

La clinique externe : comment peut-elle prétendre aux rôles de porte d'entrée et de plaque tournante?

The outpatient clinic's role : port of entrance and dispatching centre ?

La clínica externa : como puede ella aspirar al papel de puerta de entrada y de plataforma rotatoria ?

André Luyet, Evelyne Giroux et Doris Clerc

Le devenir des cliniques externes de psychiatrie
Volume 24, numéro 2, automne 1999

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/013016ar>
DOI : <https://doi.org/10.7202/013016ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Résumé de l'article

Cet article présente un survol du plan de transformation des services adopté en 1998 à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Les auteurs présentent l'historique, les principes et les modèles, le rôle joué par les cliniques externes ainsi que les défis à relever par tous, collègues et partenaires, pour mener à bien cet immense projet.

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

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

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Luyet, A., Giroux, E. & Clerc, D. (1999). La clinique externe : comment peut-elle prétendre aux rôles de porte d'entrée et de plaque tournante? *Santé mentale au Québec*, 24(2), 143-158. <https://doi.org/10.7202/013016ar>



La clinique externe : comment peut-elle prétendre aux rôles de porte d'entrée et de plaque tournante ?

André Luyet*

Evelyne Giroux**

Doris Clerc***

Cet article présente un survol du plan de transformation des services adopté en 1998 à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Les auteurs présentent l'historique, les principes et les modèles, le rôle joué par les cliniques externes ainsi que les défis à relever par tous, collègues et partenaires, pour mener à bien cet immense projet.

Les années quatre-vingt-dix ont été marquées par une réforme draconienne de tout le domaine de la santé et des services sociaux au Québec. Au terme d'une réflexion intensive menée par un groupe de médecins, de professionnels et de gestionnaires sur la façon de mieux répondre aux besoins de la population, l'hôpital Louis-H. Lafontaine a adopté, en 1997, un plan de transformation de ses services. Assez rapidement les cliniques externes, déjà implantées géographiquement dans des secteurs, ont été vues comme base de l'édification du dispositif de soins mais à la condition, notamment de se rapprocher fonctionnellement de leur milieu, de s'arrimer aux divers partenaires et de passer de la multidisciplinarité à l'interdisciplinarité.

Notre bilan d'étape dans cette démarche longuement planifiée et en cours de réalisation est susceptible, croyons-nous, d'intéresser d'autres acteurs

Historique du plan de transformation

Depuis les années soixante, Louis-H. Lafontaine est engagé dans la poursuite de la désinstitutionnalisation, qui a amené un déploiement de services à l'extérieur, mais aussi une réduction de la taille de

* Psychiatre et chef du département de psychiatrie de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

** Chef de service, Service social de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

*** Psychiatre et directrice des services professionnelles de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

l'hôpital. Parallèlement, au cours des dernières années, la pression de la demande de services en psychiatrie montait en flèche dans le secteur, sous-tendue par des phénomènes comme la toxicomanie ou l'appauvrissement et le vieillissement de la population.

En 1995, après une dizaine d'années de compressions budgétaires successives, il devenait de plus en plus évident qu'on ne pouvait plus appliquer ces coupes de façon paramétrique. L'hôpital ne pouvait plus faire un peu plus avec un peu moins, il fallait opter pour une stratégie de rupture, revoir complètement les services et les façons de faire. Faute d'adopter de nouveaux paradigmes, nous allions assister à un écart grandissant entre l'offre et la demande de services : allongement des listes d'attentes, débordement de l'urgence, rupture de liens sociaux. L'hôpital devait redéfinir sa clientèle, recentrer son expertise, se rapprocher des milieux, développer des alternatives à l'hospitalisation et réviser le fonctionnement des équipes de même que les liens avec ses partenaires.

Déjà, au printemps de 1995, Louis-H. Lafontaine avait tenu une consultation où les différentes instances de l'établissement ont exprimé leur vision des assises sur lesquelles faire reposer la transformation à venir. Cinq principes directeurs en ont émergé :

- 1) Offrir une réponse de qualité, efficace et adaptée aux besoins des personnes souffrant de troubles mentaux et à leur potentiel ;
- 2) Reconnaître et valoriser la contribution du milieu naturel dans le traitement des personnes atteintes de trouble mental, en plus de considérer l'importance d'y effectuer, dans la mesure du possible, l'ensemble des actions thérapeutiques ;
- 3) S'assurer de la pertinence d'utilisation du milieu hospitalier ;
- 4) Agir dans le cadre d'un réel réseau intégré de soins et de services en misant sur la continuité et la complémentarité ;
- 5) Rechercher l'atteinte de la performance dans ses activités, soit la pertinence, l'efficacité et l'efficience.

Comment opérationnaliser ces principes ?

À l'automne de 1996, un groupe de travail est mis sur pied pour concevoir et proposer un modèle d'organisation et de distribution de services, en accord avec le cadre de référence. Ce groupe a d'abord reconnu que Louis-H. Lafontaine a déjà opéré des changements significatifs dans son évolution des dernières décennies, ce qui constitue des forces motrices pour la transformation à venir.

Parmi ces forces, on retrouve :

- Un réseau de cliniques externes et de ressources d'hébergement réadaptatif déjà implantées géographiquement dans la communauté ;
- Une expertise et un savoir-faire développés au fil des ans ;
- Des équipes multidisciplinaires bien constituées.

Partant de là, l'établissement doit franchir un pas de plus pour s'ouvrir sur la communauté en y redéployant davantage de ses ressources humaines, matérielles et financières, en complémentarité avec les services existants, dont il reconnaît l'importante contribution.

Ainsi l'hôpital souhaite s'inscrire dans un réseau intégré de services en devenant plus communautaire, c'est-à-dire près des gens, dans leur milieu et en facilitant la liaison et la coordination avec les différents partenaires, notamment ceux de la première ligne : les omnipraticiens, les CLSC, les professionnels en pratique privée et les organismes communautaires. Sur cette voie, l'établissement élargirait l'éventail de ses réponses aux besoins en mettant sur pied une série d'alternatives à l'hospitalisation (suivi intensif dans le milieu, hôpital de jour, cliniques de relance, centre de crise, nouvelles ressources d'hébergement dans la communauté,...) et en faisant de la clinique externe le pivot de son dispositif de soins. Autrefois, la porte d'entrée du système était surtout l'urgence, qui débouchait souvent sur une hospitalisation longue, puis sur un suivi à vie en clinique externe de psychiatrie. Maintenant la clinique externe doit de préférence accueillir les demandes, y répondre ou les orienter ailleurs adéquatement. De plus, le recours à l'hospitalisation devenant moins fréquent, et les séjours hospitaliers, moins longs vu la gamme enrichie des services disponibles pour répondre aux besoins et prendre le relais, la désinsertion devrait être limitée et la chronicisation, freinée. Par conséquent, le nombre de lits d'hospitalisation devrait diminuer de moitié avec un redéploiement des ressources vers les services dispensés en externe ; le budget de l'hôpital devra en témoigner en allouant 60 % à l'externe au lieu du 40 % actuel.

Pour réaliser cette transformation étalée sur six ans, le projet global a été scindé, dans un premier temps, en huit sous-projets auxquels se sont affairés autant de comités de pilotage regroupant des intervenants de l'hôpital et des partenaires du réseau. Ensuite, les rapports de ces comités ont été rassemblés dans un rapport unique, *L'hôpital et la communauté : des liens à consolider*, adopté par le Conseil d'administration de l'hôpital le 8 décembre 1998. En émergent les trois modèles cardinaux suivants :

- Modèle de traitement-réadaptation-réhabilitation
- Modèle de fonctionnement interdisciplinaire
- Modèle de fonctionnement en réseau.

Les cliniques externes sont identifiées comme étant la structure hospitalière la plus apte à servir d'amorce à l'actualisation de ces modèles et à jouer le rôle de locomotive dans la transformation de l'ensemble de l'établissement.

La situation des cliniques externes à Louis-H. Lafontaine

Le virage ambulatoire préconisé par la réforme actuelle était déjà entamé depuis les débuts de la désinstitutionnalisation. La mise sur pied des cliniques de psychiatrie communautaire était basée sur une première expérience du genre, la clinique Hochelaga-Maisonnette, sise sur le terrain de l'hôpital, dans les années soixante. L'établissement des cliniques de secteur (aujourd'hui les services de psychiatrie de territoires) était devenue une priorité. La première à voir le jour fut celle d'Anjou, dans les années soixante-dix, située au cœur de son quartier d'appartenance, suivie de celles de Mercier-Est, Mercier-Ouest, Rivière-des-Prairies, St-Léonard, Hochelaga-Maisonnette et finalement celle de Pointe-aux-Trembles, en 1992.

Chaque clinique a pour mandat de prodiguer les soins et services à la population de son secteur, et d'assurer le suivi post-hospitalisation. Nous retrouvons 14 équipes multidisciplinaires dans l'ensemble de ces cliniques de territoire. À l'équipe de base constituée au départ d'un médecin psychiatre, d'une infirmière, d'un travailleur social, d'un psychologue, ont été ajoutés un ergothérapeute et un conseiller en orientation. À l'origine, le nombre d'équipes par secteur était déterminé essentiellement par un ratio de population ; toutefois, de plus en plus, les besoins en médecins et professionnels sont estimés selon le volume et la lourdeur des clientèles. Ces équipes, multidisciplinaires par la diversité des professionnels les constituant, effectuent les évaluations, les traitements et le suivi selon les besoins. La plupart tiennent régulièrement des réunions d'équipe.

Les unités d'admission sises à l'hôpital accueillent la clientèle qui nécessite une hospitalisation en raison de la gravité de la pathologie, de l'atteinte fonctionnelle ou de la dangerosité. Dans cette structure, les professionnels des cliniques de territoire (travailleurs sociaux, psychologues, ergothérapeutes, conseillers en orientation) sont appelés à intervenir, tant à l'interne qu'à l'externe, la philosophie étant qu'un patient demeure sous la responsabilité de son équipe traitante pour tous les

épisodes de soins, afin d'assurer la continuité des soins et services. Toutefois, il faut signaler que, dans les faits, cette pratique n'est pas généralisée dans toutes les équipes.

Les constats faits sur les cliniques externes

Tout en reconnaissant les énormes pas franchis pour établir les cliniques externes plus près des gens, certaines lacunes sont notées dans une analyse plus critique. Ces cliniques fonctionnent encore trop en vase clos, coupées de l'environnement des patients et des autres intervenants, entretenant la plupart de leurs liens avec le site hospitalier sans pour autant assurer une continuité et une liaison parfaites avec l'interne (bris dans la circulation de l'information, délais dans la réponse aux requêtes, divergences dans l'orientation du traitement). Comme elles s'associent peu aux autres dispensateurs de services, elles accumulent les dossiers et deviennent facilement congestionnées avec comme conséquence un goulot d'étranglement pour les évaluations psychiatriques demandées par les services de première ligne. Il y a une méconnaissance des services offerts par les organismes communautaires, qui sont victimes de préjugés. Finalement, lorsqu'il est question de construction de plan de services en réadaptation, les composantes sont morcelées, mal coordonnées, avec une confusion quant aux rôles des services et des intervenants.

La vision proposée pour les cliniques externes

Dans la transformation, la clinique externe assumerait un rôle de pivot. En amont, elle aurait un rôle de plaque tournante, c'est-à-dire de gestion de la demande en services psychiatriques parvenant à l'établissement. Elle doit donc appuyer en formation et en information la première ligne et élargir l'accès aux services d'évaluation-orientation, dès lors qu'un problème psychiatrique est suspecté, peu importe que l'information et la demande viennent d'un omnipraticien ou de toute autre source renseignée, y compris les proches et les intervenants du milieu. Les évaluations devraient être davantage systémiques en vue de développer une vision plus globale de l'individu, la seule pouvant mener à des interventions mieux ciblées en termes de traitement-réadaptation-réhabilitation. Les patients dont les problématiques peuvent être assumées par la première ligne y sont dirigées avec des recommandations précises et l'engagement ferme de réintervenir promptement au besoin. Les cliniques externes prennent en charge, en équipe interdisciplinaire, les cas complexes tant pour le diagnostic que pour le traitement. Les patients souffrant de pathologies graves et réfractaires y trouvent des services spécialisés intégrés et coordonnés, qui peuvent être dispensés en partenariat avec d'autres services présents dans la communauté.

À l'époque, et encore aujourd'hui, la communauté n'était pas nécessairement favorable à l'arrivée des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale graves et persistants, d'où la nécessité encore plus grande que l'hôpital se rapproche des partenaires de la communauté et agisse en grande concertation. Pour favoriser le travail en réseau, l'établissement prévoit l'implantation de conseillers à l'organisation clinique et à la liaison en vue de développer les interfaces. Cette réflexion sur la transformation de l'hôpital s'est donc articulée autour d'un rôle accru des cliniques externes enrichies par les trois modèles retenus, qu'il est bon ici de présenter plus en détail.

1) Le modèle traitement-réadaptation-réhabilitation

Le traitement consiste à diminuer ou à faire disparaître les causes occasionnant des troubles mentaux et les symptômes en résultant. Le traitement s'attaque à la maladie, à ses causes, si elles sont connues, et à ses symptômes. Il diminue les souffrances d'une personne, il lui permet un meilleur fonctionnement psychosocial en plus de la rendre disponible à la réadaptation, si nécessaire. Il existe une grande variété de moyens, que l'équipe adapte en tenant compte des besoins, des capacités et de la maladie de chaque personne.

La réadaptation est un processus qui redonne à la personne les moyens d'agir, en tenant compte de ses déficits et de ses capacités. Dès le diagnostic, la famille (ou un substitut) et les intervenants peuvent et doivent contribuer au retour de la personne malade à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté. Il en est de même pour les personnes hospitalisées depuis de nombreuses années. La réadaptation consiste alors à faciliter la récupération ou le développement de fonctions cognitives et affectives, d'habiletés nécessaires à l'autonomie dans le quotidien et d'habiletés sociales ou professionnelles.

La réhabilitation, c'est la réappropriation par la personne de sa dignité et de son pouvoir d'agir. Le stigmate que la société accole à la personne souffrant de troubles mentaux l'infériorise et l'entrave dans l'accomplissement de rôles sociaux et dans son épanouissement. La famille et les intervenants ont une influence pour la réhabiliter aux yeux de tous et surtout d'elle-même : son degré d'estime d'elle-même a un effet déterminant. La réhabilitation consiste à aider la personne à modifier la perception qu'elle a de ses rapports avec les autres et à faire en sorte qu'elle sente qu'elle a un pouvoir d'agir et qu'elle se le réapproprie. Cela consiste aussi et surtout à influencer l'environnement pour amener des changements qui faciliteront l'intégration sociale de ces personnes en respectant leur dignité. Cela implique la reconnaissance de

ce qu'elles ont en commun avec le reste de la communauté, mais aussi le respect de leurs différences.

Actuellement, les valeurs qui sous-tendent la réadaptation (espoir, individualisation, reconnaissance du rôle de l'environnement, ajustement au rythme de la personne, continuité...) semblent endossées par les intervenants de l'hôpital mais ceux-ci rapportent souvent un sentiment d'isolement les uns des autres dans leurs efforts et réclament une meilleure reconnaissance et une plus grande coordination entre les services offerts, notamment pour la dimension traitement. (Ricard *et al.*, 1997 ; Bonin *et al.*, 1998)

2) Le modèle de fonctionnement en réseau

De plus en plus, l'évaluation de la clientèle doit s'élargir, dépasser la stricte dimension du diagnostic pour considérer la personne entière, et non seulement la maladie, et la situer dans son environnement familial et social selon une vision systémique globale. Cette compréhension à large spectre permet d'avoir une idée juste à la fois de la maladie, de son impact sur le sujet et son environnement, en plus d'identifier des alliés, des partenaires et des acteurs clés qui pourront être associés dans la triade traitement-réadaptation-réhabilitation. Cette approche permet de faire contrepoids à la marginalisation et à la désinsertion de la personne atteinte d'un trouble mental. Les cliniques reconnaissent l'importance et la nécessité d'établir un partenariat avec les différents acteurs de la communauté pour offrir des meilleurs services à la personne, en commençant par les familles et l'entourage puis les intervenants de la première ligne. Actuellement, les services offerts ne sont pas toujours intégrés et coordonnés. Plusieurs ponts restent à établir entre l'hôpital et ses partenaires de la communauté.

3) Le modèle d'interdisciplinarité

Différentes définitions de l'interdisciplinarité ont été examinées, mais nous retenons particulièrement la suivante: *Regroupement de plusieurs intervenants ayant une formation, une compétence et une expérience spécifique, qui travaillent ensemble à la compréhension globale, commune et unifiée d'une personne en vue d'une intervention concertée à l'intérieur d'un partage complémentaire des tâches.* (OPTSQ, 1996)

La multidisciplinarité est un fonctionnement au sein d'une équipe où chaque professionnel appelé à intervenir peut développer, à la suite de son évaluation, un plan d'intervention. La réunion d'équipe sert de moyen pour informer les membres de l'équipe des plans d'intervention

de chacun. C'est grâce à ces réunions d'équipe que les professionnels peuvent ajuster leur plan d'intervention ; lorsqu'il n'y a pas de réunion d'équipe, l'information ne circule pas. Les limites de ce fonctionnement arrêtent la circulation de l'information et le partage des analyses. L'arrimage des plans ne se fait pas et l'utilisateur se retrouve au centre de plans dont les objectifs ne sont pas partagés par tous.

L'interdisciplinarité implique obligatoirement des échanges entre les membres de l'équipe traitante, de même que la mise en commun systématique des évaluations faites par chaque discipline, afin de dégager des objectifs prioritaires communs constituant le plan d'interventions et de services. Il est évident que l'interdisciplinarité, comportant un niveau d'intégration des interventions de l'équipe plus poussé que dans la simple multidisciplinarité, amène par ricochet un risque de confusion des rôles, liée à certaines zones de chevauchement dans les activités et responsabilités cliniques des différents groupes professionnels.

Le modèle encourage donc nécessairement une spécification plus grande des rôles des intervenants et des prérogatives liées aux spécialisations ; par contre, l'équipe doit porter une attention particulière à la façon la plus efficiente possible d'utiliser les compétences des divers professionnels, et éviter les multiplications d'interventions et d'intervenants (par exemple, les tâches d'accompagnement). Dans cet esprit, il y aurait lieu d'instituer un plan d'interventions et de services, plan encore informel en plusieurs endroits.

Tout changement comporte certains risques lors de la transition. Ainsi, l'une des perceptions les plus tenaces dans les changements actuels est que certains vont trop loin et que l'on fait plutôt de la transdisciplinarité : tout le monde peut faire ce que l'autre fait, les compétences pointues ne sont plus requises, sauf en cas d'actes réservés (médicaux ou infirmiers). Cette perception risque de nuire à la transformation du système, à moins qu'on appuie une affirmation professionnelle non corporatiste des services, dans un souci d'utiliser les expertises disponibles de façon optimale.

Notons que les équipes qui doivent aborder la transformation ne sont pas nécessairement toutes rendues au même niveau dans leur développement multidisciplinaire, ce qui pourrait avoir des conséquences sur l'application de l'interdisciplinarité, notamment en retardant le processus. L'identification de la phase de développement de l'équipe est une étape essentielle, qui facilitera le cheminement vers l'interdisciplinarité, et son déroulement pourrait refléter la facilité ou la difficulté avec laquelle se vivra le fonctionnement interdisciplinaire.

Rappelons les phases de développement d'une équipe telles que suggérées par l'OPTSQ et reprises par Hébert (1997) :

Phase de constitution : étape où l'établissement décide de mettre sur pied une ou des équipes multidisciplinaires et désigne les professionnels qui en feront partie ;

Phase d'individualité : étape où chacun des membres de l'équipe cherche à établir sa place et son rôle par rapport aux autres (on est plus centré sur ses valeurs et compétences spécifiques que sur un objectif commun) ;

Phase de recherche du pouvoir : étape où le leadership formel se définit et où le leadership informel se développe (étape importante pour le développement des bases de la confiance mutuelle) ;

Phase de négociation, résolution de conflits : étape où les membres de l'équipe confrontent leurs idées, leurs valeurs etc, et cherchent les moyens d'être efficaces et de produire leur travail selon des normes de qualité ;

Phase d'émergence de la cohésion : étape où l'équipe constate sa capacité de fonctionner malgré les divergences et les crises, et où commence à s'installer un sentiment d'appartenance ;

Phase de consolidation de la cohésion : étape où les membres de l'équipe s'appuient les uns sur les autres et se complètent, pour développer l'efficacité maximale du fonctionnement de l'équipe.

Le défi pour les psychiatres de se situer et de contribuer à une telle transformation

Le changement fait donc souvent peur, dans la mesure où il amène une modification des façons de faire avec lesquelles les cliniciens étaient familiers, surtout s'il survient quand les psychiatres sont déjà essouffés par l'alourdissement des clientèles et une pénurie des effectifs.

De façon plus précise, des défis se situent au niveau de chacun des trois modèles.

Traitement – réadaptation – réhabilitation

Au moment même où les avancées de la psychiatrie contemporaine amènent les médecins à intervenir sur des cibles de plus en plus précises au plan pharmacologique et organique, les psychiatres doivent élargir leur vision et leur approche pour dépasser le strict cadre du contrôle de la symptomatologie, situant leurs interventions dans une démarche beaucoup plus large, qui embrasse les dimensions psychosociales. Tous

les praticiens doivent reconnaître que l'efficacité de ce modèle repose sur une vision systémique de la réalité et l'acceptation d'une nécessaire complémentarité entre les individus et les services, ce qui fait ressortir la pertinence de la liaison et les besoins de coordination. Bref, il faudra développer une perspective plus globale où s'inscriront des actions élargies mais bien ciblées.

Fonctionnement en réseau

Dans une organisation hospitalière de grande taille comme Louis-H. Lafontaine, où l'on trouve une concentration de ressources sur un site géographique longtemps éloigné, œuvrant auprès d'une clientèle marginalisée, les médecins ont traditionnellement été amenés à travailler en vase clos. Ils doivent maintenant accepter de s'ouvrir, de connaître et de reconnaître ce qui se fait chez d'autres dispensateurs de services (CLSC, nombreux organismes communautaires, familles, omnipraticiens, psychologues de pratique privé), et faire un effort pour se faire connaître d'eux tout en les informant de leur contribution possible dans un réseau de services.

Comme pré-requis pour fonctionner en réseau, les psychiatres auront à préciser leur rôle et à bien arrimer leur travail à celui des autres dispensateurs pour éviter les duplications ou l'oubli de certaines clientèles. Cela fera émerger deux grandes fonctions : l'évaluation et, dans le cas des pathologies graves et réfractaires, la prise en charge. Par la suite, ils leur faudra construire, dans l'action, des relations de confiance et de respect en conjuguant leurs forces avec celles des partenaires au lieu de s'y opposer. Du temps doit être dégagé pour discuter de l'organisation des services et du plan d'intervention, tout en accroissant l'accessibilité. En effet, la diminution de la liste d'attente est primordiale si la clinique de territoire veut jouer son rôle de plaque tournante, c'est-à-dire gérer la demande de services psychiatriques.

Les psychiatres doivent favoriser les références des personnes présentant des troubles moins graves ou transitoires à des ressources de première ligne du milieu. Ils auront aussi à questionner la pertinence d'assurer aux personnes avec des troubles graves et réfractaires des suivis à long terme de maintien.

Interdisciplinarité

En passant de la multidisciplinarité à l'interdisciplinarité, les notions de coordination, d'intégration, de continuité et de complémentarité deviennent centrales. Et les psychiatres, comme chefs médicaux des équipes, ont un rôle très important à jouer. Le cadre actuel de

fonctionnement de l'hôpital et le cadre futur leur demandent d'assumer un leadership, donc d'être des animateurs rassembleurs, d'incarner une vision clinique et de coordonner les forces et les interventions. Certains peuvent posséder de grandes habiletés pour endosser ce rôle alors que d'autres s'y sentent mal à l'aise ou y sont mal préparés. Le leadership assumé par le psychiatre découlera de sa capacité à remplir ce rôle, de sa crédibilité, et non pas de son autorité formelle. Dans ce rôle, il doit stimuler l'émergence au sein de l'équipe d'une compréhension partagée quant à la façon de concevoir et de dispenser les services à la population en concordance avec les modèles de référence du plan de transformation. Pour y parvenir, les psychiatres devront être convaincus de la force d'une équipe bien coordonnée, et que le temps passé en discussion est très rentable en termes d'efficience.

Des activités de formation doivent être offertes pour développer le leadership médical. Il pourra aussi arriver que, par choix du psychiatre et de son équipe, ce leadership souhaité d'une vision clinique et de la coordination puisse être partagé au sein de l'équipe avec des collègues non médecins ayant des qualités naturelles de leader et qui endossent la vision de la transformation proposée.

Le défi pour les professionnels

En regard de l'adaptation aux trois modèles proposés, les professionnels tout comme les psychiatres doivent relever un défi, qui sera plus ou moins grand selon leur formation de base. Car certaines pratiques intègrent déjà des principes de réadaptation, de réhabilitation et de fonctionnement en réseau. Il en sera de même pour le fonctionnement en interdisciplinarité : le défi sera différent si certaines conditions réputées favorables à l'interdisciplinarité existent déjà.

Une condition préalable à l'engagement des professionnels dans une démarche de changement est leur conviction du bien-fondé de la transformation et de la possibilité d'améliorer les services rendus aux usagers, à toutes les étapes du traitement et dans toutes les programmations, même si ce sont surtout des impératifs économiques qui semblent avoir dicté la transformation du réseau.

Les professionnels sont soumis de façon périodique à un questionnement de leur pratique. Ils ont vécu au fil des décennies des redéfinitions de leurs rôles et fonctions, ils sont aujourd'hui interpellés par le développement de nouveaux services et l'adoption de nouvelles façons de faire. Il n'est pas surprenant que certains malaises surgissent, qui ravivent une crise identitaire.

L'interdisciplinarité telle que définie précédemment oblige à une mise en commun des expertises, et au recours systématique à des moyens comme les réunions d'équipe, indispensables au modèle. L'interdisciplinarité ne peut se réaliser que lorsque certaines conditions sont présentes :

- Poursuite d'un objectif commun ;
- Capacité de développer des valeurs communes ;
- Existence d'un mandat spécifique ;
- Autonomie professionnelle ;
- Potentiel de complémentarité.

L'approche interdisciplinaire implique dans une première étape l'évaluation de la dynamique actuelle de l'équipe afin d'identifier si les éléments requis et les conditions de fonctionnement en interdisciplinarité sont présents. Tous les professionnels membres de l'équipe doivent sans exception participer à l'autoévaluation du fonctionnement en équipe afin d'établir ensemble les mesures à apporter pour le développement ou le renforcement du modèle. Au cours de cette étape, on pourra identifier les ressources personnelles qui pourraient favoriser le travail interdisciplinaire (par exemple, bonne capacité d'animation, capacité de supervision, expression facile) et les mettre à profit pour les contacts internes et externes d'un fonctionnement en réseau.

Beaucoup de facteurs de réussite dans le travail interdisciplinaire sont liés à des qualités personnelles, à des attitudes et à des comportements. Le processus sera plus facile si les individus qui composent l'équipe s'entendent déjà bien et se respectent, et il sera plus difficile en présence d'un conflit, ouvert ou latent, ou d'un manque d'habiletés dans les relations interpersonnelles.

Dans une pratique interdisciplinaire, les professionnels doivent bien maîtriser leur champ de pratique, leur méthode d'intervention, et être convaincus que leur formation les rend compétents et habilités à remplir certaines fonctions. Un des facteurs de réussite de cette approche est la reconnaissance de l'expertise de toutes les catégories de professionnels et l'utilisation efficiente de leurs compétences. La bonne connaissance des rôles, fonctions et responsabilités des autres membres de l'équipe, l'acceptation des différentes expertises et leur mise en commun facilitent la communication. Une solide identité professionnelle peut favoriser la confiance en soi et permettre des échanges plus ouverts.

Il faut éviter la confusion des rôles liée à certaines zones de chevauchement dans les activités et responsabilités cliniques des

différents groupes. Cela a particulièrement été illustré au printemps 1998 lors de la création d'un nouveau type d'intervention, le suivi intensif dans le milieu, présentement dévolu à L.-H. Lafontaine aux infirmières et éducateurs spécialisés. Cette fonction s'exerce dans le champ psychosocial et touche de près certaines responsabilités assumées par les travailleurs sociaux. Il devient donc important pour l'intégration des intervenants du suivi intensif que les mandats et rôles de chacun dans les équipes, et l'intensité de certaines interventions soient bien définis afin de créer un climat de complémentarité : l'équipe pourra plus facilement déterminer quel intervenant rendra le service au patient en tenant compte des expertises de chacun.

Dans les équipes où le fonctionnement en interdisciplinarité est déjà amorcé, il sera plus simple de systématiser l'approche et d'intégrer de nouveaux partenaires ou de nouveaux services. Par ailleurs, dans les équipes habituées à un fonctionnement multidisciplinaire, où ni les réunions d'équipe ni les échanges entre professionnels ne sont pratique courante, le défi sera plus grand. Au sein de l'équipe, les professionnels devront avoir la maturité nécessaire afin de se sentir concernés par le changement sans avoir à se sentir fautifs ni à développer un sentiment d'incompétence ou une rivalité qui rende impossible le partenariat. Cela est également valable pour les professionnels qui se joindront à l'équipe. Le stress généré par une démarche de changement doit être accompagné d'éléments de renfort comme la reconnaissance des progrès accomplis, l'apparition d'attitudes favorables, le constat de l'évolution positive de l'équipe et l'acceptation d'une identité professionnelle forte (sans association au corporatisme).

Tous devront renforcer leur identité professionnelle, c'est-à-dire bien connaître leur rôle, leurs fonctions et leurs responsabilités de manière à discriminer les compétences spécifiques et les compétences génériques.

Les professionnels devront travailler ensemble au maintien d'un climat de confiance propice aux changements et aux échanges. Les habiletés d'assertion (affirmation de soi appropriée), la capacité de communiquer, d'expliquer et d'écouter deviennent des facteurs importants pour développer le travail en équipe. Les attitudes sont toutes aussi importantes que les années d'expérience ; il paraît difficile de demander à des individus de relever un défi sans tenir compte de ce qu'ils sont, de ce qu'ils apportent comme savoir, savoir-faire et savoir-être. Le défi peut donc se situer dans une sphère hors du contrôle des membres de l'équipe.

Le défi pour les partenaires et les instances régionales

Les organismes communautaires et l'hôpital psychiatrique desservent-ils différemment la même clientèle ou ont-ils des clientèles différentes à desservir ? La réponse à cette question constitue la toile de fond sur laquelle l'hôpital devra relever les défis avec ses partenaires, car la méconnaissance des clientèles des deux réseaux risque de ralentir le processus de partenariat et de complémentarité.

Les défis à relever par et avec les partenaires s'apparentent aux défis à relever par les professionnels, entre autres la reconnaissance mutuelle d'expertises différentes et complémentaires, la bonne connaissance et le respect des missions des partenaires, le développement ou le maintien d'un climat de confiance et la mise en place de mécanismes continus de communication et de concertation. Il faudra apprendre au personnel de l'hôpital à apprécier et à utiliser la différence des partenaires pour susciter la complémentarité.

Du côté des instances régionales, deux des nombreuses attributions spécifiques dévolues à la Régie régionale des Services de santé et des Services sociaux seront davantage interpellées au cours de la transformation du réseau : celle d'allouer les budgets aux établissements et les subventions aux organismes communautaires, et celle de coordonner les activités des établissements et des organismes communautaires car la Régie est responsable de planifier, organiser et mettre en œuvre les programmes de santé et de services sociaux.

Le mouvement de transformation du réseau s'effectue à l'intérieur d'un contexte économique qui oblige la Régie à se montrer prudente lorsque l'injection d'argent « neuf » est demandée pour supporter le développement de nouveaux services : on s'attend que le réseau autofinance une grande partie de sa transformation. L'Hôpital s'attend à voir la Régie considérer les ressources nécessaires pour réaliser la transformation et accomplir ses nouveaux mandats. Par ailleurs, la solidarité de tous les partenaires (publics, communautaires) passe par des liens fonctionnels de collaboration, que la Régie doit continuer de favoriser par la redéfinition de mandats spécifiques aux établissements et aux organismes.

La Régie a un pouvoir d'influence sur le climat dans lequel s'exerce la transformation, elle doit continuer d'affirmer haut et fort que le réseau a besoin de tous les partenaires actuels et que l'existence des uns n'est pas liée à la disparition des autres, mais à leur transformation.. Pour ce faire, elle devra poursuivre ses efforts pour décourager les luttes de pouvoir associées à des subventions précaires pour les uns, et à une

diminution des budgets pour les autres. La perception qu'on déshabille l'un pour habiller l'autre demeure toujours désagréable et fort peu propice au partenariat.

La Régie devra plus que jamais exercer son leadership afin que tous les partenaires participent à la transformation du réseau dans la perspective d'offrir à la population la gamme de services requis par leur état, dans le respect de leurs droits et de leurs responsabilités.

Conclusion

À ce moment-ci, l'étape essentielle de la planification s'achève et notre établissement enclenche l'implantation et l'opérationnalisation de la transformation. Nous continuons d'affirmer que la clinique externe peut jouer le rôle de porte d'entrée et de plaque tournante. Toutefois, pour qu'elle s'en acquitte, les personnes en place doivent accepter de revoir des façons de faire avec lesquelles elles étaient quand même relativement confortables. Ainsi la possibilité d'éprouver une plus grande satisfaction en répondant mieux aux besoins de la population de même que l'influence des leaders agiront comme déclencheurs de changement et comme remèdes aux résistances. L'établissement doit en tenir compte pour aider ses ressources humaines, qui risquent fortement de développer un sentiment d'incompétence et de perte de contrôle, à franchir la phase de décristallisation, où on abandonne des habitudes sécurisantes pour des façons de faire très exigeantes au plan adaptatif. Des rapports d'évolution et de suivi périodiques, des mécanismes d'information et des activités de formation sont jugés utiles pour supporter les équipes en cours de processus. Les défis pour ces équipes seront de mieux cibler et de faire reconnaître leur expertise pour les personnes souffrant de troubles graves, d'aborder leurs problématiques d'une manière plus systémique pour mieux les analyser et offrir des services plus complets et interdisciplinaires. Les cliniques externes devront également s'ouvrir davantage sur la communauté en supportant la première ligne et en reconnaissant la place des organismes communautaires avec lesquels elles s'associeront pour le volet réadaptatif.

Il sera intéressant de suivre cette entreprise et d'en faire des bilans provisoires tout au long de la démarche, pour l'instant prévue sur cinq ans au plan de transformation, tout en reconnaissant qu'une démarche de cette ampleur dans une organisation comme la nôtre peut parfois s'étaler sur une dizaine d'années avant d'être complétée.

RÉFÉRENCES

- BONIN, J.-P., LESAGE, A.-D., RICARD, N., DEMERS, M., MORISSETTE, R., BENOIT, D., 1998, Empowering the staff in long-stay wards, *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 10, 1054.
- HÉBERTM, Réjean, 1997, *Définition du concept de l'interdisciplinarité*, Conférence prononcée lors du Colloque: de la multidisciplinarité à l'interdisciplinarité, Québec, 4-5 avril.
- OPTSQ, 1996, *De la multidisciplinarité vers l'interdisciplinarité, Guide à l'intention des travailleurs sociaux exerçant dans les établissements de la Santé et des Services sociaux*, Ordre professionnel des Travailleurs sociaux du Québec.
- RICARD, N., BONIN, J.-P., LESAGE, A.-D., 1997, *La réadaptation: concepts et pratiques à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine*, Une recherche au centre de l'action dans les unités de soins de longue durée, avril.

ABSTRACT

The outpatient clinic's role : port of entrance and dispatching centre ?

This article presents an overview of the plan of transformation of services adopted in 1998 at Louis-H. Lafontaine Hospital. The authors present the history, principles and models, the role played by outpatients clinics as well as the challenges related to the implementation of this new plan.

RESUMEN

La clínica externa : como puede ella aspirar al papel de puerta de entrada y de plataforma rotatoria ?

Este artículo presenta un sobrevuelo del plan de transformación de servicios adoptado en 1998 por el hospital Louis-H Lafontaine. Los autores presentan el histórico, los principios y los modelos. El papel desempeñado por las clínicas externas, como también los desafíos que se presentan a todos, colegas y aliados, para llevar a cabo y bien, este gran proyecto.