

Services en santé mentale et chefs de département Mental health services and department chiefs

Georges Aird

Volume 1, Number 1, 1976

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/030002ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/030002ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Aird, G. (1976). Services en santé mentale et chefs de département. *Santé mentale au Québec*, 1(1), 14–25. <https://doi.org/10.7202/030002ar>

Article abstract

The author, head of a psychiatric department in a general hospital, presents results of a study conducted with 15 psychiatric department chiefs. Questions were related to population ; distribution of professionals ; clinical work ; and various teams. The author then comments results.

SERVICES EN SANTE MENTALE ET CHEFS DE DEPARTEMENT

*georges
aird*

Monique Robitaille, dans un autre texte du présent numéro, décrit les résultats obtenus de la compilation des réponses apportées à un questionnaire qui avait été distribué à un grand nombre de professionnels en santé mentale travaillant dans les équipes de secteur.

Un questionnaire un peu différent avait également été distribué aux chefs des départements de psychiatrie, et nous avons également compilé les réponses obtenues à ce questionnaire.

On peut certes nous reprocher un manque de rigueur scientifique et statistique dans la fabrication du questionnaire ainsi que dans l'interprétation des données. Nous n'avions ni le temps ni le désir d'obtenir des résultats d'une grande précision; nous voulions plutôt dégager des courants d'opinions qui amorceraient et alimenteraient les discussions lors des journées d'étude.

Quinze chefs de département ont répondu aux questionnaires, et nous vous présentons ici la compilation des réponses. On remarquera que les chefs de département n'ont pas tous répondu à toutes les questions du questionnaire, et que, par ailleurs, certai-

nes questions ont amené plus d'une réponse de la part de la même personne. C'est pourquoi nous indiquons dans chaque tableau, le nombre de répondants ainsi que le nombre de réponses.

POPULATION DE PRISE EN CHARGE

Les pourcentages que l'on trouve aux questions 3 et 4 (tableau 1) coïncident très bien avec ceux de l'ensemble de la population du Québec.

TABLEAU 1
POPULATION DE PRISE EN
CHARGE

1- secteurs:	15, répartis à travers la Province
2- population totale de prise en charge (total des 15 secteurs):	1,632,000 (26.3% de la population du Québec)
3) langue:	
- francophones	80%
- anglophones	20%
4) localisation géographique:	
- population urbaine	65%
- population semi-urbaine	15%
- population rurale	20%
(Statistique-Canada):	
- population urbaine	81%
- population rurale	19%)
5) niveau socio-économique:	
- faible	54.5%
- moyen	39.2%
- supérieur	6.1%

A la question 5 cependant les résultats nous sont apparus étonnants. Nous n'avions évidemment pas défini ce que nous entendions par un niveau socio-économique "faible", "moyen", ou "supérieur". Et nous ne croyons pas non plus que ceux qui ont répondu à ces questions l'ont fait selon des critères précis. Nous croyons cependant que les chefs de psychiatrie voient la population qu'ils desservent comme beaucoup plus pauvre qu'elle ne

l'est vraiment. Admettons, pour les fins de la discussion, que le niveau socio-économique "faible" corresponde au seuil de la pauvreté ou, selon la terminologie de Statistique-Canada, au "seuil de faible revenu", le pourcentage de 54.5% est nettement plus élevé qu'il ne devrait l'être. En effet, toujours selon Statistique-Canada, il y a au Québec en 1974 15.3% des familles et 44.8% des personnes seules sous le seuil de faible revenu. En admettant d'une part que les patients psychiatriques lourds se recrutent plus parmi le groupe des personnes seules que parmi celui des gens mariés, et que, d'autre part, les statistiques des chefs de département concernent surtout la population francophone alors que celles de Statistique-Canada concernent l'ensemble de la population québécoise, il n'est quand même pas certain que l'on puisse justifier statistiquement cette perception socio-économique de la population de prise en charge. Y aurait-il, chez les psychiatres tout au moins, une perception un peu dépressive de leurs malades, comme étant des gens particulièrement défavorisés, à tous les points de vue?

DISTRIBUTION DES PROFESSIONNELS

Concernant la répartition des professionnels, (tableau 2) quelques remarques s'imposent:

- 1) les 29 ergothérapeutes sont distribués dans seulement 5 des 15 institutions;
- 2) une institution possède un tel nombre de psychiatres que le rapport psychiatres/population dans ce secteur est de 1/1,500;
- 3) si l'on met de côté le résultat précédent, qui nous apparaît comme un véritable artéfact, nous observons que, dans les quatorze autres établissements mentionnés, les rapports psychiatres/population varient de 1/12,000 à 1/75,000, pour une moyenne de 1/19,600.

TABLEAU 2

Distribution des professionnels

a) psychiatres	120
b) psychologues	65.5 (1/25,000 de population)
c) travailleurs et conseillers sociaux	67.2 (1/24,300)
d) ergothérapeutes	29 (1/400,000)

A la question A, (tableau 3) il est indiqué dans le tableau que deux personnes ne savent que répondre. En fait, ces deux personnes indiquent qu'il y a chez eux une confusion entre les besoins de l'hôpital et ceux du secteur de prise en charge et qu'il n'y a pas eu de définition d'objectifs précis.

LES OBJECTIFS

TABLEAU 3

LES OBJECTIFS

A) Votre (vos) équipes (s) a-t-elle (ont-elles) été créée(s) en fonction d'objectifs précis?

Précisez:

14 répondants sur 15.

- | | |
|--|---|
| 1- répondre à tous les besoins | 9 |
| 2- soins internes (hospitalisations) seulement | 1 |
| 3- objectifs thérapeutiques spécifiques | 1 |
| 4- organiser des services inexistantes | 1 |
| 5- ne savent que répondre | 2 |

B) Si vous aviez au départ des objectifs précis, avez-vous l'impression qu'ils ont évolué? Si oui, dans quel sens?

9 répondants sur 15.

- | | |
|--|---|
| 1- vers la prévention, la communauté, les ressources extra-hospitalières | 3 |
| 2- vers la frustration et le désespoir | 1 |
| 3- vers la surcharge des équipes par les malades chroniques | 1 |
| 4- progression ardue et complexe | 1 |
| 5- pas d'évolution | 3 |

A la question B, il est tout d'abord remarquable que six personnes n'ont pas répondu. On remarque également que trois répondants décrivent une évolution positive de leurs objectifs, que deux autres se perçoivent comme s'enlisant progressivement dans les problèmes, et que quatre répondants donnent des réponses que l'on peut qualifier de neutres. On rejoint ici un thème qui est souvent revenu au cours de ces journées d'étude: la psychiatrie de secteur est difficile, beaucoup de professionnels sentent qu'ils s'épuisent graduellement.

TRAVAIL CLINIQUE

On note tout de suite ici (tableau 4) le grand nombre de réponses, apportées par seulement neuf répondants sur quinze. Nous les avons groupées selon les thèmes majeurs, on peut facilement imaginer un grand nombre de variations sur ces thèmes.

TABLEAU 4

TRAVAIL CLINIQUE

Quelles sont les difficultés majeures rencontrées au niveau du travail clinique, et à quoi les attribuez-vous?

9 répondants sur 15, 25 réponses

1- les difficultés concernent le personnel clinique	7
2- le travail est trop difficile	7
3- les équipements sont inadéquats	4
4- les communications sont mauvaises	3
5- il y a une incurie administrative	1
6- la continuité des soins est inexistante	2
7- il n'y a pas d'enseignement continu	1

En ce qui concerne les difficultés vécues par le personnel clinique, voici quelques réponses: "rotation trop rapide du personnel", "professionnels qui manquent d'expérience", "professionnels trop passifs", "trop dépendants les uns des autres".

En ce qui concerne les difficultés de travail, notons également quelques réponses: "les professionnels s'usent au contact des psychotiques", "les professionnels sont surchargés de travail", "il y a trop de malades à la salle d'urgence", "le placement des malades chroniques constitue une difficulté majeure".

PREVENTION

Trois répondants mentionnent des difficultés de communication: il s'agit de communication avec le Ministère des Affaires sociales, avec les agences sociales, et avec les commissions scolaires.

TABLEAU 5
PREVENTION

A) Quel type d'intervention offrez-vous au niveau de la prévention?

13 répondants sur 15, 18 réponses.

1- travail auprès des enfants, des adolescents, des familles	6
2- consultation auprès d'autres professionnels	2
3- cours aux adultes, aux groupes de quartiers, etc.	3
4- prévention via le D.S.C. (1)	1
5- nil	6 (50%)

(1) Département de Santé Communautaire

B) Quelles sont les difficultés majeures rencontrées au niveau du travail préventifs, à quoi les attribuez-vous?

9 répondants sur 15, 15 réponses.

1- trop de travail clinique, manque de temps	5
2- concept difficile à préciser, interventions difficiles à évaluer	3

3- les hôpitaux ne peuvent s'adapter à la prévention	2
4- le M.A.S. (1) est inerte face à la prévention	2
5- la prévention est trop coûteuse	1
6- réponses imprécises	2

(1) Ministère des Affaires Sociales

EQUIPES

Les réponses aux questions A et B, (tableau 6) se passent de commentaires, nous semble-t-il.

TABLEAU 6

STRUCTURE ET FONCTIONNEMENT DES EQUIPES

A) Si votre département a plus d'une équipe, quelle est l'articulation des équipes entre elles?

10 répondants sur 15.

1- articulation organisée (réunions régulières)	3
2- articulation informelle	3
3- peu d'articulation	2
4- articulation via le service interne	1
5- une seule équipe	1

B) Les tâches de chaque professionnel sont-elles clairement définies en fonction de leur appartenance à une profession?

11 répondants sur 15.

1- oui	4
2- oui, le plus souvent	2
3- non	2

La question C traite du fameux problème du leadership. On peut constater que le leadership n'est pas exclusivement assumé par les psychiatres chez le tiers des équipes qui ont répondu.

TABLEAU 6 (suite)

STRUCTURE ET FONCTIONNEMENT DES EQUIPES

C) Quel est le type de leadership et par qui est-il assuré?

12 répondants sur 15.

1- psychiatres	8
2- psychiatres surtout, parfois psychologues ou travailleurs sociaux	2
3- leadership administratif par une infirmière psychiatrique, clinique par des psychiatres	1
4- sans leadership précis	1

Les questions D et E faisaient évidemment appel à des réponses éminemment subjectives. Notons en premier lieu que les chefs de département se disent aussi satisfaits de leurs équipes qu'ils estiment les équipes satisfaites de leur travail. Cependant, leur perception du degré de satisfaction des équipes est sensiblement inférieure à celle exprimée par les équipes elles-mêmes, tel qu'on peut le constater dans les réponses compilées par Monique Robitaille.

TABLEAU 6 (suite)

STRUCTURE ET FONCTIONNEMENT DES EQUIPES

D) Etes-vous satisfait de votre (vos équipe (s))?

12 répondants sur 15, 13 réponses.

1- très satisfait	3
2- satisfait	4
3- satisfaction à la baisse	3
4- très peu satisfait	1
5- problèmes avec les travail- leurs sociaux (réponses po- sitives: 53%)	2

E) Estimez-vous que votre (vos)
équipe (s) est (sont) satisfai-
te (s) de son (leur) travail?

13 répondants sur 15.

1- oui	2
2- oui mitigé	5
3- pas beaucoup	1
4- non	4
5- ne sait pas	1

(réponses positives: 53%)

ENSEIGNEMENT

TABLEAU 7

ENSEIGNEMENT

Faites-vous de l'enseignement dans
le cadre de vos activités?

Précisez:

15 répondants sur 15.

1- oui	12
2- non	3
3- type d'enseignement:	
- aux infirmières	8
- aux résidents	5
- aux internes	4
- aux étudiants en Médecine	4
- aux stagiaires en Psycholo- gie	4

- aux stagiaires en Service Social	4
- aux stagiaires en Ergothérapie	4
- aux omnipraticiens	1
- aux stagiaires de C.E.G.E.P.	
(1)	1

(1) Collèges publics
RECHERCHE

TABLEAU 8

RECHERCHE

La recherche a-t-elle une place
parmi vos activités?

15 répondants sur 15.

1- oui	5
2- non	10
3- types de recherches:	

- gériatrie
- épidémiologie du suicide
- tests psychologiques chez les psychotiques
- le lithium et la psychose maniaco-dépressive
- pédo-psychiatrie
- pharmaco-thérapie
- conditionnement
- psychothérapie
- auto-évaluation de l'équipe

PROJETS

TABLEAU 9

PROJETS

A) Quels sont vos projets?

9 répondants sur 15, 14 réponses.

- 1- préciser la prévention primaire,
rechercher de nouveaux modes d'in-
tervention, mieux connaître la po-
pulation 4
- 2- réorganiser ou consolider la struc-
ture administrative 3
- 3- mettre en place de nouvelles équi-
pes, améliorer les équipements 4
- 4- consacrer plus de temps à l'ensei-
gnement, à la discussion de cas,
à la supervision 2
- 5- limiter la prise en charge 1

COMMENTAIRES

TABLEAU 10

COMMENTAIRES

Commentaires

7 répondants sur 15.

- Travail intéressant et motivant mais
responsabilités lourdes.
- Manque de cliniciens.
- Ressourcement limité.
- Polyvalence inévitable des profession-
nels (dispersion des intérêts).
- Les besoins de l'hôpital sont innombra-
bles et entrent en compétition avec le
travail d'équipe.

CONCLUSION

Nous remercions sincèrement les personnes qui ont répondu à ces questionnaires. Nous estimons que les données que nous avons compilées peuvent continuer d'alimenter les discussions.

Nous avons été quelque peu étonnés de constater avec quelle fréquence reviennent les thèmes suivants: Le travail en psychiatrie de secteur est lourd et épuisant, les objectifs thérapeutiques et préventifs surtout sont difficiles à préciser, les professionnels manquent d'expérience et les équipements sont insuffisants.

On a l'impression que la psychiatrie de secteur est encore dans une phase d'implantation, alors qu'en fait elle est pratiquée partout à travers le Québec. Elle constitue un réseau public de soins qui rejoint presque toute la population, et elle est connue chez nous depuis plus de dix ans.

Peut-être lors d'un prochain colloque, faudrait-il cesser de colliger des données entre nous, de nous informer et de nous supporter mutuellement, pour identifier ceux qui ne comprennent pas encore, et qui croient que le système que nous préconisons est une nouvelle théorie de la psychiatrie.