

Les équipes MRC en santé mentale dans la région Chaudière-Appalaches. Bilan d'une expérience de mise en réseau

Jean-Luc Parenteau

Volume 27, numéro 2, automne 2002

Les réseaux intégrés de services

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/014556ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/014556ar>

[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

Parenteau, J.-L. (2002). Les équipes MRC en santé mentale dans la région Chaudière-Appalaches. Bilan d'une expérience de mise en réseau. *Santé mentale au Québec*, 27(2), 37-53. <https://doi.org/10.7202/014556ar>

Résumé de l'article

Cet article examine comment la région Chaudière-Appalaches a profité de sa situation particulière lors de sa création en 1994 et des travaux de transformation du réseau de la santé pour développer le partenariat en santé mentale et la mise en réseau de l'ensemble des services de réadaptation. L'auteur examine comment le partenariat en santé mentale est étroitement lié au développement du concept de ré-appropriation du pouvoir. Il relate ensuite plus en détail la naissance du modèle d'équipes MRC en Chaudière-Appalaches et décrit ce qui constitue une équipe en réseau. Il trace ensuite le bilan du fonctionnement des équipes afin d'identifier les gains et les limites de la mise en réseau, les facteurs favorisant son fonctionnement et les obstacles à l'instauration d'un véritable partenariat.



Les équipes MRC en santé mentale dans la région Chaudière-Appalaches. Bilan d'une expérience de mise en réseau

Jean-Luc Parenteau*

Cet article examine comment la région Chaudière-Appalaches a profité de sa situation particulière lors de sa création en 1994 et des travaux de transformation du réseau de la santé pour développer le partenariat en santé mentale et la mise en réseau de l'ensemble des services de réadaptation. L'auteur examine comment le partenariat en santé mentale est étroitement lié au développement du concept de ré-appropriation du pouvoir. Il relate ensuite plus en détail la naissance du modèle d'équipes MRC en Chaudière-Appalaches et décrit ce qui constitue une équipe en réseau. Il trace ensuite le bilan du fonctionnement des équipes afin d'identifier les gains et les limites de la mise en réseau, les facteurs favorisant son fonctionnement et les obstacles à l'instauration d'un véritable partenariat.

Le concept de l'équipe MRC en santé mentale est né d'une volonté de développer dans la communauté, une gamme complète de services de réinsertion et de réadaptation sans apport significatif d'argent neuf. Les instigateurs ont voulu regrouper au sein d'une seule équipe l'ensemble des intervenants œuvrant dans le domaine de la réinsertion sociale sur le territoire d'une municipalité régionale de comté (MRC) afin de pouvoir répondre à l'ensemble des besoins des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale tout en diminuant le recours à l'hospitalisation et le syndrome de la porte tournante. La première expérience s'est déroulée dans la MRC des Etchemins en 1994 pour s'étendre ensuite aux 11 MRC de la région de la Chaudière-Appalaches depuis 1996 alors que la Commission régionale en santé mentale ainsi que la Régie régionale en ont fait l'élément majeur de la transformation des services.

* L'auteur est conseiller en planification-programmation, secteur santé mentale, Régie régionale de Chaudière-Appalaches.

Les équipes MRC en santé mentale de la région Chaudière-Appalaches

La mise en place de réseaux intégrés de services en santé mentale est un concept actuellement très à la mode depuis la diffusion des travaux du groupe d'appui qui en a fait une cible prioritaire de la réorganisation des services au niveau national. Ce concept constitue l'aboutissement logique du développement de partenariat dans le domaine de la santé mentale et est en harmonie avec l'élaboration de nouvelles pratiques favorisant l'accès à une pleine citoyenneté des personnes aux prises avec de problèmes de santé mentale.

Le Québec est passé en très peu de temps, d'une pratique asilaire basée sur l'internement et le traitement médical en milieu fermé à des pratiques visant le développement de services directement dans la communauté d'appartenance des personnes souffrant de troubles mentaux. Cette évolution est étroitement liée à la perception que nous avons de ces personnes que l'on voyait encore récemment comme des fous qu'il fallait enfermer, plus tard comme des malades qu'il fallait soigner pour en arriver à les considérer comme des citoyens qui ont à prendre une part active dans l'amélioration de leur santé et de leurs conditions de vie. C'est ainsi que le développement de pratiques nouvelles dans le domaine de la santé mentale y compris la mise en réseau des services a toujours été étroitement associé à la volonté des personnes de reprendre du pouvoir sur leur vie.

La Commission d'enquête sur les hôpitaux psychiatriques (1961)

Jusqu'en 1960, la psychiatrie au Québec est organisée essentiellement autour de l'asile administré en grande partie par des communautés religieuses. La publication du livre *Les fous crient au secours* de M. Pagé décriant l'état lamentable des services force le gouvernement de l'époque à mettre en place la commission d'enquête Bédard qui aura comme principal mérite de remettre la responsabilité du traitement des personnes à la psychiatrie et aux hôpitaux généraux. Aussi, on favorise le transfert des personnes du milieu asilaire vers des milieux plus légers d'hébergement comme les ressources pavillonnaires. Environ 20 % des personnes (3 900 sur 20 000, Dorvil, 1997) sortiront du milieu asilaire mais sans transfert.

La Commission Castonguay-Nepveu (1971)

La Commission Castonguay-Nepveu modernise l'organisation des services de santé au Québec. La montée du pouvoir des technocrates ainsi que l'apparition d'une multitude de professionnels qui

interviendront en santé mentale en particulier dans le domaine de la réadaptation, donneront naissance à toute une kyrielle de groupes communautaires contestant le pouvoir médical et la prise en charge des personnes malades. Ces groupes offriront des services directs aux personnes d'une manière différente (alternative) des services publics et souvent en compétition avec ces derniers.

Les années quatre-vingt : la Commission Rochon (1987) et le Rapport Harnois (1987)

Les travaux de ces deux groupes viennent confirmer que le système de santé est aux prises à des luttes intestines entre corporations professionnelles, différentes institutions et pouvoirs patronal et syndical.

Le Rapport Harnois souligne que le système s'est complexifié et fragmenté afin de répondre aux besoins de plus en plus variés des personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Cette fragmentation s'est traduit par le développement d'une multitude de services compartimentés et compétitifs, limitant ainsi la continuité des différents services et favorisant le développement du syndrome de la porte tournante. Les personnes sont retournées dans la communauté sans être suivies, sans qu'il y est un lien entre le psychiatre, le médecin de famille, les CLSC ou les groupes communautaires. Elles sont donc forcées à revenir à l'urgence des hôpitaux.

Afin de remédier à cette situation, ces deux groupes proposent à la fois, la déconcentration du pouvoir du ministère par une régionalisation et la participation des citoyens aux modèles d'organisations des services (Commission Rochon) ainsi que le développement d'un « partenariat élargi » basé sur une réelle collaboration entre la personne, les différents dispensateurs de services et la famille et les proches (Rapport Harnois). Le but avoué de ces deux groupes est de briser les monopoles corporatistes et institutionnels en donnant du pouvoir aux nouveaux acteurs que sont les personnes, leur famille ainsi que les groupes communautaires. Les travaux de ces deux comités ont servi de trame de fond à l'élaboration de la politique de santé mentale du Québec qui allait devenir le véritable moteur de la transformation des services.

La politique de santé mentale (1989)

Le Québec lance sa politique de santé mentale en 1989. Deux des cinq principaux objectifs de cette loi favoriseront l'émergence d'un partenariat comme solution à la mise en place d'un meilleur réseau de services en santé mentale. La reconnaissance de la primauté des personnes et particulièrement de leur capacité de participer activement à

toutes les décisions les concernant déterminera un premier niveau de partenariat entre les personnes utilisatrices de services et les dispensateurs. Aussi, la politique accentuera la régionalisation en exigeant un plan régional d'organisation de services (PROS) et la mise en place de comités tripartites composés d'un nombre égal de représentants des groupes communautaires, institutions publiques et autres secteurs (municipal, scolaire, travail, etc). L'institutionnalisation du partenariat à travers les comités tripartites s'est appliquée de manière très différente dans les régions du Québec. Les résultats se sont surtout fait sentir au niveau de la planification des services, la concertation et la clarification des rôles et responsabilités des divers acteurs. Les régions ayant su maintenir un comité tripartite respectueux des différences entre les participants et ayant reconnu le partenariat comme richesse essentielle ont gardé la plus grande cohésion du processus de transformation.

Le groupe d'appui à la transformation des services (2000)

Les changements souhaités par la politique de santé mentale ne se sont pas effectués de manière uniforme sur l'ensemble du territoire du Québec. Le gouvernement met donc en place un groupe d'experts chargé d'appuyer les régions dans la mise en place d'une gamme de services.

Le groupe d'appui dirigé par Luc Blanchet accentuera le virage emprunté par la politique en favorisant l'évolution du concept de primauté des personnes vers celui de la réappropriation du pouvoir. Les personnes sont invitées à participer directement aux différentes instances décisionnelles.

Ce groupe d'appui confirme aussi la nécessité de dépasser le simple partenariat et propose l'idée de réseaux intégrés de services au niveau local afin d'assurer une meilleure continuité des services ainsi qu'une réponse aux divers besoins des personnes (Breton et Brière, 2000). Le groupe recommande ainsi que soit réuni l'ensemble des intervenants sous une même coordination clinique. Cette proposition souleva plusieurs questions et craintes de la part des intervenants et des organismes qui y voient une atteinte à leur autonomie. Les personnes utilisatrices de services y voient elles un élément de contrôle sur leur vie et craignent de voir leur capacité de choisir diminuée.

Le contexte régional

La région de la Chaudière-Appalaches est située directement au Sud de la région de Québec entre le fleuve Saint-Laurent et la frontière américaine. La population est d'environ 390 000 dispersés dans

11 municipalités régionales de comté (MRC) à prédominance agricole et forestière. Deux événements majeurs ont grandement influencé l'organisation des services dans cette région : la création de la région en 1994 et la transformation du réseau avec l'objectif d'effacer le déficit entre 1995 et 1999.

Lors de la création de la région, cette dernière s'est retrouvée avec des services de santé mentale concentrés dans 5 hôpitaux possédant 98 % des budgets dédiés à ce secteur d'activité. Les groupes communautaires étaient surtout concentrés dans la région de Québec et ne pouvaient faire l'objet de partage. Pour compenser ce déficit, la région a bénéficié d'un transfert de 3 millions de dollars (sur 5 ans — 1995-1999) de l'hôpital Robert-Giffard permettant la création de ressources communautaires. Elle a donc pu mettre en place une gamme complète de services de réadaptation et appliquer la notion de partage des ressources. Les responsabilités des centres hospitaliers ont été transférés dans les CLSC et les groupes communautaires qui assument dorénavant le suivi dans la communauté, la réadaptation de type centre de jour, le suivi des ressources d'hébergement et l'intégration socioprofessionnelle.

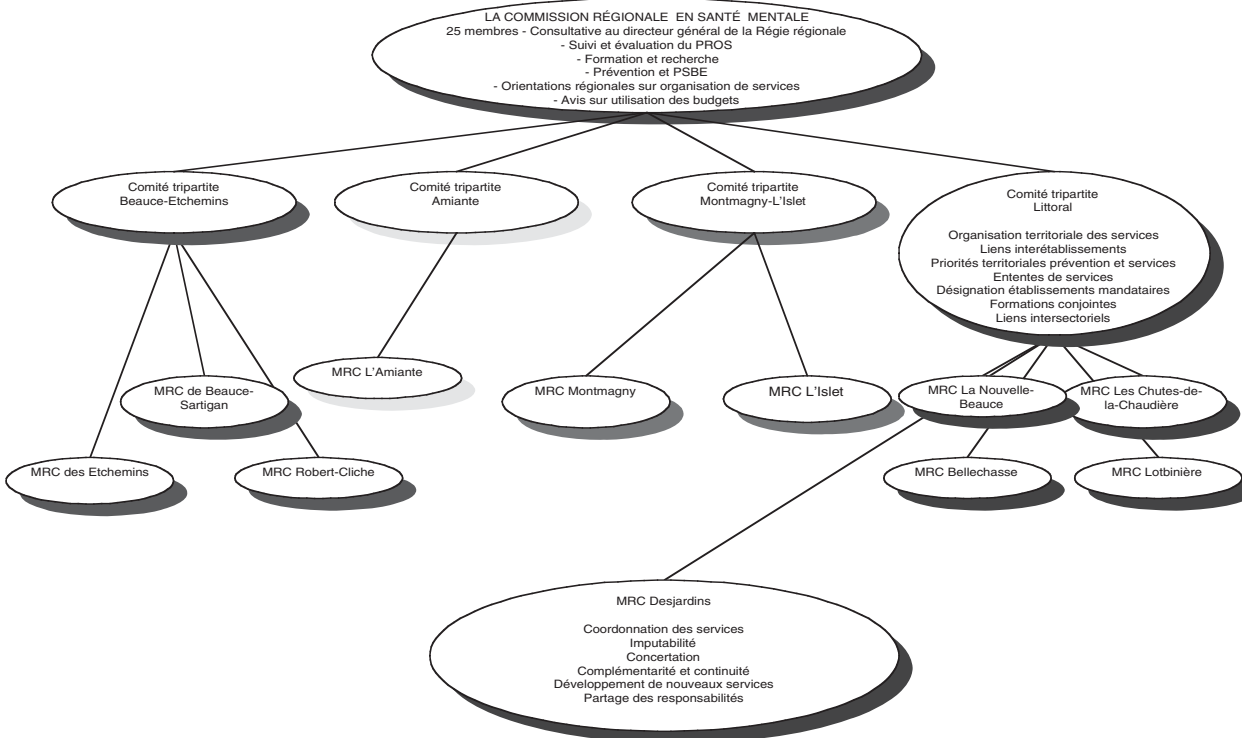
Ce virage majeur s'est traduit par la création de 11 équipes de santé mentale en CLSC, 11 groupes d'entraide pour les personnes (1 groupe par MRC) et 4 groupes d'entraide à l'intention des parents. Cette transformation a été facilitée par une concertation très développée permettant à la Régie régionale de compter sur la collaboration de l'ensemble des acteurs. Ainsi de nouveaux modèles d'organisation ont été élaborés, les allocations financières mieux réparties et l'évaluation et le suivi des PROS assurés.

La naissance des équipes MRC

C'est dans un contexte de pauvreté des ressources et de virage vers la communauté qu'est née la première expérience de mise en réseau des intervenants dans la MRC des Etchemins en 1994.

Dans cette MRC se trouvait à l'époque, l'établissement asilaire régional qui dispensait l'ensemble des services psychiatriques traditionnels. De son côté, le CLSC n'avait aucune expertise en psychiatrie mais l'expérience de l'approche milieu, du maintien à domicile et du développement communautaire et donc des besoins de services des personnes souffrant de troubles mentaux. De plus, il existait sur ce territoire, un des plus anciens groupes d'entraide parents de la province. Le Sillon travaillait avec le CLSC pour favoriser la mise en place d'une ressource communautaire d'entraide pour les personnes afin d'offrir une

Mécanismes de concertation en santé mentale Chaudière-Appalaches



alternative aux services institutionnels ainsi qu'un lieu où les personnes pourraient participer à la vie associative et à la programmation des activités de leur organisme.

Le CLSC décida alors d'expérimenter un service de suivi communautaire s'inspirant des expériences américaines où la réadaptation s'effectuerait dans le milieu de vie des personnes avec des intervenants qui les accompagneraient dans divers apprentissages et assureraient la liaison avec les services médicaux et sociaux. Chaque intervenant serait responsable de plusieurs « clients » et assumerait le suivi de leur plan de service en facilitant la liaison inter-établissement.

Deux établissements du réseau public, le CLSC et l'hôpital psychiatrique, se sont assis ensemble afin de créer cette équipe à même leurs ressources humaines respectives. Une coordination unique devait être assumée par le CLSC étant donné son expertise en travail communautaire.

La bonne collaboration déjà existante entre les groupes communautaires et le CLSC favorisa l'intégration rapide d'intervenants aux rencontres. Le but était simple : offrir à l'ensemble des intervenants de cette MRC oeuvrant en réadaptation un lieu et un moment où ils se retrouvent afin d'échanger et de trouver des solutions à des situations difficiles ou complexes et réduire les problèmes de portes tournantes et enfin, créer de nouveaux services à l'intention des personnes afin qu'elles puissent demeurer le plus longtemps à domicile dans des conditions de vie acceptables.

Pour réaliser ces objectifs, l'équipe a dû mettre en place des moyens de transmettre l'information en préservant les droits à la confidentialité, favoriser le partage d'expertise et développer la collaboration (évaluations conjointes des nouvelles demandes, atelier de formation commune). Cette équipe a expérimenté des interventions conjointes à l'intérieur des activités du groupe d'entraide et a mis en place de nouveaux services (transport et travail). Dernièrement, les intervenants de cette équipe ont organisé une journée d'évaluation de l'ensemble des services par les personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Ces dernières pouvaient s'adresser à l'intervenant de leur choix, du psychiatre aux intervenants des groupes d'entraide et commenter l'ensemble des services reçus. Ce modèle a vite été mis en place dans les autres MRC de la Beauce.

La consolidation des équipes MRC en Chaudière-Appalaches

En 1996, la Commission régionale en santé mentale publiait le bilan de son PROS et proposait la mise en place d'équipes dans les

11 territoires MRC de sa région. Ces équipes devaient permettre d'améliorer de manière significative la coordination des services au niveau local, la continuité des services aux personnes, la complémentarité des différents services et le développement de nouveaux services tels que l'expérience de la MRC des Etchemins. La Régie régionale y voyait la possibilité de clarifier l'imputabilité des services à une entité et le partage des responsabilités avec les communautés locales.

Des équipes ce sont mises en place dans les 11 MRC de la région avec des résultats et des fonctionnements fort différents. Actuellement, les 11 équipes MRC de la région de la Chaudière-Appalaches se composent de plus de 120 intervenants qui travaillent auprès de plus de 1 500 personnes souffrant de troubles mentaux graves. Les services offerts sont les suivants :

Par les équipes de CLSC : Le suivi communautaire ; les services de crise 24/7 ; suivi des ressources de type familial ; mécanisme d'accès à l'hébergement ; organisation communautaire ; suivi psychologique, social et médical.

Par les organismes communautaires :

Entraide parents (support, accompagnement et formation) ; répit-dépannage (pédopsychiatrie et adultes) ; intervention auprès des enfants dont les parents sont aux prises avec des problèmes de santé mentale ; entraide personnes (support, accompagnement, loisir et activités occupationnelles) ; formation (budgétisation, alphabétisation) et vie associative ; intégration socioprofessionnelle ; logement social et écoute téléphonique.

Évaluation qualitative du fonctionnement des équipes MRC

La mise en réseau des services devenant un modèle de plus en plus populaire, la Régie régionale a décidé de procéder à une évaluation des programmes dispensés sur son territoire afin d'examiner les éléments exportables de cette structure vers d'autres programmes.

Afin de procéder à un bilan de cette expérience, une recherche documentaire a été effectuée sur le développement du concept de partenariat au niveau national et régional (Parenteau, 2000).

Nous avons documenté les attentes des gestionnaires du réseau quant à l'amélioration escomptée de ce modèle dans les domaines suivants : la coordination, l'imputabilité de la clientèle, la concertation, la continuité des services, le développement de nouveaux services et le partage des responsabilités avec les communautés locales. Nous avons fait le portrait de chacune des 11 équipes quant à la composition, les

services et le fonctionnement. À l'aide d'entrevues dirigées couvrant les 6 secteurs d'activités où était visée une amélioration de la performance, nous avons évalué la perception des différents acteurs œuvrant au sein des équipes. Les onze coordonnateurs ont été rencontrés, et la majorité des responsables des 22 groupes communautaires et des représentants de deux des quatre centres hospitaliers. L'analyse des résultats a fait ressortir à la fois les éléments positifs et plus difficiles de ce modèle d'organisation.

Le portrait des équipes MRC

Ces onze équipes existaient depuis au moins trois ans lors de l'évaluation alors que la plus ancienne comptait six années. Elles avaient toutes sensiblement la même gamme de services tels que définis par la commission régionale de santé mentale. Chaque MRC dispose d'une équipe multidisciplinaire en CLSC, un groupe d'entraide, un groupe d'entraide auprès des parents, un intervenant travaillant à l'intégration socioprofessionnelle et un réseau d'hébergement public (ressource de type familial et ressource intermédiaire) au pro rata de sa population. Ces équipes regroupent plus de 120 intervenants dont près de 60 % proviennent des CLSC, 30 % des groupes communautaires et 10 % des centres hospitaliers. Les équipes sont assez homogènes, ce qui facilite l'analyse des données comparatives. Ainsi, les onze équipes se sont désignées un coordonnateur clinique et bénéficient de la participation de l'équipe de santé mentale du CLSC, d'intervenants du groupe d'entraide pour les personnes et des représentants des groupes de parents. En ce qui concerne la représentation du corps médical, on constate que sept équipes sur onze bénéficient de la présence d'un omnipraticien à temps partiel (des CLSC), ce qui favorise la liaison avec les psychiatres.

Huit équipes bénéficient de la présence de l'infirmière de liaison et sept d'un intervenant social du centre hospitalier. Cette présence importante du secteur hospitalier démontre une volonté d'assurer une bonne liaison avec les équipes du terrain. Les trois équipes du territoire de Beauce-Etchemin ne bénéficient pas de la présence de personnel hospitalier à cause d'un manque de ressources de cet établissement. Par contre, chacune des équipes MRC possède son infirmière de liaison attitrée. La faible participation des psychiatres au sein des équipes est identifiée comme une lacune particulièrement lors des discussions cliniques. Cette absence est due à un manque d'effectifs spécialisés dans certains cas ou encore à un manque d'intérêt pour la réadaptation. Plusieurs équipes espèrent la présence d'un psychiatre dans un avenir rapproché. En fait, les psychiatres pourraient déconcentrer leurs cliniques

externes dans chacun des CLSC (1 à 2 fois par mois) leur permettant ainsi de rencontrer les membres de l'équipe et d'agir à titre de consultant. Il faut aussi souligner que deux équipes ont incorporé des représentants de l'Office municipal d'habitation dans le but de développer le secteur du logement social.

Quant au fonctionnement, dix équipes sur onze se rencontrent entre dix et quinze fois par année alors qu'une autre préfère travailler en petit groupe trois fois par année. La moitié des équipes ont des périodes consacrées uniquement aux situations cliniques difficiles, l'ensemble a des discussions sur l'organisation des services et l'amélioration ou la création de nouveaux services. Il existe aussi une journée annuelle de formation et de rencontres pour les membres des 11 équipes MRC en Chaudière-Appalaches où il y a partage des nouvelles expériences et ateliers de formation. Cette homogénéité, tant au niveau de la composition que du fonctionnement a permis une comparaison plus facile des différentes données.

La coordination

Les attentes envers les coordonnateurs des équipes MRC sont très grandes. Ils assument plusieurs responsabilités et influencent de manière significative la qualité de la relation de partenariat de chacune des équipes. Au niveau clinique, le coordonnateur doit voir à l'attribution des cas, la supervision professionnelle, l'orientation des demandes vers les services les plus appropriés et la conciliation entre les différents membres. Au niveau organisationnel, il doit voir à la diffusion de l'information, la préparation et l'organisation des rencontres d'équipes ; enfin, il doit évaluer les services offerts en collaboration avec l'ensemble des membres de l'équipe. Le coordonnateur devait être le répondant de la régie régionale pour l'organisation des services du territoire. L'ensemble des coordonnateurs estime que leur rôle est trop peu défini. Ils estiment aussi détenir très peu de pouvoir particulièrement dans l'évaluation de services et le suivi clinique sur leur territoire.

Par contre, il semble que le fait d'être formellement identifié comme coordonnateur, facilite la liaison avec la régie régionale et les partenaires particulièrement dans le cas de situations difficiles ou complexes.

Aux dires de leurs partenaires, les coordonnateurs des équipes MRC confondent parfois leur responsabilité de coordonnateur de CLSC avec celle de coordination de l'équipe MRC. Ce conflit d'intérêt peut amener quelques-uns à adopter une attitude de paternalisme, particulièrement dans les situations conflictuelles où l'on cherche à définir des

responsabilités ou des mandats respectifs. Les partenaires estiment qu'ils doivent dépasser les intérêts de leur organisation afin de promouvoir l'ensemble des intérêts de la MRC. Enfin, l'ensemble des partenaires s'entend sur l'importance du rôle du coordonnateur.

La concertation

La concertation se définit par un échange d'information entre des organismes dans un but de mieux répondre aux besoins des personnes et d'assurer une cohésion des interventions de chacun des groupes. Les problèmes des personnes sont non seulement de nature psychiatrique, et la plupart du temps complexes. Les interventions touchent donc plusieurs aspects de leur vie et sont effectuées par des divers organismes. Étant donné que les interventions des uns auront un impact sur les interventions des autres, il est indispensable que les différents dispensateurs de services développent une certaine cohérence. Avec la prolifération des organismes œuvrant en santé mentale, ce besoin est encore plus évident. Notre recherche a démontré que c'est d'ailleurs au chapitre de la concertation que l'on réalise le plus de gains au sein des différentes équipes MRC et ce pour l'ensemble des partenaires interrogés.

Plusieurs facteurs favorisent la concertation, particulièrement lorsque la créativité des intervenants est valorisée, lorsque les mandats de chacun des organismes sont clairs, les rôles et les responsabilités reconnus et le financement adéquat. L'élaboration d'un programme de formation conjoint est considéré comme un élément central du partage et la reconnaissance de chacun. Si les onze équipes ont utilisé ce moyen lors de leur création seulement trois avaient des formations conjointes après trois ans d'existence.

Le respect des cultures et des manières de faire est un autre point sensible de la concertation, bien que les perspectives et les finalités des intervenants soient différentes. Par exemple, pour certains, l'assuétude à la médication est un élément central de leur intervention tandis que d'autres y accordent moins d'importance. À ce chapitre, la plupart estime que les discussions idéologiques deviennent très difficiles. C'est plutôt dans l'élaboration de projets concrets que les intervenants de différents milieux apprennent à connaître et à respecter les idéologies de chacun.

La continuité des services

Il est reconnu qu'une intervention efficace en santé mentale doit être basée sur un suivi personnalisé, continu et accessible en situation de crise 24/7. L'équipe MRC est responsable de la prestation d'une telle

qualité de services. En général, les différents partenaires reconnaissent que la continuité des services est grandement améliorée par la mise en place de l'équipe MRC. Aussi, l'instauration d'une réelle complémentarité des services a facilité une identification claire des mandats et un financement adéquat.

Les centres hospitaliers estiment pour leur part être les seuls à avoir perdu un peu au chapitre de la continuité de services si l'on compare leur situation au moment où ils étaient unique dispensateur de services. Toutefois, les hôpitaux reconnaissent que les liens avec les autres organismes se sont beaucoup améliorés depuis la mise en place des équipes. Les intervenants en suivi communautaire ont négocié un accès rapide à l'urgence hospitalière dans les quatre hôpitaux du territoire. De plus, la plupart des intervenants ont accès aux départements de psychiatrie. Dans le cas de l'unité de courte durée du Centre Hospitalier de Lévis, l'intervenant du CLSC demeure responsable du suivi de la personne lors de son séjour à l'hôpital. Dans la région de l'Amiante, les intervenants du CH et de l'équipe MRC se rencontrent à chaque semaine pour planifier les sorties. Enfin, dans les régions de la Beauce, l'Amiante et Montmagny, les intervenants des CLSC travaillent directement dans les urgences lors des situations de crise. On évite ainsi des hospitalisations inutiles.

L'équipe MRC constitue un lieu privilégié pour discuter de cas concrets qui ont causé des problèmes. Lors d'une situation de crise suicidaire, il y a souvent un retour sur l'intervention de l'équipe afin d'identifier les améliorations possibles et aussi faciliter le soutien entre intervenants. Lors d'un placement où un conflit surgit entre deux ressources quant à l'orientation d'une personne, l'équipe MRC est toute désignée pour régler ce genre de problèmes. Notre évaluation a révélé que l'amélioration de la continuité des services ne s'est pas traduite par l'élaboration de protocoles d'ententes formelles entre les établissements. Il semble qu'un lieu formel de rencontre et de discussion ne rend pas indispensable la formalisation des ententes.

Les nouveaux services

La décentralisation des services de réadaptation dans la communauté vise non seulement à augmenter leur accessibilité mais aussi à adapter ces derniers aux réalités locales. Ces services doivent de plus répondre à des besoins nouveaux tels le maintien des personnes dans la communauté. L'ensemble des équipes MRC estime avoir développé de nouveaux services entre autres au chapitre de logements sociaux. Un intervenant possède un bureau dans une de ces habitations afin de

travailler de plus près avec les personnes. Certaines équipes particulièrement dans les milieux ruraux, ont développé des projets visant à faciliter le transport des personnes vers les services du réseau ou les centres urbains. Ainsi, des projets de covoiturage, de transport par autobus scolaire ou de transport adapté ont vu le jour ces dernières années. Deux équipes MRC ont aussi élaboré des interventions conjointes avec les corps policiers afin d'éviter la judiciarisation de certains cas. De nombreux projets de préparation à l'emploi ont été développés par l'ensemble des équipes pour remplacer les anciens centres de jour en milieu hospitalier (fermés en 1996). La création des équipes MRC a créé une nouvelle contrainte pour les organismes dans la mesure où tous les partenaires doivent être consultés avant la mise en place d'un nouveau service ou l'allocation de nouveau budget. Plusieurs groupes communautaires ont exprimé un désaccord lorsque leurs projets sont systématiquement mis à l'étude par l'ensemble des partenaires alors que les demandes des centres hospitaliers et parfois des CLSC ne sont pas soumis au même traitement. Par contre, les groupes communautaires qui ont mis en place des services conjoints estiment qu'il s'agit de la meilleure façon de connaître leur partenaires et de partager sur les manières de faire. Il semble qu'avec le temps et grâce à une coordination transparente, les différents organismes se consultent et évaluent leurs nouveaux services en consultant l'équipe MRC. C'est le cas de l'hôpital de Lévis qui a soumis à chacune des cinq équipes MRC qu'il dessert, l'évaluation de son unité d'hospitalisation de courte durée. L'équipe de la MRC des Etchemins qui a procédé cette année à une évaluation complète des services de santé mentale de son territoire a aussi pris connaissance de cette évaluation.

Le partage des responsabilités

Le partage des responsabilités entre les organismes constitue peut-être l'élément le moins clairement exprimé par les initiateurs des équipes MRC. Le logement, la formation, l'emploi ainsi que le loisir ne peuvent être du seul ressort des services de santé et doivent plutôt faire l'objet d'entente intersectorielle.

Selon les participants, c'est dans ce domaine que les lacunes sont plus présentes. Plusieurs équipes tentent d'élaborer des projets conjoints de logement social avec des organismes municipaux. Toutefois, chacun reconnaît que de telles démarches sont longues et complexes. Par contre, les coordonnateurs des équipes affirment que même s'il y a encore peu de partage formel de responsabilité, le fait de déployer les services de réadaptation directement dans la communauté et de travailler

conjointement projettent une image positive. Ceci semble être particulièrement vrai dans le cas des policiers qui peuvent maintenant compter sur la présence d'intervenants dans les situations de crise. Aussi, les relations avec les services d'éducation aux adultes se sont grandement améliorées. On compte de nombreuses collaborations entre les deux secteurs d'activités dans des projets conjoints de réadaptation et de formation autrefois dispensés par des centres hospitaliers.

Enfin, l'ensemble des intervenants estime que la participation des personnes utilisatrices n'a pas fait l'objet de projet spécifique. Les prochaines actions devraient stimuler leur participation dans l'organisation et le développement des services et plus particulièrement, l'évaluation de ces services. Depuis quelque temps, les personnes utilisatrices sont maintenant représentées au sein de la commission régionale de santé mentale, au sein des quatre comités tripartites sous-régionaux et dans certaines équipes MRC.

L'imputabilité

L'imputabilité se définit par la désignation d'une entité formellement responsable de la dispensation des services aux personnes vivant avec des problèmes de santé mentale sur un territoire de MRC. Cette imputabilité implique aussi la mise en place d'un éventail complet de services sur ce même territoire. Les coordonnateurs des équipes MRC estiment pour leur part que cette notion d'imputabilité constitue davantage une attente des planificateurs du ministère ou des régies régionales qui cherchent à remplacer l'ancienne responsabilité des médecins psychiatres. Tous les coordonnateurs affirment que l'on ne peut être imputable pour des activités et des services que l'on ne contrôle pas. Par contre, ils s'entendent pour dire que l'imputabilité se traduit de façon suivante : instaurer un climat de confiance ; faire circuler toute l'information ; respecter la vie démocratique de l'équipe ; dispenser la gamme complète de services ; interpeller les partenaires lors de situations problématiques.

Conclusion

La mise en place d'équipes de santé mentale dans chacune des MRC en Chaudière-Appalaches a radicalement changé le paysage de la psychiatrie de cette région. Le bilan des différents participants est positif. Les facteurs généraux qui ont favorisé le développement de ce modèle ont été nombreux : un territoire bien délimité ; des organismes avec des responsabilités bien établies ; la présence de mécanismes de liaison avec les services spécialisés au sein des équipes MRC ; un financement adéquat ; un leadership démocratique ; la reconnaissance

des expertises et des manières de faire de chacun; un focus sur les besoins des personnes; un esprit créatif et ouvert sur l'expérimentation; une structure régionale responsable des budgets et les mandats; des formations et des interventions conjointes; une volonté régionale de décentraliser les services.

Par contre, d'autres facteurs peuvent limiter le développement de la mise en réseau des services au niveau local: le paternalisme de certains; les jugements de valeurs sur les compétences de chacun; l'absence des psychiatres; la faible participation des personnes souffrant de troubles mentaux; l'ambiguïté des rôles et des responsabilités des membres de l'équipe; l'accent sur les discussions idéologiques plutôt que les besoins; le manque de transparence de certains participants; le sous-financement de certains services ou groupes; l'ambiguïté du rôle du coordonnateur de l'équipe.

La mise en réseau des services à l'intérieur des MRC constitue un atout de taille. Elle a permis d'améliorer la concertation, assurer la complémentarité et développer de nouveaux services. On assiste par le fait même, à une amélioration de la qualité des services. La continuité des services se trouve aussi améliorée par une série de mécanismes informels tels une meilleure connaissance des intervenants et des organismes. À cet égard, on peut affirmer que les services se sont davantage personnalisés avec la mise en place des équipes MRC. Par contre, il faut reconnaître que le rôle de coordonnateur doit être clarifié, particulièrement en ce qui concerne ses pouvoirs sur la continuité et l'évaluation des services. Aussi, les personnes utilisatrices devront être davantage impliquées dans l'organisation et l'évaluation des services dispensés par leur équipe MRC.

Les expériences des équipes de la Beauce et des Etchemins pourraient être significatives en ce sens. Les projets de formation devraient être systématiquement offerts à l'ensemble des intervenants d'une MRC et constituer un critère de financement. Finalement, l'ouverture sur les communautés locales, le partage des responsabilités dans le respect des mandats de chacun et le développement de projets intersectoriels sont les grands défis qui attendent les équipes MRC dans un avenir rapproché.

Références

- BERGERON, R., 1977, *Équipe MRC des Etchemins en santé mentale. Organisation et fonctionnement*, Document CLSC et CHSLD des Etchemins.
- BILLETTE, L., WHITE, D., MERCIER, C., 1995, *Les rapports dynamiques du processus partenariat. Un regard dans le domaine de la santé mentale*,

Rapport pour le groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP).

- CHABOT, D., 2000, *Réseau de services en santé mentale et en pédopsychiatrie de la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine*, Document de la Régie régionale Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.
- DORVIL, H, GUTTMAN, H, RICARD, N, VILLENEUVE, A., 1997, *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*, Rapport du comité de santé mentale du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- DORVIL, H., GAGNÉ, J., 1992, La délicate cohabitation du communautaire et de l'institutionnel en santé mentale, Entrevue avec le ministre Marc-Yvan Côté, *Nouvelles pratiques sociales*, 1, 7-23.
- FORTIN, J. P., GROLEAU, G., LEMIEUX, V., O'NEIL, M., LAMARCHE, P., 1994, *L'action intersectorielle en santé*, Université Laval et équipes de recherche en organisation et évaluation de services de santé de la Direction régionale de Santé publique de Québec.
- GAGNÉ, M., PARENTEAU, J. L., 1999, Équipe MRC : Nouvelle configuration des équipes de réinsertion en santé mentale, *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 18, 2, 99-111.
- GAGNÉ, M., 1997, *Équipe de réinsertion en santé mentale : description de trois équipes MRC et identification des conditions facilitantes et des obstacles à la collaboration entre les membres des équipes MRC*. Mémoire de maîtrise en psychologie, Université Laval.
- GRAVEL, R. J., 1994, *La méthodologie du questionnaire : guide à l'usage de l'enquêteur*, Édition Bo-pré.
- GRAVEL, R. J., 1986, *La méthodologie du questionnaire : guide méthodologique de la recherche*, 2^e éd., Presse de l'Université du Québec.
- JOBIN, L., PARENTEAU, J. L., 1996, *Bilan du plan régional d'organisation de services*. Document de la Régie régionale de Chaudière-Appalaches, 1996, 36 pages.
- LAMOUREUX, J., 1994, *Le partenariat à l'épreuve*, Édition St-Martin.

ABSTRACT

Mental health teams in the Chaudières-Appalaches region : Evaluation of a networking experience

This article examines how the Chaudière-Appalaches region has benefited of its particular situation during its creation in 1994 as well as

of the health system's reform to develop partnerships in mental health and networking of services in rehabilitation. The author examines how this partnership is closely linked to the development of the concept of empowerment. He then describes in more details the creation of the model of teams in the Chaudière-Appalaches region and networking of these teams. Finally, he evaluates how these teams function in order to identify benefits and limits of networking, factors that favor its functioning and obstacles to the establishment of a true partnership.

RESUMEN

Los equipos MRC en salud mental en la región Chaudière-Appalaches. Balance de una experiencia de puesta en red

Este artículo examina como profitó la región Chaudière-Appalaches de su situación particular desde su creación en 1994 y de sus trabajos de transformación de la red de la salud para desarrollar una colaboración en salud mental y la puesta en red del conjunto de servicios de readaptación. El autor examina como la colaboración en salud mental esta ligada de manera estrecha al desarrollo del concepto de re-appropriación del poder. Relata despues con más detalles el nacimiento del modelo de equipos MRC en Chaudière-Appalaches y describe lo que constituye un equipo en red. Traza el balance del funcionamiento de los equipos para identificar las ganancias y las limites de la puesta en red, los factores favorables a su funcionamiento y los obstáculos al establecimiento de una verdadera colaboración.

RESUMO

Equipes MRC em saúde mental na região de Chaudière-Appalaches. Relatório sobre a experiência de criação de rede

Este artigo analisa como a região de Chaudière-Appalaches aproveitou sua situação específica na época de sua criação em 1994 e os trabalhos de transformação da rede de saúde para desenvolver a parceria em saúde mental e a criação de uma rede de todos os serviços de readaptação. O autor analisa como a parceria em saúde mental está intimamente ligada ao desenvolvimento do conceito de reapropriação do poder. Ele relata em seguida, mais detalhadamente, a criação do modelo de equipes MRC em Chaudière-Appalaches e descreve o que constitui uma equipe em rede. Ele apresenta em seguida um relatório sobre o funcionamento das equipes para identificar as conquistas e os limites do estabelecimento da rede, os fatores que favorecem seu funcionamento e os obstáculos à instituição de uma parceria legítima.