

Article

« La réhabilitation de l'hôpital psychiatrique : Une question d'audace et de synergie »

Michel Gervais, Lucie Gauthier et Lise Gélinas

Santé mentale au Québec, vol. 22, n° 2, 1997, p. 137-153.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/032419ar>

DOI: 10.7202/032419ar

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



La réhabilitation de l'hôpital psychiatrique

Une question d'audace et de synergie

Michel Gervais

Lucie Gauthier

Lise Gélinas*

Cet article expose, en utilisant un mode d'analyse psycho-dynamique, certaines similitudes entre les facteurs qui entravent le processus de réinsertion sociale du « patient » et les forces socio-politiques qui s'opposent à la « réhabilitation » de l'institution sociale représentée par l'hôpital psychiatrique. En support à cette analogie, le texte esquisse les transformations réalisées depuis quelques années au Centre hospitalier psychiatrique Sainte-Thérèse de Shawinigan et suggère que, pour faire de telles transformations, le développement de services de réadaptation peut servir de catalyseur. Il propose également une analyse perceptuelle des réactions humaines, politiques et sociales suscitées par la métamorphose du rôle traditionnel attribué à l'institution psychiatrique.

Depuis son avènement, la destinée de l'hôpital psychiatrique ressemble étrangement au sort réservé aux personnes souffrant d'un trouble mental sévère et persistant. Ils sont tous deux historiquement frappés d'ostracisme et suscitent divers préjugés et craintes liés au spectre de la folie. L'esprit du schizophrène psychotique opère dans un univers autistique selon des règles qui lui sont propres et souvent sans égard pour la réalité extérieure. De la même façon, par analogie, le mode de fonctionnement d'un hôpital psychiatrique comporte de multiples idiosyncrasies. À titre d'exemple, mentionnons ce fait notoire que les lois régissant les rapports sociaux n'ont que trop peu souvent franchi les murs de l'hôpital psychiatrique, laissant ainsi la place aux lois du

* Les auteurs sont respectivement chef du département de psychiatrie, directrice du programme de santé mentale, et coordonnatrice à la direction du programme de santé mentale au Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie (site Sainte-Thérèse).

Collaboration : Miriam Hayes, chef du programme *Maintien et intégration communautaire* aux Centres d'intégration communautaire de Shawinigan et de Trois-Rivières, Carolle Lacombe, infirmière au Centre d'intégration de Shawinigan, Michel Gilbert, psychoéducateur au Centre d'intégration de Trois-Rivières, et Claude Leclerc, professeur à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

milieu et à diverses formes d'abus sur les « patients ». Le terme « patient », lorsqu'il investit une personne d'une telle identité, pouvait faire ombre à son histoire et à son humanité.

Histoire et dynamique psychosociale

Les hôpitaux psychiatriques constituent des forteresses des temps modernes, murailles dressées pour contenir et mettre à l'écart l'insanité. Ils ont été construits en marge des cités et de la société. On les a aménagés comme de véritables microcosmes sociaux en leur attribuant tous les services nécessaires : club social, radio locale, institution bancaire, chapelle et cimetière, etc. On en a fait des ghettos.

En somme, hôpital et patients psychiatriques sont en constante rupture de leurs liens avec le tissu social. Si, selon certains, l'institution psychiatrique est une horrible ogresse qui cultive et bouffe de la psychose, force est de constater qu'elle est aussi une itinérante et une sans-abri. Dans la perspective d'une dynamique psychosociale, cet hôpital peut être conceptualisé comme un lieu sacré et tabou où la société concentre ce qu'elle honnit d'elle-même et ne veut pas voir. On y retrouve sa misère humaine, ses fantômes et sa folie. Il est l'objet d'un processus d'identification projective, mécanisme de clivage qui permet de demeurer conforme à son idéal en s'assurant que la partie de soi-même qui répugne soit investie ailleurs. Sous cet angle, on devine déjà que la réinsertion sociale de l'hôpital et du « patient » psychiatriques se heurtera à de multiples résistances provenant autant de l'intérieur que de l'extérieur.

Diverses initiatives ont été mises en branle pour corriger cette dynamique psychosociale. L'avènement de théories psychanalytiques qui décrivaient des modèles psychopathologiques pouvant guider l'intervention, l'émergence des idéologies de la prévention et de l'amélioration sociale, de même que la découverte de traitements psychopharmacologiques efficaces, ont permis vers la moitié du 20^e siècle de réorganiser la façon de dispenser les soins et services (Grob, 1992). Aux États-Unis, une vaste entreprise de désinstitutionnalisation a été menée (Lecomte, 1988). Un puissant lobby auprès des décideurs politiques à Washington s'est mobilisé en faveur du développement de traitements s'articulant en milieu naturel, l'institution psychiatrique étant vue comme dépassée, coûteuse et inefficace.

En 1963, le président Kennedy proposait au Congrès américain d'adopter la législation relative à la création des CMHC (Community Mental Health Center) dans le but de diminuer la population hébergée

dans des institutions jugées désuètes, et de renforcer tout le réseau de cliniques privées en vue de traiter la maladie mentale en dehors du contexte institutionnel et dans des conditions plus humaines.

L'aventure de la plupart des CMHC ayant eu mandat de prendre la relève des hôpitaux psychiatriques publiques s'est avérée, dans une large mesure, une faillite monumentale (Torrey, 1988). Dans la phase post-mortem du projet, diverses raisons ont été évoquées pour expliquer cet échec : carence des décideurs dans leur compréhension de la nature clinique d'un trouble mental sévère et persistant ; absence d'arrimage du nouveau système à celui des hôpitaux psychiatriques ; phénomène de transinstitutionnalisation ; « judiciarisation » de la clientèle ; courant idéologique lié à des prémisses erronées fondées sur la prévention et non sur la réadaptation ; fragmentation des systèmes de dispensation de soins (Mechanic, 1992 ; Lamb et Zusman, 1992 ; Bachrach et Lamb, 1989 ; Stein, 1990 ; Gélinas, 1996). Il semble que l'erreur fondamentale ait été de conceptualiser la psychiatrie communautaire comme étant radicalement opposée à la psychiatrie hospitalière ou institutionnelle. En éradiquant l'institution psychiatrique, l'identification projective a cédé le pas à la négation, celle de l'histoire et de la condition de ces personnes meurtries et errantes à qui on ne permettait pas plus qu'auparavant d'avoir un rôle et une place, malgré la bienfaisance qui avait pourtant présidé aux changements du réseau de soins et services. On le sait, l'enfer est pavé de bonnes intentions.

L'expérience amorcée, dès le début des années 70 à Madison, au Wisconsin (Mendota State Hospital), par Leonard L. Stein et Mary Ann Test constitue un point de référence incontournable (Thompson et al., 1990 ; Stein, 1992). Essentiellement, l'expérience du Mendota State Hospital a été réalisée grâce à un déplacement progressif de ses ressources en milieu naturel, innovant ainsi à l'encontre du courant, alors dominant aux États-Unis, où la désinstitutionnalisation s'est opérée par rupture brutale entre anciennes et nouvelles structures. Le modèle de Madison a fait la démonstration qu'il valait mieux transformer un système dans ses assises profondes que de tenter de coordonner les composantes d'un système morcelé.

En assumant sa propre réinsertion sociale par le décroissement de ses murs, l'institution psychiatrique adapte à la réalité de la vie communautaire l'encadrement et les services qu'elle offre. Elle met ainsi un frein à sa propre aliénation sociale et à celle des personnes qui constituent sa clientèle. Cette dynamique contribue à prévenir le syndrome de l'institutionnalisation et nécessite la mise en place d'une gamme complète de services ambulatoires. Si l'on veut véritablement mettre un

terme au clivage entre la vie communautaire et le cadre asilaire, il apparaît souhaitable d'articuler ces services ambulatoires à l'institution psychiatrique. Les divers professionnels œuvrant en institution psychiatrique sont alors invités à modifier leurs valeurs et attitudes en fonction d'un nouveau champ d'opération, soit celui de la réalité sociale tangible et concrète. Il s'agit d'une transformation majeure du savoir-être et de l'utilisation du savoir-faire des divers intervenants. Elle constitue une réponse au processus d'identification projective qui se trouve ainsi métabolisé.

En parallèle, ce projet invite la communauté à des changements d'attitudes non moins radicaux. Il l'interpelle pour qu'elle participe à la réinsertion sociale de personnes qui, autrefois, étaient marginalisées en étant soit confiées à un cadre institutionnel soit, après des années de désinstitutionnalisation, condamnées à l'itinérance et à l'indigence.

Si l'on accepte que l'hôpital et le « patient » psychiatriques sont investis des mêmes dynamiques psychosociales, alors, dans la perspective du modèle de Madison, il semble bien que l'opération visant à réintégrer la personne dans son milieu doit également, si on veut la réussir, également entraîner dans le même sillon l'institution psychiatrique.

Perspective québécoise

Au Québec, la première politique en santé mentale, émise en 1989 (MSSS, 1989), a judicieusement placé les besoins de la personne au centre des préoccupations et de l'action. La personne n'est plus réduite à la dimension d'un diagnostic psychiatrique. Elle est perçue comme méritant le respect et pouvant exercer son libre arbitre et ses compétences. Cette vision de la personne dans sa globalité peut s'apparenter aux théories de la psychologie du soi. Lorsqu'on y ajoute la notion que le « patient » est un citoyen à part entière, une perspective systémique doit être prise en considération. Cette perspective intègre, entre autres, des théories sociologiques, anthropologiques ou psychohistoriques. En conséquence, le cadre d'intervention du traitement ne peut être réduit à celui d'un contrat entre un médecin et un « patient », mais doit englober les dynamiques psychosociales qui façonnent un environnement et son époque, d'où la nécessité d'organiser un service de réadaptation psychosociale intimement relié au traitement spécialisé. Ce service étant une réponse thérapeutique à ces dynamiques psychosociales liées aux troubles mentaux, son organisation, particulièrement la façon dont l'institution psychiatrique est mobilisée, revêt autant d'importance que la compétence des intervenants qui le composent.

Rappelons succinctement que la psychose fait référence au morcellement du soi, à une absence de mutualité interactive entre la personne et son environnement. Ainsi, au-delà de ses compétences professionnelles, la cohérence du soi de l'intervenant communautaire et l'empathie à laquelle elle est couplée deviennent des ingrédients essentiels au succès d'une démarche thérapeutique. Ce même intervenant travaille à l'intérieur d'un service de réadaptation où cette cohérence doit être cultivée pour ainsi favoriser la potentialisation des forces de chacun de ses membres. Elle permet ainsi de créer chez l'intervenant des liens d'appartenance au groupe assumant le service de réadaptation, et de consolider une identité collective autour de laquelle se dessinent des principes et des philosophies d'intervention communs. Le service de réadaptation n'est plus alors la somme des compétences de tous et chacun mais bien la force d'un groupe considéré comme un tout (Stein, 1992).

Ce service peut exister à l'intérieur de l'hôpital et doit s'y arrimer pour former un autre tout cohérent. L'hôpital opère, quant à lui, à l'intérieur de la juridiction d'une Régie régionale, laquelle répond au ministère de la Santé et des Services sociaux, ce dernier étant responsable devant la société qu'il sert. Dans ce jeu de vases communicants, les risques de fragmentation sont nombreux et inévitables, car les courants idéologiques, économiques et politiques sont multiples et divergents. Sous cet angle, le défi consiste à recréer une mutualité interactive entre un individu psychotique au psychisme morcelé, la tour de Babel qu'on appelle le réseau de la santé, et la société. Le service de réadaptation psychosocial devient un médium grâce auquel des actions personnalisées prennent place entre un intervenant et un « patient », de même qu'un point de contact entre le tissu social dans toutes ses dimensions et la personne en rupture avec ses liens d'appartenance. Ce service est autant l'alter ego du « patient » que de son environnement. Il sera aussi, on s'en doute, la cible de multiples pressions d'origines diverses pour le faire éclater et le rendre inepte.

L'intervention en matière psychiatrique se veut multidimensionnelle et s'inspire d'un modèle bio-psychosocial. Le suivi intensif dans le milieu peut être conceptualisé comme un mode d'intervention dans la sphère sociale de ce modèle. Du point de vue de la dynamique psychosociale, liée à la pathologie psychiatrique, autant que dans une perspective d'assistance spécialisée favorisant l'adaptation aux contraintes de la réalité, la réadaptation psychosociale doit constituer une réponse à la rupture sociale vécue par les personnes présentant un trouble sévère et persistant. Dans cette optique, l'assignation de l'imputabilité de l'organisation d'un

tel service de réadaptation à un hôpital psychiatrique peut servir de catalyseur pour transformer également cette institution sociale.

Il était une fois le CHST : une histoire vécue

Le Centre hospitalier Sainte-Thérèse (CHST) est un centre hospitalier psychiatrique régional qui dessert la région Mauricie-Bois-Francs. Le bassin de population y est de 486 000 personnes réparties dans des zones urbaines, semi-urbaines et rurales.

Le CHST a été créé en 1976 et il détenait, à cette époque, un permis de 125 lits de traitement de longue durée et 162 lits d'hébergement en pavillons. L'équipe médicale est composée de psychiatres et de médecins omnipraticiens spécialisés en psychiatrie.

Jusqu'à 1991, le CHST se caractérisait par une activité traditionnelle de dispensation de soins et services. Sa gamme de ressources se résumait aux traitements spécialisés à l'interne, à l'hébergement en pavillons et aux activités semi-ambulatoires dispensées par la clinique externe, le centre de jour et le centre de travail.

Avec l'adoption en janvier 1989 de la politique en santé mentale et l'arrivée d'un directeur général particulièrement préoccupé par les objectifs de cette politique, le CHST s'est engagé de façon pro-active dans une démarche globale de restructuration de sa mission, de ses orientations et de son mode de fonctionnement.

Cette restructuration en profondeur dépassait largement l'impératif de désinstitutionnalisation édicté par la politique du Ministère. Dans l'optique du directeur général, tout devait être repensé pour favoriser une véritable intégration des personnes atteintes de troubles sévères et persistants dans leur milieu naturel, prévenir les hospitalisations et la chronicisation et éviter la transinstitutionnalisation. En conséquence, le CHST allait prendre l'initiative de s'ouvrir sur la communauté et, du même souffle, la communauté était invitée à pénétrer à l'intérieur des murs de l'institution. Une approche de gestion par programmes et la création de services spécialisés de réadaptation psychosociale ont été les pierres d'assise de cette transformation.

Le leadership de la direction générale a été un facteur déterminant pour assurer le succès de l'opération. Chez la personne psychotique, les forces du Moi doivent être sollicitées pour qu'elle assume et exerce son libre arbitre dans un processus de réadaptation. Par analogie l'*empowerment* de l'institution passe également par une prise de position ferme de l'autorité interne, qui permet de mieux en gouverner les appréhensions face au processus et de mettre un frein à son aliénation.

Cette initiative a inévitablement fait surgir la question du lieu où siège ce qu'on appelle la communauté. Généralement, le premier réflexe est de la définir par tout ce qui est hors les murs de l'institution et par conséquent, de privilégier autant que possible le transfert des ressources humaines et financières vers le milieu naturel. Cette prémisse est porteuse d'illusions et de dangers lorsqu'elle est élevée en dogme. Elle consacre alors l'identité de ghetto associée à l'hôpital psychiatrique et risque de générer une mythologie à l'effet que la proximité du milieu naturel est nécessairement bonne par définition. L'institution devait donc se transformer sans pour autant renoncer à une place dans la communauté.

Conditions de réussite au plan clinique et administratif

Consciente de ces enjeux et des perturbations inhérentes à cette transformation, la direction générale a misé sur la rigueur et sur des mécanismes d'implication élargie du personnel médical et para-médical. De plus, elle a clairement indiqué la ligne directrice du projet et en a identifié les principaux paramètres (tableau 1).

Tableau 1
Les paramètres de la restructuration

*	Adopter une approche de gestion par programmes.
*	Impliquer l'ensemble du personnel et protéger les emplois pour les titulaires de poste.
*	Consulter le réseau et le milieu communautaire.
*	Investir dans la formation du personnel.
*	Financer adéquatement les nouveaux services communautaires à développer par une réallocation suffisante des ressources humaines et financières antérieurement consacrées à l'hospitalisation.
*	Mettre à contribution la personne, sa famille et ses proches et prévoir tous les mécanismes de support qui leur sont nécessaires.
*	Instaurer un projet de recherche sur l'utilisation du plan de services individualisés.

La structure qui a présidé à l'élaboration du plan de restructuration (CHST, 1991) et par la suite du plan de désinstitutionnalisation (CHST, 1991) était composée de quatre comités, présentés au tableau 2. Ces comités regroupaient des représentants de toutes les instances, directions et services concernés par la restructuration.

Tableau 2
Plan de restructuration

COMITÉS	MANDAT	COMPOSITION
Comité de travail sur les orientations	* Supporter l'ensemble de la démarche et convenir de toutes nouvelles orientations ou modifications aux plans actuels, le cas échéant.	Toutes les instances cliniques du CHST incluant le comité des usagers et l'association des parents.
Comité de coordination	* Planifier, coordonner et opérationnaliser les différentes étapes nécessaires à la réalisation du plan de restructuration et du plan de désinstitutionnalisation.	Les directions administratives Les départements cliniques
Sous-comité de travail	* Concevoir des plans de restructuration et de désinstitutionnalisation, les rédiger et participer à leur actualisation.	Direction générale Cadres cliniques Médecins Intervenants en réadaptation
Comité consultatif sur la réorganisation	* Permettre aux représentants syndicaux de prendre connaissance de l'évolution des travaux du sous-comité de travail et d'émettre tout commentaire permettant un ajustement de l'orientation des travaux.	Directions administratives Exécutifs syndicaux.

De plus, toutes les étapes d'élaboration du plan de restructuration et de désinstitutionnalisation ont été soumises systématiquement, pour fin d'acceptation, au Conseil d'administration et aux instances organisationnelles (Comité consultatif à la Direction générale, Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, Conseil consultatif du personnel clinique), ainsi qu'aux représentants de la Régie régionale.

Plan d'action : chorégraphie d'un tango

Les mandats confiés aux membres du sous-comité de travail ont constitué un des éléments-clés de la réussite. Leur première tâche fut d'élaborer un *Réseau de précedence* et une *Charte de Gantt* pour déterminer et identifier toutes les phases du projet, les personnes imputables de leur opérationnalisation et les échéanciers de réalisation. Les principales étapes du *Réseau* sont décrites au tableau 3.

Tableau 3
Étapes du réseau de précédece

*	Analyse des services existants.
*	Étude des besoins de services de la clientèle hospitalisée.
*	Étude des besoins de services perçus par le milieu (organismes communautaires).
*	Adéquation entre les besoins de services perçus et les services existants.
*	Élaboration et adoption de la structure par programmes.
*	Identification des ressources et services à développer.
*	Étude des ressources humaines et financières disponibles.
*	Élaboration des structures de postes, des prévisions budgétaires et des fonctions sommaires des nouveaux services.
*	Planification des sessions et du contenu de formation.
*	Location et aménagement des nouvelles ressources (Centres d'intégration communautaire et appartements supervisés).
*	Négociations syndicales : <ul style="list-style-type: none"> – processus d'affectation du personnel syndiqué ; – ententes locales spécifiques aux modes d'organisation des nouveaux services.
*	Réalisation de plans de services individualisés pour chaque personne à désinstitutionnaliser.

Parallèlement à l'opérationnalisation de ces activités clinico-administratives, des sessions intenses d'information et de sensibilisation ont été tenues tant pour le personnel de l'établissement que pour les partenaires éventuellement concernés par le développement des nouveaux services communautaires.

À cet effet, on a rencontré 30 organismes ou associations pour les informer du projet de développement des services communautaires affiliés au CHST. Un reproche de la part de certains organismes prioritairement actifs en santé mentale, est encore soulevé occasionnellement : on les aurait informés plutôt que consultés sur la teneur du projet. Cette résistance était générée en partie par l'appréhension de voir les activités cliniques du centre hospitalier envahir le terrain du communautaire. L'institution sociale appelée hôpital psychiatrique sortait du ghetto où elle était confinée, menaçant d'établir « l'asile en ville » et de réactiver, sous une autre forme, le processus d'aliénation dont elle était apparemment le mandataire, comme si elle n'avait jamais appris de son histoire pourtant lourde d'échecs et d'horreurs. On peut également suspecter que sa transformation, si elle était favorablement accueillie, remettait en question divers préjugés à son égard, et surtout, risquait de faire partager la responsabilité des erreurs commises dans le passé.

Cela dit, il faut noter que ces organismes avaient été réellement consultés lors d'une étape préalable à l'élaboration du projet, et que leurs perceptions des lacunes de services ont largement inspiré, pour ne pas dire déterminé, le contenu de ce projet.

Au fil des étapes, l'ensemble du personnel du centre hospitalier fut rejoint par différents mécanismes d'information : communiqués mensuels, envoi personnalisé de bulletins d'information et nombreuses rencontres planifiées pour chacun des trois quarts de travail.

L'opérationnalisation du projet : Musique, maestro !

Après ces étapes préliminaires de planification et de consultation, le projet a pris sa forme définitive. Toute l'opération reposait sur l'actualisation de la gestion par programmes, pierre angulaire de la restructuration. La première structure par programmes déterminait le développement ou la mise en place de quatre programmes-clientèle : le programme adulte : le programme psychiatrie organique ; le programme médico-légal ; le programme de psychiatrie infantile et juvénile.

À cette époque, la clientèle adulte était répartie de façon hétérogène entre cinq unités de soins, et la culture de l'établissement s'était développée à partir d'une « gestion de services ». Ce virage programme, malgré son aspect encore rudimentaire, a eu un effet de déstabilisation généralisée. Tout le personnel clinique et médical était touché à des degrés divers par cette réorganisation en profondeur. Cependant, l'ampleur de l'impact était perçue avec une acuité variable selon le programme ou le service auquel l'intervenant était rattaché.

Le processus initial d'implantation de la structure par programmes visait une cible prioritaire : la fermeture d'une unité de traitement à l'interne (25 lits) pour créer deux centres d'intégration communautaire extra-muros. Ces nouveaux services, rattachés au programme adulte, étaient destinés à la dispensation de services de réadaptation spécialisée directement dans la communauté.

Une large part des énergies administratives a été investie pour actualiser ces services, ce qui eut pour effet de créer, dans l'établissement, un tempo à deux temps : une situation « d'attente » pour un nombre important d'intervenants de l'interne qui n'étaient pas touchés directement par la première phase, et un contexte de « frénésie » et de « sur-stimulation » pour les intervenants qui se préparaient à quitter le centre hospitalier.

Les intervenants de l'interne connaissaient tous, cependant, la teneur des projets de transformation pour lesquels ils seraient interpellés. Cette projection visait :

- la planification et la mise en œuvre du programme de psychiatrie organique et du programme médico-légal ;
- la restructuration des deux unités (50 lits) de traitement spécialisé rattachées au programme adulte.

Le délai de réalisation de cette planification, attribuable à la focalisation des énergies sur le développement des services communautaires, a provoqué beaucoup d'insécurité chez le personnel de l'interne. Le facteur « temps d'attente » a amplifié le phénomène normal de résistance au changement. Cette dynamique était directement proportionnelle à l'impuissance du personnel devant un changement anticipé mais inéluctable et au sentiment généralisé d'absence d'*empowerment*.

L'instabilité du personnel d'encadrement fut sans conteste un élément supplémentaire non négligeable. En raison des nombreux changements administratifs provoqués par la restructuration, et de l'incontournable phase transitoire préalable à la stabilisation de la structure d'encadrement, plusieurs chefs de service occupaient leur fonction de façon intérimaire. Eux-mêmes déstabilisés, leur capacité de support et de leadership en était d'autant amoindrie.

La réalité fut différente pour les intervenants destinés à œuvrer dans les Centres d'intégration communautaire. La création de ces services avait fait l'objet d'une planification minutieuse et rigoureuse. Ces intervenants ont donc été rapidement impliqués et concernés par toutes les phases d'opérationnalisation. Une de ces phases consistait en une période de cinq semaines de formation conçue pour développer leur nouveau « savoir ». La formation s'est révélée le mécanisme le plus efficace pour contrer leur résistance aux changements, surmonter leur insécurité et « désinstitutionnaliser » leur savoir-faire traditionnel. Suite à cette phase, qu'eux-mêmes qualifient avec humour de « lavage de cerveau », ils ont été immergés dans un environnement de travail diamétralement opposé à leurs expériences antérieures, mais riche de défis et d'avenir prometteur.

Une attention importante a été accordée à la stabilité et à la rigueur de l'encadrement clinico-administratif. Les intervenants ont été responsabilisés, mais constamment supportés, dans leur nouveau rôle d'agent d'intégration communautaire. Le défi à réaliser était de taille mais tous ces facteurs de stress se métabolisaient positivement en sentiment d'enrichissement de leur identité professionnelle et d'accroissement de leur valorisation personnelle.

Cette dissemblance des réalités de l'interne et de l'externe face au projet commun de restructuration, a créé une situation paradoxale. Le centre hospitalier misait sur l'approche programme pour maximiser la continuité des services offerts par l'établissement, susciter un partenariat avec le milieu et créer ainsi un véritable réseau intégré de services pour l'utilisateur. Cet objectif fut atteint avec plus d'aisance et de facilité avec les organismes du réseau et du milieu communautaire, qu'entre l'interne et l'externe, même si ces deux entités étaient intimement reliées et interdépendantes au sein du même programme (adultes). Cet état de fait s'explique en bonne partie par l'émergence d'une dichotomie dans la perception du personnel de l'interne en regard de la valeur de son travail auprès des personnes hospitalisées. Pour lui, la nouvelle conception de l'intervention prônée par la restructuration signifiait une dépréciation et une dévalorisation de son rôle. Il percevait également les interventions du personnel communautaire comme de l'ingérence, et parfois même de la suprématie, lorsque celui-ci se présentait à l'interne pour assurer la continuité de services pour ses clients hospitalisés. L'estime de soi individuel et collectif fut, pour un certain temps, en chute libre, ce qui accentuait le risque de clivage entre les services ambulatoires et l'interne.

Conséquence de l'efficacité des services de réadaptation spécialisée mis en place, la clientèle pour laquelle l'hospitalisation était utilisée comme dernier recours présentait des problématiques de plus en plus complexes et lourdes. Cet état de fait a provoqué graduellement des réactions d'impuissance, de désinvestissement et de désintérêt au sein des équipes internes. Il est vite devenu impératif de consacrer à l'interne autant d'investissement qu'à l'externe, avec la même énergie et la conviction de réussir le virage programme et la restructuration.

Plusieurs actions furent privilégiées :

- Identification, pour chaque programme-clientèle, d'un conseiller clinique (psychiatre ou omnipraticien), pour favoriser les communications auprès du personnel médical et appuyer le développement des programmes.
- Formation à l'approche programme et à la gestion par programmes pour tous les cadres cliniques et les conseillers cliniques médicaux.
- Formation clinique pour tout le personnel de l'interne sur la Valorisation du rôle social et le Plan de services individualisés.

- Élaboration d'une procédure qui identifiait les mécanismes de liaison et les contributions de chacun au processus de traitement et de réadaptation de la personne hospitalisée.
- Élaboration des contenus et mise en œuvre des deux nouveaux programmes prévus pour l'interne : psychiatrie organique et médico-légal.
- Réaménagement des lieux physiques et transfert des clientèles ciblées par ces nouveaux programmes.
- Processus de formation spécialisée pour le personnel identifié pour intervenir au sein de ces programmes.
- Élaboration de la politique du cycle clinique et d'indicateurs de qualité spécifiques à chaque programme-clientèle.
- Élaboration d'outils de gestion de la qualité et implication du personnel dans les mécanismes de contrôle.
- Appropriation, par les intervenants, de l'élaboration des programmations d'activités relatives à la spécificité de leur clientèle respective.

Toutes ces mesures ont permis à brève échéance de corriger le tir et d'éliminer l'impression perverse d'inutilité et d'incompétence rattachée à la valeur du travail auprès des personnes hospitalisées. Cette nette modification du climat de travail, et l'intérêt grandissant manifesté par les intervenants pour l'amélioration des services, ont facilité l'évolution et la bonification de la gestion par programmes au CHST.

Suite aux résultats de l'évaluation exhaustive des besoins de l'ensemble de la clientèle et grâce à la contribution professionnelle des intervenants, la Direction des Programmes est actuellement composée de six programmes-clientèles et un septième est en voie de développement. Chacun de ces programmes dessert une clientèle davantage homogène. Les intervenants s'approprient ainsi des connaissances plus pointues en regard des besoins particuliers de leur clientèle spécifique et développent en conséquence une plus grande expertise dans leurs interventions.

Ce changement d'approche de gestion s'est également répercuté dans toutes les entités administratives de l'établissement. Il a modifié en profondeur les façons de faire et d'aborder certains aspects de gestion : planification financière, détermination des priorités de formation, mécanismes de négociation patronale-syndicale, organisation du travail, description des tâches et des fonctions.

Les résultats de cette métamorphose sont appréciables et certains ont d'ores et déjà été quantifiés. L'efficacité et l'efficience de cette transformation se reflètent dans les taux de satisfaction de la clientèle et des partenaires, dans la diminution des hospitalisations et des jours d'hospitalisation et dans l'impact zéro des compressions budgétaires sur les services offerts, en qualité ou en quantité.

La vulnérabilité de la pro-activité ou le danger de mutiler le papillon

Au même titre qu'un « patient » fait face à de multiples difficultés pour s'approprier des liens honorables d'appartenance au tissu social, la démarche du CHST a elle aussi été jalonnée d'obstacles extérieurs et confrontée à des résistances majeures. On n'allait pas laisser impunément l'hôpital psychiatrique désert son rôle séculaire d'institution sociale.

En décloisonnant ses services et en améliorant sa performance en matière de durée de séjour hospitalier, aussi paradoxal que cela puisse paraître, le CHST devenait passible d'infraction pour avoir contrevenu à des concepts administratifs archaïques et désuets. Citons à titre d'exemples les deux concepts suivants :

- la consécration du statut de CH psychiatrique en fonction de son permis de lits de longue durée ;
- la notion de première, deuxième et troisième ligne pour l'accès à des services de réadaptation dans la communauté pour les personnes atteintes de troubles sévères et persistants.

Le CHST a été sujet à critique en regard des durées de séjour relativement brèves d'une partie importante de ses clients et de leur admission avec un statut de courte durée qui devait, selon ces instances administratives, être réservé à la clientèle du programme médico-légal. L'argumentation était basée sur l'équation rudimentaire : courte durée égale département de psychiatrie du centre hospitalier de soins généraux et spécialisés de la sous-région ou programme médico-légal du centre hospitalier psychiatrique.

Ces mêmes instances ont été imperméables à toute contre-argumentation qui visait à démontrer le rationnel clinique du mécanisme d'admission et les avantages pour l'usager tant au point de vue humain que financier. L'immutabilité de cette position administrative constitue une incohérence en soi. Dans la perspective du virage ambulatoire et de

la rationalisation budgétaire, l'accent est mis fortement, avec raison d'ailleurs, sur la diminution des hospitalisations et des durées de séjour. Mais il faut se rappeler que l'hospitalisation ne représente pas un « événement isolé » dans la vie d'une personne atteinte de troubles sévères et persistants, et qu'en conséquence, le pronostic de récupération et de stabilisation est souvent bonifié par la relation de confiance significative déjà établie avec elle.

En somme, on demandait à l'hôpital psychiatrique de se transformer en décloisonnant ses murs, tout en le confinant à un mode de fonctionnement incompatible avec ses nouvelles orientations. Autant exiger d'un papillon de voler à l'intérieur de son cocon.

Dans le débat récent sur la reconfiguration des soins de santé au Québec, les Centres d'intégration communautaire et particulièrement leur mode d'organisation de services ont aussi fait l'objet d'objection et de contestation de la part des instances administratives régionales, des CLSC et du milieu communautaire, pour des motifs différents.

Compte tenu du fait que ces services ont été organisés pour que les clients et leurs proches puissent y avoir un accès direct, la Régie régionale a fait le constat qu'il s'agissait de services de première ligne et qu'en conséquence, ces ressources humaines et financières devaient être démantelées et ventilées dans les onze CLSC de la région pour constituer une partie des équipes de base en santé mentale œuvrant en « première ligne ». Elle confiait à ces équipes de multiples mandats dont celui d'assurer la réadaptation psychosociale des personnes souffrant de troubles sévères et persistants sur leur territoire respectif.

Le CHST s'est opposé vigoureusement à cette vision. La notion de première, deuxième et troisième ligne est inappropriée quand on parle de réadaptation psychosociale. Ce concept consacre une fragmentation du système de soins et de services et produit un impact négatif direct sur cette clientèle cible. En diluant ainsi à outrance la notion d'imputabilité en matière de réadaptation psychosociale, cette orientation contrevenait à une condition essentielle au succès de l'organisation de soins et services pour cette clientèle.

Après une expérimentation de six ans, nous avons pu constater que la structure administrative porteuse de la mission de réadaptation psychosociale doit être très solide pour assurer la pérennité de l'expertise et mener la mission à bon port. Nous sommes conscients que ce débat est délicat, car il mène parfois à une polarisation malsaine où chacun des acteurs interpellés, nommément les CLSC, les groupes communautaires ou l'hôpital psychiatrique, revendique la compétence

et l'engagement nécessaire pour mener à terme l'entreprise. En audience publique, nous avons soutenu que la réadaptation spécialisée doit demeurer étroitement liée aux traitements spécialisés, car une partie importante de la clientèle présente des problématiques complexes qui nécessitent un suivi modulé mais continu. Dans cette optique, l'hôpital psychiatrique demeure un organisme très pertinent et approprié pour développer de tels services.

Cette position fut parfois perçue comme la dictature outrancière d'une pseudo-compétence, un mépris des ressources importantes disponibles dans le réseau communautaire, public ou privé, ou un désir de s'appropriier des budgets pour assurer sa survie. Ces remarques ne sont pas nécessairement sans fondement. Mais elles témoignent aussi d'intenses appréhensions à l'idée de voir l'hôpital psychiatrique sortir de sa marginalité et de son isolement. Par analogie, nous pouvons entretenir des intentions vertueuses à l'effet que le « patient » psychiatrique trouve sa place au soleil à la condition que ce soit sous d'autres cieux ou, à tout le moins, dans un autre quartier que le nôtre, sous peine de se voir confiné à nouveau à l'asile.

En définitive, lorsque l'on veut amputer l'institution psychiatrique des outils qu'elle se donne pour mettre un terme à sa propre aliénation, on la confine à son cadre asilaire. L'hôpital psychiatrique subit alors le même sort qu'on réservait au « patient » psychiatrique à qui on refusait toutes formes d'autonomie tout en se réservant le droit de le mépriser et de le condamner.

RÉFÉRENCES

- BACHRACH, L. L., LAMB, R., 1989, What have we learned from Desinstitutionalization?, *Psychiatric Annals*, 19, 1, 12-21.
- CENTRE HOSPITALIER SAINTE-THÉRÈSE, 1991, *Plan de désinstitutionnalisation*.
- CENTRE HOSPITALIER SAINTE-THÉRÈSE, 1991, *Plan de restructuration des services*.
- CENTRE HOSPITALIER SAINTE-THÉRÈSE, 1994, *La planification stratégique par programme*.
- GÉLINAS, D., 1996, *Travail social, suivi intensif dans le milieu et case management en psychiatrie*, Rapport présenté pour l'obtention d'une maîtrise ès sciences (M. Sc.) en service social, Université de Montréal, 11-27
- GROB, G., 1992, Mental health policy in America : Myth and realities, *Health Affairs*, 11, 3, 7-22.

- LAMB, R. H., ZUSMAN, J., 1982, The Seductiveness of Primary Prevention, *New Directions for Mental Health Services*, 13, Jossey-Bass, San Francisco, 19-30
- LECOMTE, Y., 1988, Le processus de désinstitutionnalisation aux États-Unis : première partie, *Santé mentale au Québec*, 13, 1, 34-47, 2, 35-52.
- LA TRANSFORMATION DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN MAURICIE-BOIS-FRANCS, propositions 1996, 63-64.
- MECHANIC, D., ROCHEFORT, D. A., 1992, A policy of inclusion for the mentally ill, *Health Affairs*, 11, 2, 128-150.
- STEIN, L. I., 1990, Comments by Leonard Stein, *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 6, 649-651.
- STEIN, L. I., 1992a, Innovating against the current, in Stein L.I., ed., Innovative Community Mental Health Services Programs, *New Directions for Mental Health Services*, 26, Jossey-Bass, San Francisco, 29-39.
- STEIN, L. I., 1992, On the abolishment of case manager, *Health Affairs*, 11, 3, 172- 177.
- THOMPSON, K. S., GRIFFITH, E. E. H., LEAF, P. J., 1990, A historical review of the Madison model of community care, *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 6, 625- 651.
- TORREY, E. F., 1988, *Nowhere to go, The Tragic Odyssey of the Homeless Mentally Ill*, Harper and Row, publishers, New York.

ABSTRACT

The rehabilitation of the psychiatric hospital : a question of audacity and synergy

Using a mode of psychodynamic analysis, this article exposes some similarities between the factors that hinder the social reintegration of the "patient" and the social and political forces opposing the "rehabilitation" of the social institution represented by the psychiatric hospital. In support to this analogy, the article outlines the transformations realized over the last few years at the Centre hospitalier psychiatrique Sainte-Thérèse de Shawinigan and suggests that, in order to make such changes, the development of rehabilitation services can serve as a catalyst. The authors also propose a perceptual analysis of human, political and social reactions created by the metamorphosis of the traditional role attributed to the psychiatric hospital.