

Article

« L'intégration des services de santé mentale de première ligne. Étude du modèle développé à la Clinique communautaire de Pointe-St-Charles »

Michel Perreault, Jocelyne Bernier, Hélène Tardif et Céline Mercier

Santé mentale au Québec, vol. 24, n° 2, 1999, p. 28-51.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/013011ar>

DOI: 10.7202/013011ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

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 à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

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. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org



L'intégration des services de santé mentale de première ligne. Étude du modèle développé à la Clinique communautaire de Pointe-St-Charles

Michel Perreault*

Jocelyne Bernier**

Hélène Tardif***

Céline Mercier****

L'examen d'une expérience de collaboration établie depuis 25 ans entre la Clinique communautaire de Pointe-St-Charles, qui a un mandat de Centre local de services communautaires, et l'hôpital Douglas, un centre spécialisé en psychiatrie, a permis de documenter un mode de partenariat particulier pour des services de santé mentale destinés à des adultes. Avec le soutien d'une équipe de consultants en psychiatrie disponible sur place, les professionnels¹ des équipes multidisciplinaires de première ligne sont responsables du plan de traitement établi et assurent un suivi de longue durée, si nécessaire. L'approche d'intervention mise également sur l'enracinement de cette Clinique dans le quartier et sur une tradition de collaboration avec plusieurs organismes communautaires qui accueillent les personnes suivies à cette clinique. Ce modèle d'organisation est soumis à des pressions, vu les transformations dans le réseau de la santé et des services sociaux. Cette étude, réalisée durant la période de reconfiguration des services de santé au Québec, a permis d'apporter un éclairage sur les conditions de réalisation du modèle d'intervention à la Clinique communautaire de Pointe-St-Charles et d'identifier des pistes d'amélioration, en considérant le point de vue des usagers et celui des professionnels impliqués.

* Chercheur à l'hôpital Douglas et professeur adjoint au Département de psychiatrie, Université McGill.

** Coordinatrice générale de la Clinique communautaire de Pointe-St-Charles au moment de l'étude.

*** Chef de service intérimaire, Formation et recherche en soins infirmiers, Hôpital Douglas.

**** Chercheure, directrice de l'axe sur l'évaluation des services, Centre de recherche de l'hôpital Douglas et professeure agrégée, Département de psychiatrie, Université McGill.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier Mme Lise Grenier, assistante de recherche, pour sa participation à toutes les étapes de la réalisation de la recherche, ainsi que le personnel de la Clinique communautaire de Pointe-St-Charles pour sa participation, et tout spécialement M^{mes} Lucie Montpetit, Danielle Esterez et Nicole Beaudry, pour leur contribution particulière. Il importe de remercier aussi les consultants de l'hôpital Douglas qui ont participé au projet ainsi que tous les usagers qui ont accepté de participer aux entrevues. Ce projet a

Au Québec, l'expérience de la désinstitutionnalisation en santé mentale a connu d'importantes difficultés de parcours, notamment en ce qui a trait aux services destinés aux personnes souffrant de troubles graves et persistants. Malgré les orientations formulées dans la Politique de santé mentale (1989)², les efforts pour développer la coordination entre les services de santé mentale dans la communauté et les services spécialisés n'ont pas donné les résultats escomptés, tel que relaté au bilan de l'expérience de planification régionale en santé mentale dans la région de l'Outaouais :

Très souvent, les personnes les plus démunies n'étaient pas prioritairement desservies. Les services à leur intention étaient souvent fragmentaires, cloisonnés, mal coordonnés, trop peu développés, faute souvent de connaître leurs réalités et les moyens nécessaires pour répondre à leurs besoins. Ce volet de services en santé mentale tant au plan de l'accessibilité que de la variété et de la continuité évoluait plus lentement alors que des gains révélateurs se faisaient sentir dans les autres secteurs prévus (Boyer, 1995).

La réorganisation des services vers le milieu de vie a souvent été plus que timide dans les services hospitaliers (Corin, 1990). De plus, la réinsertion de ces personnes dans la communauté a favorisé le développement de services issus d'une multitude d'organismes très différents des grands centres psychiatriques isolés où l'on offrait auparavant l'ensemble des services de façon centralisée et intégrée. L'expérience de partenariat vécue dans le processus de désinstitutionnalisation fut le terrain d'un affrontement entre deux cultures différentes, celle du réseau public et celle des ressources alternatives issues de la communauté (Lamoureux, 1994). Les tentatives pour coordonner les services entre les différents organismes concernés ne dépendaient que de mécanismes volontaires, permettant à chacun de maintenir son autonomie. D'ailleurs, selon Tausig (1987), les problèmes majeurs de coordination qui apparaissent généralement dans le système des services de santé mentale seraient attribuables à la façon dont chacun des organismes impliqués tient à maintenir ses prérogatives quant à la définition du problème, à l'intervention et aux priorités d'action.

Ainsi, l'un des problèmes importants, au Québec comme ailleurs, est la fragmentation des interventions, identifiée comme une des

été réalisé grâce au soutien financier du programme subventions pour projets d'intervention, d'études et d'analyses en santé communautaire de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre.

entraves à la distribution efficace des services (Conroy, 1977 ; Turner et Tenhoo, 1978 ; Tessler et Goodman, 1982). Dans le contexte canadien, Wasylenky et Goering (1992) parlent même des « trois solitudes » que sont l'hôpital psychiatrique, le département de psychiatrie de l'hôpital général et les services de santé mentale dans les communautés pour caractériser le manque de coordination des services. À leur avis, cette situation a pour conséquence l'absence de continuité et d'imputabilité dans la prestation de soins intégraux.

Le Plan d'organisation des services de santé mentale de la région de Montréal (1990) a reconnu également l'existence d'une « zone grise » entre les Centres locaux de services communautaires (CLSC) et les différents dispensateurs de services, soulignant

l'importance d'expérimentations sur le terrain [...] pour en arriver à une meilleure compréhension et une plus grande spécificité du rôle des acteurs concernés (1990, 83).

Un défi majeur de l'implantation du *Plan d'action pour la transformation des services en santé mentale* (1998) est donc d'assurer la complémentarité entre les services de première ligne, les services spécialisés et les ressources communautaires afin d'offrir une gamme complète de services bien articulés. Comme le souligne Corin,

le principe de la continuité des services exige une réinvention des rapports non seulement au sein des équipes multidisciplinaires œuvrant au sein des institutions hospitalières, mais également dans les rapports des équipes avec les intervenants du milieu socio-communautaire et avec les groupes alternatifs qui se développent à partir de la communauté (1990, 234).

Cette continuité repose sur le développement d'un large partenariat impliquant les services de santé, les proches de la personne et le réseau communautaire.

Beaucoup de travail reste à faire pour lever les obstacles à l'intégration sociale des personnes souffrant de maladie mentale grave et pour soutenir les communautés locales, car le maintien des liens d'une personne souffrant de telle maladie avec son entourage est un élément d'autant plus important que le risque de rupture est grand, avec en conséquence l'isolement de la personne (Poulin et Lévesque, 1995).

La présente étude porte sur le mode d'intervention développé à la Clinique communautaire de Pointe-St-Charles en concertation avec l'hôpital Douglas. Elle offre l'occasion de mieux définir un modèle qui

s'inscrit dans le mouvement de reconfiguration des services vers la première ligne dans le champ de la santé mentale, mais qui doit également s'ajuster aux pressions créées par les transformations dans l'organisation des services en santé physique et dans l'intervention sociale³. Cette étude vise à 1) décrire le modèle d'intervention développé à Pointe-St-Charles ; 2) à en préciser le contexte d'implantation ; et 3) à présenter les perceptions des gens qui utilisent les services et celles des professionnels qui les dispensent.

Le modèle d'intervention en santé mentale à Pointe-St-Charles

Pour apprécier l'intervention en santé mentale réalisée à la Clinique communautaire de Pointe-St-Charles, l'approche d'intervention et le mode d'organisation des services ont été documentés en regard des principes qui les sous-tendent et à la lumière de l'expérience décrite par les intervenants qui assurent les services.

L'approche d'intervention

Dès le début de la Clinique de Pointe-St-Charles, à la fin des années soixante⁴, l'approche d'intervention préconisait une médecine sociale basée sur la prise en charge par les citoyens de leur santé. L'intervention ne faisait pas la distinction entre santé mentale et physique pour privilégier une « approche globale et communautaire » intégrant les soins curatifs et les activités de prévention et de promotion de la santé. Dans l'application du modèle initial, le professionnel qui recevait une personne en consultation assurait un suivi tout au long de son parcours d'utilisation des services, peu importe le type de soins requis. La Clinique favorisait aussi l'implication du personnel dans la communauté pour qu'il assimile et partage les valeurs sociales du milieu.

Un document interne datant du début des années 1980 résume des principes de base de l'intervention en santé mentale, notamment le fait que :

les problèmes de santé mentale sont étroitement liés à des facteurs personnels et à des conditions de vie difficiles, ce qui inclut tout le volet psychosocial [...]; [ces problèmes] se vivent dans les familles, avec les voisins, dans le quartier et c'est dans le quartier qu'il faut autant que possible s'en occuper [...]. La prise en charge par la personne aux prises avec un problème de santé mentale est un des objectifs d'intervention [...]. Quant au travail de prévention, de réinsertion et de maintien dans la communauté, il se fait en collaboration avec les organismes communautaires [...]⁵.

Durant les années 1980, la Clinique a soutenu activement, de ses propres ressources, le développement d'une ressource alternative autonome en santé mentale, Action Santé⁶, et d'une ressource d'hébergement sans but lucratif pour les personnes qui ont des problèmes de santé mentale, Oasis. De plus, les intervenants de première ligne et les membres de l'équipe de consultants en santé mentale ont participé à des activités ou à des rencontres d'échange portant sur ces problématiques de santé, dans divers groupes communautaires du quartier. Depuis la reconfiguration des services, qui s'est accentuée en 1995, la charge de travail des professionnels ne permet plus, selon leur expérience, d'assurer une présence aussi active dans le milieu.

Cette approche d'intervention comporte plusieurs points de convergence avec le «case management» (Bachrach, 1993; Harris et Bergman, 1988; Arana *et al.*, 1991); elle assure non seulement une continuité dans le traitement, mais également dans la relation avec les professionnels, telle que définie par Harris et Bergman :

This aspect further extends the personal aspects of continuity of care⁷... Caring not only perpetuates the bond between the patient and clinician but it also provides the patient with a model for successful human interaction outside the mental health service setting (1988, 58).

Le mode d'intervention proposé par la Clinique de Pointe-St-Charles partage également des valeurs de l'approche communautaire comme l'accueil, la solidarité, l'entraide et l'interaction avec la communauté (Chaume, 1988; Lamoureux, 1994; Mercier et White, 1995; Gingras, 1991). Cette approche se traduit par l'attention portée à l'accueil par l'ensemble du personnel et par la préoccupation de maintenir l'interaction avec la communauté et l'appui auprès des ressources du milieu.

Toutefois, l'actualisation de cette approche en santé mentale est affectée par les demandes accrues liées aux transformations dans le réseau de la santé et par les changements qui ont été apportés dans l'organisation des services.

L'organisation des services

La Clinique de Pointe-St-Charles a opté pour un mode d'organisation où les services en santé mentale sont complètement intégrés aux services de base en santé et services sociaux. Ces services sont assurés par des équipes multidisciplinaires qui interviennent auprès des familles (équipe enfance – famille), des jeunes (équipe jeunesse), des adultes (équipe adultes), des personnes âgées (équipe personnes âgées) et des

personnes de tout âge qui ont besoin de soutien à domicile (équipe maintien à domicile)⁸. Ce modèle se distingue des services de santé mentale en CLSC qui ont fait l'objet d'évaluation en contexte québécois et sont constitués d'équipes de première ligne spécialisées en santé mentale (Mercier et Desbiens, 1989; Cormier *et al.*, 1990; White *et al.*, 1993; Mercier et Guillemette, 1995).

L'organisation des services de première ligne à la Clinique a cependant été modifiée il y a quelques années, pour s'ajuster aux nombreux transferts de responsabilités vers les CLSC dans le contexte du virage ambulatoire. Il s'agit d'une série de mesures commandées par le ministère et destinées à recentrer davantage les services vers le maintien dans la communauté plutôt que vers les établissements de deuxième et de troisième lignes. En raison d'un accroissement de la demande de services et d'une volonté de maintenir un accès rapide et d'éviter des listes d'attente, un service d'accueil-évaluation-référence a été créé à la Clinique en avril 1995, tout en conservant une seule porte d'entrée pour toutes les demandes. Ce service traite les nouvelles demandes, y compris celles des personnes qui n'ont pas bénéficié d'intervention depuis plus de six mois, à l'exception des personnes qui ont des rendez-vous de suivi périodique, ce qui peut être le cas pour les personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale à long terme. Après quelques rencontres d'évaluation, les personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale sont orientées vers les équipes de première ligne, sans distinction entre les problèmes de santé physique ou mentale.

C'est alors qu'un professionnel agit comme intervenant principal auprès de la personne qui consulte pour des troubles graves. Au besoin, cette personne peut bénéficier d'un suivi conjoint, impliquant une infirmière et une intervenante sociale, qui ne se limitent pas à traiter ses problèmes de santé mentale, mais répondent à ses différents besoins psychosociaux et s'impliquent dans un suivi à long terme. Cette organisation de services vise à faire de la Clinique un point de stabilité et de référence en vue de maintenir une relation significative avec la personne qui consulte, de l'accompagner dans différents aspects de sa vie et de faciliter son intégration dans la communauté locale.

Si une consultation spécialisée s'avère nécessaire, une rencontre d'évaluation avec l'équipe de consultants provenant de l'hôpital Douglas est planifiée. Les intervenants des équipes de première ligne y participent et peuvent discuter du plan de traitement avec ces consultants en psychiatrie.

Le rôle des intervenants spécialisés de l'équipe de consultants provenant de l'hôpital Douglas diffère également de la pratique de la

plupart des équipes externes en psychiatrie. Il s'inspire de l'orientation prônée par l'Organisation mondiale de la santé concernant l'intégration d'une composante santé mentale dans les soins de santé primaire :

Des activités aux niveaux secondaire et tertiaire doivent venir appuyer les activités conduites au niveau des soins de santé primaires, le rôle de supervision étant confié à des spécialistes confirmés de la santé mentale [...]. Il faut que les spécialistes comprennent que leur rôle se situe de plus en plus au niveau de l'éducation, de la consultation, de la supervision, de la recherche et de l'évaluation, sans pour autant qu'ils perdent leur importance lorsqu'il s'agit de diagnostiquer et traiter les cas les plus complexes et réfractaires (O.M.S., 1990, 41- 46).

Dans cette organisation des services, la décentralisation des services de consultation spécialisés en psychiatrie et leur intégration aux services de base ainsi que le suivi par les intervenants des équipes multidisciplinaires de première ligne visent à favoriser l'accessibilité des services, telle que définie par Bachrach :

Individuals cannot find true continuity of care if they are unable to reach the service system in the first place. Geographical, financial and psychological barriers that prevent patients from having access to services must then be eliminated (1993, 466).

Lors d'une hospitalisation à l'hôpital Douglas de patients suivis à la Clinique, des liens directs sont assurés entre les services internes de l'hôpital et les intervenants des équipes de base impliqués avec la personne traitée. Dans le passé, ces liens étaient établis à travers la participation des professionnels de première ligne aux discussions de cas organisées dans les départements de l'hôpital. Maintenant, le relais avec les services internes de Douglas est assuré par les consultants affectés à la Clinique, ou par contact téléphonique direct, avant le congé, avec l'intervenant principal qui assure le suivi de la personne dans son milieu de vie. Cette liaison est complétée par la participation périodique de la responsable des services en santé mentale de la Clinique au comité de coordination clinique du Centre de psychiatrie communautaire de l'hôpital Douglas.

Les modes de liaison avec les services hospitaliers ont également pour but d'assurer la continuité du traitement, telle que définie par Tremblay :

Les différentes clientèles cibles doivent pouvoir circuler dans les trajectoires de services de façon ininterrompue et

coordonnée grâce à des mécanismes de liaison établis entre les différentes ressources. Pour certaines clientèles, ces services sont encadrés par un plan de services individualisé (1994, 8).

Cette collaboration entre des services spécialisés et des services de base en première ligne s'est longtemps poursuivie dans un cadre informel. Un contrat de services professionnels, signé en 1994, est venu préciser les mandats et responsabilités respectifs des deux établissements, les responsabilités conjointes, les ressources humaines, matérielles et financières fournies par chacune des parties ainsi que les dispositions administratives nécessaires au bon fonctionnement des services. Ce contrat vient formaliser un fonctionnement existant depuis plusieurs années, et qui a été traversé par maints débats sur les ressources nécessaires et sur la responsabilité des budgets de psychiatrie dans ce territoire. Il contribue à baliser la complémentarité des services de chaque établissement dans un cadre d'organisation des services où les rôles des intervenants et des établissements sont spécifiques au sein de la gamme de services et articulés de façon à éviter les vacuum et les dédoublements (Tremblay, 1994).

La Clinique a aussi une tradition de collaboration avec plusieurs groupes populaires issus du milieu qui se montrent ouverts à accueillir des personnes souffrant de problèmes de santé mentale graves⁹. Mais dans la foulée du « virage ambulatoire » la présence des intervenants de la Clinique aux activités communautaires a été considérablement réduite avec l'augmentation des demandes de services individuels de type curatif.

Ces ajustements dans l'organisation des services et les réactions qu'ils suscitent tant chez les usagers que chez les professionnels soulèvent la question des conditions de réalisation de ce modèle. C'est pour mieux connaître ce contexte d'implantation que la recherche a retracé l'évolution historique de ce mode de collaboration et fait une analyse des données d'utilisation des services.

Le contexte d'implantation et l'utilisation des services

L'implantation des services de santé mentale à la Clinique de Pointe-St-Charles, en collaboration avec l'hôpital Douglas, remonte à la fin des années 1960, soit avant le développement du réseau des CLSC. Au début, la Clinique disposait de peu de ressources et l'organisme œuvrait dans un contexte où les frontières organisationnelles étaient beaucoup plus floues, sans mandat précis pour les différents établissements. Il s'agissait donc d'une orientation de services relevant d'une

initiative locale qui se réalisait dans un cadre informel, reposant sur des liens personnalisés entre professionnels des deux établissements, et sur un leadership partagé au plan médical entre des psychiatres de l'hôpital et des omnipraticiens de la clinique.

Ce modèle d'organisation, qui fonctionne depuis plus de 25 ans, a traversé de nombreuses restructurations dans un réseau de santé et de services sociaux marqué par des changements structurels, des orientations fluctuantes et l'absence de ligne directrice homogène et continue dans les mécanismes d'implantation de services et de distribution des ressources dans les CLSC. L'attribution financière par programme y est aussi relativement récente et n'a pas non plus été déterminée selon une méthode unique et balisée par des paramètres communs, de sorte que subsistent des écarts significatifs entre CLSC quant aux budgets et à la gamme de services en santé mentale. Ce contexte ainsi que l'orientation d'organisation des services de santé mentale à Pointe-St Charles font en sorte qu'il n'y a pas d'allocation budgétaire identifiée spécifiquement aux services de santé mentale, bien que la Clinique, tout comme les CLSC de la « première génération¹⁰ », bénéficie d'une base budgétaire plus importante que les CLSC de création récente.

Par ailleurs, la dynamique communautaire qui a marqué l'histoire particulière de la Clinique de Pointe-St-Charles dans le réseau des CLSC ainsi que le maintien d'une marge d'autonomie locale ont probablement contribué à une notoriété et à une pénétration significatives dans le milieu, comparativement à la moyenne des CLSC. Ainsi, le rapport annuel 1996-1997 de la Clinique indique que 5 270 usagers différents ont reçu des services durant l'année écoulée, ce qui représente 41,3 % de la population de Pointe-St-Charles, soit 13 110 citoyennes et citoyens (Statistique Canada, recensement de 1991). Selon le même rapport, l'augmentation de l'ordre de 7 % du nombre des usagers qui ont reçu des services de la Clinique par rapport à l'année précédente, est liée aux transformations dans le réseau. Cette réalité se reflète également dans la répartition des interventions entre les équipes de services car plus d'une intervention sur cinq (21 %) est réalisée au service d'accueil ; près de la moitié des interventions (43 %) se font en maintien à domicile ; et les autres équipes de services comptent chacune pour 5 % à 10 % des interventions.

Le nombre d'interventions en santé mentale connaît aussi une progression, moins marquée, mais qui pourrait s'accroître avec la mise en œuvre du *Plan d'action pour la transformation des services en santé mentale* (1998). Ce plan prévoit d'inverser la proportion de ressources consacrées à l'hospitalisation et au milieu de vie (actuellement 60 %

pour les soins internes et 40 % pour les soins dans la communauté). À la Clinique communautaire, la majorité des interventions en santé mentale se retrouve à l'équipe de services aux adultes. Au rapport annuel, 30 % du total des interventions réalisées par cette équipe traitent des problèmes de santé mentale. Il faut aussi souligner que, pour la même année, 15 % des interventions de l'équipe jeunesse, qui s'adresse aux personnes de 15 à 30 ans, concernent des problèmes de santé mentale.

Pour ce qui est des diagnostics de troubles mentaux retenus dans cette étude ¹¹, les données tirées du Système d'information sur la clientèle (S.I.C.) pour l'année 1995-1996 révèlent que l'équipe de services aux adultes a réalisé 50 % des interventions reliées aux diagnostics retenus dans l'étude. Ces interventions ont été effectuées auprès de 407 personnes différentes. L'équipe jeunesse a effectué 15 % des interventions liées à ces diagnostics, desservant ainsi 129 personnes distinctes.

Quant aux demandes de consultation spécialisées auprès de l'équipe de Douglas affectée à la Clinique, les données du S.I.C. portant sur les diagnostics retenus pour cette recherche, indiquent que les professionnels de l'équipe de services aux adultes consultent pour plus de la moitié (55 %) de leurs usagers qui ont des troubles graves tandis qu'ils ne font appel aux consultants que pour 16 % des personnes qui ont des problèmes transitoires. De même, l'équipe jeunesse demande des consultations pour 45 % de ses usagers souffrant de troubles graves et pour 7 % de ceux qui ont des problèmes transitoires.

Le point de vue des usagers sur les services en santé mentale

Méthodologie

Le point de vue des personnes qui utilisent les services de santé mentale de la Clinique communautaire de Pointe-St-Charles a été documenté auprès d'un échantillon de 47 personnes. Ces participants ont été sélectionnés de manière aléatoire parmi les dossiers actifs. On y retrouve des gens qui reçoivent des services depuis plus de deux ans (n : 30) et d'autres dont le suivi avait débuté depuis moins de six mois au moment de l'étude (n : 17). L'âge des participants variait entre 24 et 63 ans ; 34 % d'entre eux souffraient de schizophrénie, 25,5 % présentaient des troubles affectifs, 16% des troubles de personnalité, 6,5 % connaissaient des problèmes situationnels, 4 % d'autres psychoses, et 2 % avaient des idées ou comportements suicidaires. De plus, onze personnes qui ont cessé leur suivi après une ou deux rencontres avec des professionnels de la Clinique ont été interrogées par téléphone pour

connaître leur satisfaction ou insatisfaction à l'égard des services reçus. Nous en traiterons plus loin.

Une première entrevue a été réalisée pour connaître les requêtes de service des 47 personnes suivies régulièrement. Puis, leur trajectoire d'utilisation des diverses ressources a été enregistrée pendant une période de quatre mois, soit entre janvier et août 1997 ; un appel téléphonique par mois auprès d'elles avait pour but de vérifier précisément leur utilisation des services en santé mentale et des services communautaires. Ces informations étaient répertoriées à l'aide d'une fiche incluant une liste de 22 organismes : ressources alternatives en santé mentale, ressources communautaires, ressources de l'hôpital Douglas, médecins en pratique privée ou services de la Clinique. Au terme de cette période, une deuxième entrevue a été réalisée pour connaître leur satisfaction à l'égard des services reçus.

Les *requêtes des usagers* ont été documentées de manière quantitative à l'aide de la version française de Perreault *et al.* (1996) du *Patient Request Form* (PRF) de Wood et Swanson. Il s'agit d'un questionnaire basé sur des échelles de type Likert en 4 points, comprenant 14 items tirés du PRF, 8 repris de la version adaptée et 16 élaborés par les auteurs pour tenir compte de la réalité du milieu. Ce questionnaire permet de discriminer quatre catégories de requêtes de la part des usagers : celles reliées à la psychothérapie¹², à une intervention médicale, à une intervention sociale ou à une démarche de type « administratif » (par exemple, formulaires à remplir).

La *satisfaction à l'égard des services reçus* a été investiguée dans une deuxième entrevue à l'aide de différents outils. La version française du CSQ-8 (*Client Satisfaction Questionnaire*) de Larsen *et al.* (1979) a été utilisée pour apprécier la satisfaction générale à l'égard des services reçus. La satisfaction à l'égard de dimensions spécifiques des services a été évaluée à l'aide d'un questionnaire d'opinion sur les services externes (QOSE) développé dans les cliniques externes du Centre de psychiatrie communautaire (C.P.C.) de l'hôpital Douglas et validé auprès de 464 usagers (Perreault et Leichner, 1990). Il s'agit d'un questionnaire comportant 21 items couvrant 5 dimensions distinctes des services : compréhension du thérapeute, intérêt et attitude de ce dernier, accessibilité des services, explication sur les services et le traitement, ambiance et accueil. De plus, quatre questions ouvertes visaient à vérifier l'accès au spécialiste de son choix, la satisfaction et les améliorations suggérées ; les réponses obtenues ont fait l'objet d'une analyse de contenu. Enfin, la version française du PRF de Perreault *et al.* (1996) utilisée à la première entrevue a été réadministrée au cours de la seconde.

La recherche a aussi permis d'interroger par téléphone quelques personnes qui n'ont pas maintenu de suivi après une ou quelques rencontres à la Clinique ; le questionnaire était plus court et composé de deux échelles mesurant la satisfaction, soit le « QOSE » et le « CSQ ».

Résultats

Les personnes qui utilisent les services

Les *trajectoires d'utilisation des services* ont montré qu'au cours de la période de l'étude, les 47 personnes ayant participé à l'étude ont effectué un total de 136 visites auprès de 23 organismes du quartier. De plus, 83 % d'entre elles ont eu recours aux consultants de l'hôpital Douglas présents à la Clinique, 44 % ont eu un rendez-vous avec leur médecin omnipraticien, 13 % ont utilisé les services de l'urgence psychiatrique, deux personnes ont fréquenté l'hôpital de jour et deux autres ont été hospitalisées pendant cette période. Fait à noter, les personnes qui ont participé à l'étude ont fréquenté davantage les organismes communautaires du quartier que les ressources en santé mentale, qu'il s'agisse de ressources alternatives ou institutionnelles¹³.

L'examen des *requêtes de services* les plus fréquemment mentionnées parmi une quarantaine d'énoncés révèle que les personnes qui souffrent de troubles graves, et s'adressent à la Clinique, recherchent surtout un soutien de nature psychosociale ; elles désirent comprendre et contrôler ce qu'elles ressentent, et comptent sur l'assurance de rencontrer des gens qui les comprennent. De plus, 60 % d'entre elles recherchent une aide de longue durée.

En général, les services reçus semblent répondre aux attentes des usagers. Les *taux de satisfaction* les plus élevés concernent l'accessibilité des services de première ligne et la qualité de la relation avec leur intervenant principal. Concernant l'accessibilité des services de base, 83 % des personnes interrogées trouvent qu'elles ont facilement accès à leur intervenant et 95 % mentionnent le fait qu'elles n'ont pas eu à changer d'intervenant. De plus, l'ensemble des personnes interrogées se disent satisfaites de l'accueil reçu et de la manière dont leur intervenant les comprend ; 97 % apprécient l'ambiance et la façon dont les secrétaires répondent au téléphone ou en personne. Au sujet de la relation avec leur intervenant principal, 95 % expriment de la satisfaction pour la durée des rencontres et pour l'intérêt qui leur est porté ; 85 % considèrent avoir une très bonne compréhension de la part du personnel et 82 % trouvent le « traitement pour leurs nerfs » efficace. Dans les questions ouvertes, les commentaires positifs sur les résultats des

interventions et sur les qualités professionnelles des intervenants et leur façon d'être, sont fréquents.

Des *insatisfactions* sont exprimées en regard de l'accès à des services plus spécialisés, en particulier les spécialistes en santé mentale et les médecins : 31,7 % des personnes interrogées considèrent difficile de rencontrer le professionnel de leur choix lorsqu'elles en sentent le besoin, 23,5 % jugent difficile l'accès au psychiatre ou à un spécialiste en santé mentale et 21,4 % l'accès à un médecin. De même, on constate que 30 % des participants disent qu'il a été difficile de recevoir l'aide dont ils avaient besoin pour contrôler les voix ou éliminer les visions qui les dérangent et 29,7 % croient qu'ils ont manqué d'information sur les effets des médicaments. Parmi les améliorations souhaitées au plan de l'accessibilité, les participants désirent que les services de la Clinique soient plus connus et ouverts les fins de semaine et qu'il y ait un meilleur accès au psychiatre et à des services d'un psychologue et d'auxiliaires familiales.

En ce qui concerne la *continuité des services* entre les différents organismes, 90 % des participants estiment qu'il existe une bonne collaboration entre les intervenants des différents organismes, 88 % rapportent que les services en santé mentale de Pointe-St-Charles sont bien organisés et 84 % soulignent aussi qu'il est facile d'obtenir les services d'une ressource en santé mentale lorsqu'ils y sont référés.

Les personnes qui ont interrompu leur suivi

Les résultats obtenus avec le CSQ-8 indiquent que les personnes qui ont interrompu leur suivi à la Clinique se disent globalement satisfaites des services alors que le taux de satisfaction observé varie entre 54 % et 73 % pour chacun des items de l'échelle. Ces taux apparaissent néanmoins sensiblement inférieurs à ceux rapportés par les usagers qui ont continué leur suivi. De manière spécifique, les résultats de la satisfaction des usagers qui n'ont pas continué leur suivi varient entre 70 % et 82 % pour les aspects suivants : 1) la façon dont ils ont été accueillis, 2) la compréhension des intervenants, 3) la façon dont les renseignements qui les concernent sont tenus confidentiels et 4) les explications sur les différents services offerts. Lorsque l'on compare ces motifs d'insatisfaction à ceux des personnes qui ont conservé un suivi, on constate qu'ils coïncident quant à la difficulté de rencontrer le professionnel de leur choix quand elles en ont ressenti le besoin. Cependant, certaines sources d'insatisfaction diffèrent : pour plus du quart de ces personnes, la façon dont la Clinique a procédé pour faire l'évaluation de leurs difficultés, la perception que ce qui était désiré lors des rencontres

a été peu compris ou qu'il y avait un manque d'intérêt pour ce qu'elles vivaient et le fait d'avoir à changer trop souvent d'intervenant, sont des sources d'insatisfaction. Considérant que ces nouveaux inscrits ont été orientés vers le service d'accueil pour l'évaluation et la référence, cette nouvelle composante dans l'organisation des services semble susciter des résistances et s'arrimer difficilement avec une organisation de services qui mise sur l'accessibilité et la continuité dans l'intervention.

Le point de vue des professionnels

Méthodologie

Pour documenter le point de vue des intervenants, une série d'entrevues semi-structurées et des *focus groups* ont été menés auprès de neuf professionnels de la Clinique et de huit consultants de l'hôpital Douglas affectés à la Clinique au cours des dix dernières années. Ces consultations visaient à décrire le mode d'intervention utilisé, les conditions de réalisation du partenariat et les améliorations souhaitées. Il faut cependant préciser que cette étude fut réalisée durant une période de transition et de flottements dans l'équipe de consultants affectés à la Clinique et que certaines observations peuvent être accentuées par cette instabilité temporaire, sans toutefois invalider les tendances qui se dégagent¹⁴.

Perspective des intervenants de la clinique

Le point de vue des intervenants en regard du partenariat a été documenté par le biais d'un *focus group*. Un groupe de discussion a été formé avec sept intervenants de la clinique, soit trois infirmières et quatre intervenants sociaux provenant du service d'accueil et des équipes-clientèle enfance-famille, jeunesse et adulte. La discussion d'une durée de près de trois heures a été enregistrée. La rencontre a eu lieu à la clinique et a été dirigée par l'équipe de recherche. Les propos ont été notés et les enregistrements transmis à l'assistante de recherche. Les échanges ont porté sur l'organisation des services et le partenariat. L'ensemble des propos recueillis lors du premier focus group (auprès des intervenants) a fait l'objet d'un compte rendu dégageant quatre différents thèmes abordés et réunissant les principaux commentaires. Par la suite, ce bilan a été remis aux participants, lesquels ont été invités à répondre par écrit et, dans certains cas, verbalement, à six questions. Cette démarche avait pour but de valider et de préciser la pratique courante. Les propos rapportés lors de cette rétroaction ont donné lieu à un deuxième résumé (voir résultats).

Entrevues individuelles. Parallèlement, deux entrevues individuelles ont été réalisées auprès de deux intervenants de la clinique

n'ayant pu assister au groupe de discussion. Tous les enregistrements ont été écoutés et le verbatim retranscrit. Les propos dégagés ont fait l'objet d'une analyse a posteriori sans grille préétablie.

Perspective des consultants de l'Hôpital Douglas

Les consultants rencontrés étaient au nombre de huit personnes, ils étaient tous en fonction au cours des dix dernières années à la clinique. De ce nombre, trois sont des psychiatres, deux des travailleuses sociales et deux autres des infirmières. Le choix des consultants a été fait en fonction du rôle clé que ces personnes occupent ou ont occupé par le passé à la clinique. Tous les consultants choisis ont accepté de participer aux entrevues. Trois ont été rencontrés dans le cadre de discussion de groupe et les cinq autres en entrevue individuelle.

Focus group. En ce qui a trait aux consultants, un focus group avec les trois consultants en poste à la clinique au cours de l'étude a permis de documenter le partenariat. Un résumé a été remis à deux des trois consultants (un des trois consultants était absent pour un mois), ce qui a permis de valider l'ensemble des propos tenus. Les commentaires apportés ont été ajoutés dans le résumé.

Entrevues individuelles. Également, le point de vue de sept personnes ayant déjà été consultantes a été évalué. Cette démarche a été menée à l'aide d'entrevues individuelles. Tous les enregistrements ont fait l'objet de transcription pour l'analyse de contenu. Une procédure identique a été utilisée tant pour les entrevues individuelles (intervenants) que pour celles mentionnées ci-dessus.

Résultats

L'analyse des commentaires des intervenants de la Clinique et des consultants de l'hôpital Douglas fait ressortir plusieurs points de convergence : selon l'avis des deux groupes d'intervenants, 1) les principes et fondements du modèle d'intervention utilisé à la Clinique se maintiennent à travers les années en dépit de nombreux changements ; 2) ce modèle leur semble approprié pour bien desservir les personnes qui ont des problèmes graves de santé mentale et 3) la distribution des services s'est maintenue de façon satisfaisante malgré l'augmentation des demandes, en grande partie à cause de la prise en charge qui revient aux intervenants de première ligne.

Le recours plus fréquent à l'hospitalisation au moment de l'étude est attribué par certains intervenants au contexte instable dans l'équipe de consultants à ce moment et à la réorganisation dans le réseau de la santé. Il pourrait toutefois signifier un changement dans l'opération-

nalisation du modèle comme certains informateurs clés, qui ont déjà travaillé à la clinique comme consultants, le laisseraient entendre : « La différence entre la clinique et les CLSC tend à s'amenuiser [...] même si l'intégration du social et du communautaire y est plus présente. » La plupart des participants semble croire, cependant, que la pratique actuelle – si elle apparaît différente de l'intervention communautaire traditionnelle de la clinique – est reliée à une situation circonstancielle.

En effet, les propos recueillis par l'ensemble des participants révèlent que les conditions de réalisation de ce modèle sont présentement fragilisées en raison de la disponibilité réduite du personnel. L'implication des médecins omnipraticiens dans les suivis en santé mentale est minime, l'accès aux consultations avec le psychiatre est soumis à des délais qui s'allongent, et la présence des intervenants de première ligne dans les ressources communautaires est de plus en plus rare. D'autre part, certaines modifications dans l'organisation des services, comme la création du service d'accueil, entraînent des transferts plus nombreux entre ce service et les équipes de base. Ces changements peuvent amener dans le modèle d'intervention des discontinuités, qui ont été soulevées par des intervenants de la clinique.

Pour assurer la continuité entre services de première ligne et services spécialisés, le *focus group* des intervenants de la clinique a fait ressortir l'importance de maintenir un niveau adéquat de disponibilité et d'accessibilité aux consultants de l'hôpital, de clarifier les rôles et mandats des partenaires et de veiller à assurer une meilleure articulation entre les différentes ressources. La clarification des rôles et mandats revêt une importance significative ; elle a aussi été évoquée par des consultants de l'hôpital.

Pour le personnel de la Clinique et pour certains consultants de Douglas, la diminution du temps de psychiatre accordé par l'hôpital, compte tenu du nombre important de personnes suivies pour des troubles graves, occasionne des difficultés significatives dans l'application du modèle d'intervention. L'insatisfaction se manifeste quant à l'accès rapide aux consultants, plutôt qu'à leur réceptivité. Certains commentaires d'insatisfaction ont aussi été adressés à l'endroit du rôle de responsable en santé mentale à la Clinique. Le mandat relié à cette fonction de liaison administrative et clinique nécessiterait d'être clarifié, et son rôle, mieux défini selon les intervenants de la clinique. L'actualisation de cette fonction qui a pour but de maintenir le flux des transferts entre les différents services, et d'éviter des goulots d'étranglement entraînant des listes d'attente, n'est pas comprise et appréciée de la même façon, ce qui soulève plusieurs questions chez les intervenants de la Clinique.

Les principales améliorations suggérées par ces intervenants se situent au plan de la liaison et de la transmission de l'information; ils suggèrent de réserver un temps de communication entre les intervenants de première ligne et les consultants présents à la Clinique sur le fonctionnement global des services en santé mentale, d'établir une entente claire avec l'urgence de l'hôpital psychiatrique quant à la communication des informations pertinentes au dossier de l'utilisateur, et d'utiliser une personne-pivot pour effectuer la liaison entre les deux établissements – préoccupation aussi jugée prioritaire par les consultants de l'hôpital. Par ailleurs, la formation continue des intervenants de première ligne en regard des problématiques de santé mentale, et le développement de modalités facilitant le soutien direct offert par les consultants de l'hôpital dans les interventions complexes, sont des éléments considérés essentiels par les intervenants de la clinique pour assurer la qualité des services à des personnes dont les besoins sont nombreux et diversifiés. En ce sens, certains d'entre eux souhaitent l'élaboration, avec l'aide des consultants de l'hôpital, de protocoles d'intervention pour les situations de crise.

L'ensemble des répondants, qu'ils soient de la clinique ou de l'hôpital, s'entendent aussi pour dire que l'implication de la Clinique dans le quartier est un atout important dans l'intervention et elle apparaît comme une condition de base pour le fonctionnement efficace du modèle et pour l'intégration dans la communauté des personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale graves. Un des consultants de l'hôpital décrit ainsi l'application du modèle : « Le suivi se fait au niveau des conditions de logement, au niveau social, politique et économique ; on est sorti d'un regard [axé] uniquement sur la psychopathologie. » L'ensemble des professionnels impliqués semble considérer que ce modèle d'intervention en santé mentale est fort adapté pour les personnes vivant dans la communauté si les ajustements nécessaires pour résoudre les discontinuités de service sont mis en œuvre, même si le modèle diffère du mode d'organisation des services en santé mentale le plus courant dans les CLSC ou les cliniques externes en psychiatrie.

Discussion

Quelle est la pertinence de ce modèle d'intervention dans le contexte actuel ?

Ce modèle d'organisation des services trouve une pertinence dans le contexte du *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale* établi par le ministère de la Santé et des Services sociaux et de la volonté affichée par la Régie régionale de Montréal-Centre

d'amener les établissements à travailler de plus en plus en réseau. Il s'inscrit dans une approche qui transcende certaines frontières entre les établissements dans la prestation des services, de façon à faciliter l'intégration entre les services de première ligne et les services spécialisés en santé mentale.

Pour les personnes qui souffrent de troubles graves de santé mentale, ce modèle peut présenter des avantages appréciables en termes d'accessibilité à la fois géographique et psychologique, bien que l'accessibilité horaire reste plus limitée, notamment les soirs et fins de semaine. Au plan de la continuité des services, les liens personnalisés entre des praticiens de diverses disciplines et de divers milieux, dans le cadre d'une intervention qui se veut globale, paraissent aussi un atout pour favoriser le maintien dans la communauté des personnes démunies.

Dans l'ensemble, ce modèle d'organisation semble répondre aux attentes et aux besoins des personnes qui souffrent de troubles graves et qui vivent dans la communauté. L'accueil qu'elles reçoivent de l'ensemble du personnel est apprécié de même que l'accès facile à un intervenant principal, et la relation qui s'établit dans l'intervention est aussi source de satisfaction notable. Il faut souligner l'appréciation exprimée à l'égard de l'aide professionnelle reçue et de la relation établie avec le personnel des services de première ligne. La stabilité de la relation qui s'établit avec l'intervenant principal représente aussi une expérience appréciée par ces personnes qui ont souvent des difficultés à créer et conserver des contacts interpersonnels. De plus, l'implication des intervenants de première ligne dans les organismes communautaires semble un facteur qui facilite la collaboration et la continuité des services lors des références. Cette orientation d'intégration dans la communauté doit aussi miser sur le réseau naturel de la personne et sur l'information qui peut susciter l'implication active de la personne elle-même dans le plan d'intervention.

Par ailleurs, ce modèle d'intervention peut être fragilisé par diverses contraintes liées aux transformations dans le réseau de la santé et des services sociaux, tant au plan des ajustements rendus nécessaires pour faire face à une demande en croissance rapide, que des pressions vécues par les professionnels sur le terrain. Ainsi, la création du service d'accueil suscite des résistances, notamment chez les nouveaux inscrits, vu l'importance d'une continuité dans les relations qui s'établissent avec les professionnels. Lorsque l'organisation des services implique une multiplication des références, même à l'interne de l'organisme, celles-ci sont perçues comme des discontinuités par ces personnes qui souffrent de troubles de santé mentale.

De plus, l'accès aux services spécialisés est perçu par une partie de la clientèle comme restreint. Les commentaires reçus sont des indices des limites actuelles concernant le temps de disponibilité réduit du psychiatre et l'implication limitée des médecins omnipraticiens dans les services de base en santé mentale, ce qui affecte le travail multidisciplinaire. Du point de vue des intervenants mêmes, le maintien de la qualité des services repose aussi sur l'assurance d'une accessibilité rapide aux consultants lors d'interventions plus complexes, sur une équipe multidisciplinaire complète, incluant des omnipraticiens, et sur une formation continue pour développer les habiletés professionnelles.

Il semble également difficile, selon les commentaires reçus, de maintenir une telle approche dans un contexte où les responsabilités et les mandats des différents établissements sont de plus en plus balisés par des programmes cadres uniformes ; où la présence des médecins omnipraticiens en CLSC reste limitée et où les services de première ligne sont de plus en plus absorbés par les services curatifs, limitant d'autant les disponibilités pour tisser des liens de collaboration avec un réseau d'organismes communautaires susceptibles d'accueillir et d'accompagner les personnes qui souffrent de troubles de santé mentale.

Malgré la situation particulière de la Clinique communautaire de Pointe-St-Charles au plan de son histoire et de sa relation avec le milieu, ce modèle présente un intérêt pour l'arrimage entre une culture communautaire et l'expertise nécessaire au traitement de problèmes complexes et persistants chez plusieurs personnes qui souffrent de maladie mentale. Il permet d'illustrer un des modèles de partenariat que les CLSC peuvent choisir pour assumer un rôle significatif dans le soutien et l'accompagnement de ces personnes dans leur milieu de vie.

Notes

1. Le masculin est utilisé pour seul motif de faciliter la lecture, même si des femmes forment la majorité du personnel.
2. Cette politique privilégie cinq orientations : assurer la primauté de la personne ; accroître la qualité des services ; favoriser l'équité ; rechercher des solutions dans le milieu de vie ; consolider le partenariat.
3. Depuis 1995, les plans de transformation du système de santé et de services sociaux, pilotés par les Régies régionales, sont axés sur un « virage ambulatoire » en santé physique et un « virage milieu » dans l'intervention sociale.
4. La Clinique communautaire de Pointe-St-Charles a été mise sur pied avant l'implantation du système d'assurance-maladie du Québec pour

offrir des services de santé et des services sociaux à une population défavorisée.

5. Clinique communautaire de Pointe-St-Charles, Document sur l'approche en santé mentale, 1980.
6. À l'origine, il s'agissait d'un programme de la Clinique et une démarche a été réalisée avec les participants pour créer une organisation autonome avec son propre conseil d'administration où siègent une majorité d'utilisateurs.
7. Ce terme réfère à l'opposition entre prendre soin de la personne (care) et traiter la maladie (cure).
8. Avec le « virage ambulatoire », ces deux dernières équipes de première ligne ont été fusionnées.
9. Il s'agit notamment des groupes Action Santé, une ressource alternative en santé mentale, Carrefour d'éducation populaire, qui offre des activités de formation et de loisirs pour adultes, St-Columba House, un centre communautaire anglophone qui offre des repas communautaires, du dépannage ou des activités de défense des droits, la Maison du partage, un organisme de dépannage et d'écoute, Madame Prend Congé, un centre de femmes, Regroupement Information-Logement qui travaille à la défense des droits des locataires et à la création de coopératives d'habitation, nombreuses dans ce quartier, incluant Oasis, un OSBL de 14 logements destinés aux personnes qui ont des problèmes de santé mentale. Selon White, Mercier et Roy (1993), les ressources en santé mentale de cette région du sud-ouest de Montréal sont proportionnellement nombreuses et diversifiées et démontrent un plus haut niveau de concertation, en comparaison avec d'autres régions de Montréal. Toutefois, cette région partage la problématique de plusieurs autres secteurs : une accessibilité de plus en plus limitée aux services hospitaliers et des services dans le milieu de vie souvent « débordés » ou engorgés en raison de l'ampleur des soins à offrir aux personnes souffrant de problèmes graves et persistants de santé mentale.
10. Nous nous référons ici aux CLSC créés au milieu des années 1970, notamment dans les quartiers défavorisés du centre-ville de Montréal où s'étaient implantées des cliniques populaires de quartier comme à St-Henri, Centre-Sud, Hochelaga-Maisonneuve, Plateau-Mont-Royal.
11. Les diagnostics retenus aux fins de l'étude sont, pour les problèmes graves : schizophrénie (3304), maladie affective bipolaire – PMD – dépression (3397), troubles de la personnalité (3398) et autres psychoses (3399); pour les problèmes transitoires, il s'agit des diagnostics de problèmes situationnels (3194), comportement suicidaire (3312) et troubles anxieux (3395).

12. La structure factorielle ne permet pas de distinguer différents types de psychothérapies.
13. Des participants, 23 % ont fréquenté St-Columba House, 21 % ont visité le Carrefour d'éducation populaire, 18 % sont allés à Action Santé, 13 % à Madame Prend Congé et 10 % à Action Autonomie.
14. La présentation détaillée de la méthodologie utilisée est rapportée dans Perreault *et al.*, 1999.

RÉFÉRENCES

- ARANA, J. D., HASTINGS, B., HERRON, E., 1991, Continuous care teams in intensive outpatient treatment of chronic mentally ill patients, *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 5, 503-507.
- BACHRACH, L., 1993, Continuity of care approaches to case management for long term mentally ill patients, *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 5, 465-468.
- BOYER, T., 1995, Développer les services destinés aux personnes nécessitant une aide de longue durée, *Santé mentale au Québec*, XX, 1.
- CHAUME, C., 1998, *Les pratiques alternatives en santé mentale au Québec ; un portrait de notre différence*, Ressources alternatives en santé mentale du Québec.
- CONROY, J. W., 1977, Trends in deinstitutionalization of the mentally retarded, *Mental Retardation*, 15, 44-46.
- CORIN, E., BIBEAU, G., MARTIN, J.-C., LAPLANTE, R., 1990, *Comprendre pour soigner autrement : Repères pour régionaliser les services de santé mentale*, Presses de l'Université de Montréal.
- CORMIER, H., GUIMOND, G., VAILLANCOURT, S., ALLARD, L., BERNIER, J., 1990, *Description et évaluation du programme de soutien communautaire du CLSC Portneuf*, Rapport de recherche, Unité de recherche en santé mentale du CHUL et unité de psychiatrie sociale et préventive du Centre de recherche de l'Université Laval-Robert-Giffard en collaboration avec le CLSC Portneuf.
- GINGRAS, P., 1991, *Le traitement en première ligne des demandes individuelles d'aide en CLSC selon une approche communautaire*, Guide de référence, Fédération des CLSC du Québec.
- HARRIS, M., BERGMAN, C., 1988, Case management and continuity of care for the "revolving-door" patient, *New Directions for Mental Health Services*, 19, San Francisco, Jossey Bass, 57-62.

- LAMOUREUX, J., 1994. *Le partenariat à l'épreuve : l'articulation paradoxale des dynamiques institutionnelles et communautaires dans le domaine de la santé mentale*, Éditions Saint-Martin.
- LARSEN, D. L., ATTKISSON, C., HARGREAVES, W. A. NGUYEN, T. D., 1979, Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale, *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.
- MERCIER, C., DESBIENS, F., 1989, *Évaluation de l'implantation des services de santé mentale de première ligne dans les CLSC de l'est de Montréal*, Rapport final, Unité de recherche psychosociale, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, Verdun (Québec).
- MERCIER, C., GUILLEMETTE, A., 1995, *Évaluation des services de base en santé mentale au CLSC Lamater*, Unité de recherche psychosociale, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, Verdun (Québec).
- MERCIER, C., WHITE, D., 1995, La politique de santé mentale et la communautarisation des services, *Santé mentale au Québec* 20, 1, 17-30.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, 1998, *Plan d'action pour une transformation des services en santé mentale*, Publications du Québec.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 1990, *Introduction d'une composante santé mentale dans les soins de santé primaires*, O.M.S., Genève.
- PERREAULT, M., BERNIER, J., TARDIF, H., MERCIER, C., GRENIER, L., 1999, *L'accès aux services en CLSC pour les personnes souffrant de troubles de santé mentale : Étude d'un modèle intégré aux services de base*, Rapport final déposé à la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre, Montréal, 303 p.
- PERREAULT, M., ROGERS, W. L., LEICHNER, P., SABOURIN, S., 1996, Patients' requests and satisfaction with services in an outpatient psychiatric setting, *Psychiatric Services*, 47, 287-292.
- PERREAULT, M., LEICHNER, P., 1990, *Développement et validation d'une échelle multidimensionnelle de satisfaction des patients de services ambulatoires en psychiatrie*.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, 1998, *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, Rapport final déposé au Conseil québécois de la recherche sociale, Québec.
- POULIN, C., LÉVESQUE, M., 1995, *Les déterminants socioculturels des attitudes d'acceptation et de rejet des personnes désinstitutionnalisées chez les Montréalais francophones*, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, ECOHS.

- TAUSIG, M., 1987, Detecting “cracks” in mental health service systems: Application of Network Analytic Techniques, *American Journal of Community Psychology*, 15, 3, 337-351.
- TESSLER, R., GOODMAN, H., 1982, *The Chronically Mentally Ill: Assessing Community Support Programs*, Ballinger Eds, Cambridge, MA.
- TREMBLAY, M., 1994, *La complémentarité entre les équipes de base en santé mentale dans les CLSC et les services spécialisés en clinique externe de psychiatrie dans les centres hospitaliers*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.
- TURNER, J., TENHOOR, W., 1978, The NIMH community support programs: pilot approaches to a needed social reform, *Schizophrenia Bulletin*, 4, 3, 319-349.
- WASYLENKI, D., GOERING, P., MACNAUGHTON, E., 1992, Planning mental health services: 1. Background and key issues, *Canadian Journal of Psychiatry*, 37, 3, 199-206.
- WHITE, D., MERCIER, C., ROY, D., 1993, *Concertation et continuité des soins en santé mentale: trois modèles montréalais*, GRASP, Université de Montréal.
- WOOD, W. D., SWANSON, D. A., 1985, Development and application of criteria for classes of psychotherapy based on patients requests for service, *British Journal of Medical Psychology*, 58, 45-94.

ABSTRACT

Integration of first line mental health services: A study of the model developed at the Pointe-St-Charles Community Clinic

A close examination of the experience of collaboration established over the past 25 years between the Clinique communautaire de Pointe-St-Charles – which has the primary care mandate of a CLSC (local community services), and the Douglas Hospital, a centre specialized in psychiatry, – has allowed to document a particular type of partnership for adult mental health services. With the support of a team of psychiatric consultants, first line multidisciplinary teams of professionals are responsible for the treatment plan established as well as ensuring, if necessary, continuity of long-term care. This approach also counts on the fact this clinic is deeply-rooted in the neighborhood as well as on the tradition of collaboration with many community organizations servicing people treated at this clinic. This model of organization is submitted to pressures caused by the transformation of the health and social services system. This study realized during the transformation period, has

allowed to shed new light on the conditions of realization of the intervention model at the Pointe-St-Charles community clinic and identify points of improvement by considering the perspective of consumers and professionals involved.

RESUMEN

La integración de los servicios de salud mental de primera línea. Estudio del modelo desarrollado por la Clínica comunitaria de Pointe-St-Charles

El examen de una experiencia de colaboración establecido hace 25 años entre la Clínica comunitaria de Pointe-St-Charles que tiene un mandato de Centro local de servicios comunitarios y el Hospital Douglas, un centro especializado en psiquiatría, ha permitido documentar un modo de trabajo conjunto, particular para los servicios de salud mental destinados a adultos. Con el apoyo de un equipo de consultantes en psiquiatría disponibles en el lugar, los profesionales de los equipos multidisciplinarios de primera línea son responsables del plan de tratamiento establecido y aseguran un seguimiento prolongado cuando es necesario. El modelo de intervención se basa igualmente en el enraizamiento de esta Clínica en el barrio y en la colaboración de varios organismos comunitarios que reciben a las personas que son seguidas en esta clínica. Dadas las transformaciones de la red de la salud y de los servicios sociales, este modelo organizacional está sometido a presiones. Este estudio, realizado durante el periodo de reconfiguración de los servicios de salud en el Quebec, ha permitido clarificar a cerca de las condiciones de realización del modelo de intervención en la Clínica comunitaria de Pointe-St-Charles e identificar las pistas para mejorarlo, considerando el punto de vista de los usuarios y de los profesionales implicados.