait au premier principe directeur, la primauté de la personne, les participants ont précisé qu'aucun plan de service individualisé ne doit être élaboré sans le consentement de la personne. Donc, lorsque les intervenants jugent pertinent d'élaborer un PSI, ils doivent le proposer à la personne et respecter sa décision d'y adhérer ou non.

Les participants ont identifié des moyens visant une implication accrue de la personne dans l'ensemble des décisions qui la concerne. Au niveau des règlements sur les unités et des activités de loisir, un comité devra être formé où les intervenants accompagneront la clientèle dans toutes les décisions qui concernent son milieu de vie plutôt que de le gérer à sa place. Comme les pathologies psychiatriques s'accompagnent souvent d'une apathie et d'une démotivation marquées, les participants ont soulevé l'importance de leur rôle de motivateur et la nécessité d'offrir un encadrement thérapeutique. Ils conviennent que ce dernier ne s'oppose pas au principe de la primauté de la personne mais qu'au contraire qu'il peut aider à la responsabiliser dans son traitement. Ainsi, par exemple, la personne se verra offrir un éventail d'activités possibles dans lequel elle devra faire certains choix qui respecteront ses besoins et intérêts tout en agissant sur son apathie.

Ces sessions ont aussi permis de questionner nos attitudes vis-à-vis les réticences ou le refus de la personne à prendre une médica-

tion prescrite. Même si ce genre de situation crée de l'insécurité, les participants reconnaissent que le dialogue sert encore mieux le client qu'une insistance indue à prendre le médicament prescrit. Les participants ont identifié une lacune prononcée au niveau de l'information et de l'enseignement offerts à la clientèle sur ce sujet.

Quant au deuxième principe directeur, soit l'intégration de la personne, il ressort que le rythme de la personne n'est pas suffisamment respecté dans le processus d'intégration communautaire. Les participants suggèrent d'insister davantage sur une intégration progressive, d'impliquer la personne dès le début du processus et de l'accompagner d'une personne significative jusqu'à ce que l'intégration communautaire soit complétée. Ceci fait appel à un changement du rôle des intervenants, tant à l'interne qu'à l'externe avec un chevauchement plus grand de leurs rôles.

On note aussi qu'en milieu institutionnel, une attitude de tolérance des comportements asociaux nuit finalement à l'intégration de la personne puisqu'elle n'arrive plus à distinguer les limites socialement acceptées.

Notre contexte régional caractérisé par un taux de chômage élevé crée un problème particulier au niveau de l'intégration sociale. Les participants sont sensibilisés à l'importance de cette intégration qui permet une amélioration de l'estime de soi et qui fournit un cadre stabilisateur pour la clientèle. Le taux élevé de désinstitutionnalisation amène aussi dans une petite population un côtoiement fréquent entre les intervenants et la clientèle tant dans le milieu de travail que dans la communauté. Les participants ont exprimé la nécessité d'être respectés dans leur vie personnelle, de reconnaître et de faire part de leurs limites sur ce plan. On évalue cependant que le fort taux d'intégration de la clientèle dans la communauté a favorisé une acceptation très large de la part de tous ses membres. Par ailleurs, il a aussi entraîné la création de ghettos. De plus, les besoins particuliers dans cette région ont permis à la clientèle de bénéficier d'un organisme communautaire, l'Arc-en-Soi, qui est devenu un lieu de partage, de socialisation très fréquenté.

Enfin, concernant le principe de partenariat, les différents participants ont tous reconnu l'importance de l'attitude de chacun afin de réussir un véritable partenariat. L'utilisation d'un langage commun, compréhensible par tous, est un élément essentiel. Face à des jeux de pouvoir, des guerres de profession et des chasses gardées, il est primordial de se centrer sur la personne en demande de services et d'avoir une ouverture face aux différents partenaires. On note une ten-

dance de l'intervenant central à adopter une attitude de "prise en charge" de la personne et à laisser peu de place aux autres partenaires du PSI y compris la personne elle-même. De plus, cette attitude d'appropriation d'un rôle central amène souvent l'intervenant à vouloir dicter la conduite et les responsabilités aux autres partenaires. Cette attitude constitue un écueil à éviter, pour un partenariat réussi. Les participants ont aussi soulevé la nécessité de discerner la concertation des partenaires dans l'orientation des services offerts de l'autonomie professionnelle et des responsabilités qui s'y rattachent. Ainsi, le partenariat ne signifie pas qu'on puisse dicter à un partenaire le plan d'intervention individualisé qu'il doit élaborer, mais qu'on doive respecter son autonomie. De même, un psychiatre (ou un omnipraticien) aura toujours la responsabilité légale de certains actes tel que le congé définitif. On ne peut l'obliger à faire abstraction de cette responsabilité et à endosser une décision d'équipe qu'il ne partagerait pas mais dont il conserverait toute la responsabilité tant d'un point de vue professionnel que légal.

En dernier lieu, les participants à la formation se sont beaucoup questionnés sur la façon de respecter la confidentialité dans le contexte d'une réunion PSI. Ils ont insisté sur l'importance d'avoir l'autorisation écrite de la personne avant de transmettre toute information à un partenaire qui serait à l'extérieur de l'organisme qui assure les services.

Conclusion

Les participants ont vécu la formation comme un moment privilégié de réflexion personnelle, de groupe et d'échanges avec différents partenaires du réseau et hors réseau. Ces réflexions et échanges ont même amené certains groupes de participants à prendre la responsabilité de certains changements concrets au niveau de leurs services respectifs qui respecteront davantage les principes directeurs du PSI.

De plus, une évaluation et une relance auprès des participants sont en cours d'élaboration. L'objectif est d'évaluer, encourager et supporter l'amélioration de la qualité d'intervention en assurant l'intégration des principes directeurs dans la pratique.

Diane Larose,
conseillère clinique en santé mentale
Sylvie Houle, psychologue