

Université de Montréal

**Un modèle de soins et services en gérontopsychiatrie**  
**Quelles conditions pour une intégration en région**

par Marie-Françoise Bourricand -Valois

Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé  
École de santé publique

Mémoire présenté  
en vue de l'obtention du grade de maîtrise  
en Administration des services de santé  
option Évaluation des services, organisation et systèmes de santé

Août, 2016

© Marie-Françoise Bourricand-Valois, 2016

## Résumé

Ce mémoire traite de l'intégration d'une offre de soins surspécialisés, la gérontopsychiatrie, au sein du système de soins aux personnes âgées souffrant de troubles mentaux du Québec. L'objectif général de cette étude consiste à faire une analyse en profondeur des facteurs favorisant l'émergence de la pratique surspécialisée de gérontopsychiatrie et son implantation, afin d'en déduire des recommandations pour son développement.

Dans un premier temps, nous avons analysé les forces porteuses qui ont soutenu l'implantation de cette nouvelle pratique clinique il y a trente années, dans la région de l'Estrie. Ensuite, nous avons identifié la dynamique conjuguée des facteurs cliniques, organisationnels et symboliques ayant soutenu l'institutionnalisation de cette nouvelle pratique. De cette analyse, nous avons tiré des recommandations pour le développement d'une telle pratique dans le réseau local de santé de Drummondville, puis en région Mauricie-Centre-du-Québec. Ces recommandations prennent en compte les particularités de ce nouveau contexte d'implantation.

Notre cueillette de données s'appuie sur des entretiens individuels et de groupe, des observations non participantes et l'analyse de documents. L'information est présentée sous la forme d'études de cas permettant de rendre vivants les apports d'auteurs ayant éclairé la dynamique d'intégration d'une nouvelle discipline (Abbott, 1995; Abbott, 2003; Mintzberg, 1985, 1998; Nonaka, 1994).

Quatorze recommandations émergent de cette étude. Les quatre premières traitent de la définition de l'objet gérontopsychiatrie, ainsi que de sa diffusion dans les espaces professionnels et organisationnels. Les cinq suivantes portent sur la construction de la dynamique de soutien qui se résume ainsi : tisser des liens dans l'environnement clinique et organisationnel. Quatre recommandations cherchent à faciliter l'institutionnalisation de cette nouvelle pratique dans une dynamique organisationnelle. Il s'agit d'investir la fonction de « champion » (Mintzberg, 1998), à partir d'un noyau où le leadership est partagé, de solliciter des espaces de création et d'alignement des logiques cliniques et organisationnelles. Enfin, la dernière recommandation encourage le soutien du processus de reconnaissance de la gérontopsychiatrie dans la province de Québec.

Cette étude permet de générer certains apprentissages. Le premier est de mettre en lumière que des modèles universels pour améliorer l'organisation des services n'existent pas. Seuls des repères contextualisés à travers une analyse en profondeur permettent d'identifier les forces porteuses de l'environnement. Ensuite, il est possible de les utiliser pour identifier les dynamiques cliniques, organisationnelles et symboliques en présence. La réponse sera ainsi toujours adaptée.

Le second apprentissage est venu de la mise à l'épreuve de notre modèle conceptuel. Ceci nous a permis de comprendre que nous ne devons pas considérer les facteurs d'intégration symboliques, organisationnels et cliniques comme séparées, tel que présentés dans notre modèle théorique initial. C'est plutôt en utilisant une représentation d'imbrication en spirale, tel que proposé par Nonaka (1994) comme un système « hypertexte », que nous avons pu trouver les repères utiles à une conceptualisation globale de l'interférence des facteurs entre eux.

Nous considérons donc que les recommandations formulées pour l'émergence et le développement de la gérontopsychiatrie à Drummondville pourront avoir une pertinence dans une autre région, à la condition expresse de reposer sur une analyse du contexte local et de son environnement.

**Mots-clés :** Gérontopsychiatrie, intégration de soins surspécialisés, modèle d'organisation des soins surspécialisés, gestion du changement, pratiques interprofessionnelles.

## **Abstract**

This memoir discusses the integration of a subspecialized offer of care: geriatric psychiatry in the healthcare system for older people with mental disorders in Quebec. The general objective of this study is to do a in-depth analysis of factors favoring the emergence of subspecialized geriatric psychiatry practice and its implementation, to deduce recommendations for its development.

First, we analyzed the supporting strengths enabling the establishment of this new clinical practice, thirty years ago, in the Eastern Townships. Next, we identified the combined dynamic of clinical, organizational and symbolic factors which supported the institutionalization of this new practice. Then, we have identified the combined dynamic of the clinic, organizational and symbolic factors having supported the institutionalization of this new practice. From this analysis, we have deducted recommendations for the development of this practice in the Drummondville local healthcare network, then in Mauricie-Centre-du-Québec.

Our data gathering is based on individual and group meetings, non-participating observations, and the analysis of documents. The information is presented in the form of case studies, permitting to bring alive contributions from leading authors who enlightened the dynamic integration of this new discipline (Abbott, 1995, 1999; Mintzberg, 1985, 1998; Nonaka, 1994).

Fourteen recommendations emerge from this study. The first four dealt with the definition of geriatric psychiatry entity as well as its dissemination in professional and organizational spaces. The next five dealt with the support of the dynamic construction which can be summarized by the following: building links within the clinical and organizational environment. Four recommendations aim to facilitate the institutionalization of this new practice in an organizational dynamic. It is a question of fully engaging oneself as a "champion" (Mintzberg, 1998), from a core where the leadership is shared, to request spaces for the creation and the alignment of the clinical and organizational logics. The final recommendation is to support the geriatric psychiatry recognition process in the province of Quebec.

This study permits the generation of some learning. The first one is to highlight that universal models to improve organization do not exist. Only contextualized benchmarks, through an in-depth analysis, will allow us to identify and use promising environmental strengths. Afterwards, we will

be able to use them for the identification of clinical, organizational and symbolic dynamics involved. The answer provided then will always be adapted.

The second learning emerged from testing our conceptual model. This enabled us to realize that we could not use clinical, organizational and symbolic factors of integration in separate boxes, as presented in our initial theoretical model. It is rather in using a spiral nesting representation, such as the one proposed by Nonaka (1994), called an «hypertext» system, that we were able to find the needed benchmarks, within the global conceptualization of the interference of factors between them.

We therefore consider that the results, expressed in the recommendations supporting the emergence and the development of geriatric psychiatry in Drummondville, may be of relevance in another region, with the express condition that the local and environmental contexts be analyzed.

**Keywords:** Geriatric psychiatry, subspecialized care integration, organizational model of subspecialized care, change management, interprofessional practice

# Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	iii
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	viii
Liste des figures .....	ix
Liste des sigles et abréviations.....	x
Remerciements.....	xiii
Chapitre 1 : LA PROBLEMATIQUE.....	1
1. La problématique : définition du problème de recherche .....	1
2. Les buts et objectifs .....	5
Chapitre 2 : LE RECENCEMENT DES ECRITS.....	6
1. Le microsysteme socioprofessionnel, maillon de la transformation des pratiques.....	6
2. Trois sources d'incertitude à l'origine de l'émergence d'une nouvelle pratique.....	8
3. Du micro systeme socio-professionnel à la construction d'un réseau de services intégrés .....	13
4. L'accompagnement du changement pour pérenniser l'implantation d'une pratique émergente.....	16
Chapitre 3 : LE CADRE CONCEPTUEL .....	28
Chapitre 4 : LE CADRE METHODOLOGIQUE .....	33
1. Approche générale de la recherche .....	33
2. Le déroulement de l'étude .....	34
3. La collecte des données .....	35
4. L'analyse des données .....	38
5. Les critères de rigueur : validité et fiabilité .....	41

Chapitre 5 : RESULTATS ET DISCUSSION.....	45
SHERBROOKE, TERRAIN D’EXPLORATION .....	45
1. L’émergence de la gérontopsychiatrie et les forces productrices d’un ordre social revisité : structure diachronique (1983-2016).....	45
<u>Le contexte</u> .....	45
<u>La construction diachronique de cette nouvelle pratique</u> .....	49
<u>1988-1996 : L’arrivée d’un médecin formé à la pratique psychiatrique auprès des         personnes âgées</u> .....	53
<u>1996-2005 : La création par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec         d’un pôle d’expertise universitaire</u> .....	54
<u>2015 - Et l’avenir</u> .....	61
2. Un espace social construit en réponse aux besoins d’une population âgée : structure synchronique .....	65
<u>La stratégie de démarrage</u> .....	65
<u>La dynamique d’intégration</u> .....	70
<u>L’institutionnalisation et la pérennisation</u> .....	75
<u>Le leadership au service de l’art</u> .....	84
3. Les enseignements du cas Sherbrooke.....	87
DRUMMONDVILLE, TERRAIN D’EXPLORATION .....	93
1. L’émergence de la gérontopsychiatrie et les forces productrices d’un ordre social en cours de construction : structure diachronique (1977 – 2015).....	93
<u>Le contexte</u> .....	93
<u>La construction diachronique de cette nouvelle pratique</u> .....	100
2. Créer une dynamique synchronique intégrative de la gérontopsychiatrie en Mauricie-Centre-du-Québec .....	122
<u>Définir l’objet gérontopsychiatrie</u> .....	123
<u>Tisser des liens dans l’environnement clinique et organisationnel</u> .....	127
<u>Faciliter l’institutionnalisation par une dynamique organisationnelle     de type « hypertexte»</u> .....	131
3. Synthèse des recommandations .....	137

Chapitre 6 : CONCLUSION.....	142
Bibliographie.....	i
Annexe 1 : Description des besoins sous l’angle démographique et épidémiologique .....	I
Annexe 2 : Organisation de la réponse aux aînés dans le système de santé au Canada et au Québec.....	IV
Annexe 3 : La classification des types de leaders selon Pitcher (1997) .....	XI
Annexe 4 : Grilles d’entrevue individuelle selon fonctions.....	XIV
Annexe 4 bis : Grilles d’entrevue de groupe selon fonctions .....	XXII
Annexe 5 : Grille d’observation de groupe.....	XXVI
Annexe 6 : Modélisation de la trajectoire idéale du patient en gérontopsychiatrie .....	XXVIII
Annexe 7 : Document d’information et de consentement : aux entrevues individuelles ...	XXIX
Annexe 7 bis : Document d’information et de consentement aux entrevues de groupe...	XXXIV
Annexe 7 ter : Document d’information et de consentement : observation de groupe.....	XXXIX



## Liste des tableaux

Tableau 1 : Récapitulatif des entrevues et observations réalisées .....	37
Tableau 2 : Méthodes de traitement des données par niveau et par concepts.....	40
Tableau 3 : Région socio-sanitaire de l'Estrie : données en 2015 .....	47
Tableau 4 : Région socio-sanitaire de la Mauricie-Centre-du-Québec : données en 2015.....	97
Tableau 5 : Synthèse des recommandations pour le soutien de l'émergence et le développement de la gérontopsychiatrie en Mauricie-Centre-du-Québec.....	141
Tableau 6 : Types de leaders et qualificatifs selon P. Pitcher.....	XII
Tableau 7 : Valeurs et vision du monde des trois types de leaders selon P. Pitcher.....	XIII
Tableau 8 : Traits de caractère des trois types de leaders selon P. Pitcher .....	XIII
Tableau 9 : Échelle d'appréciation de la collaboration clinique dans le cadre d'un réseau .....	XV
Tableau 9 bis : Échelle d'appréciation de la collaboration clinique dans le cadre d'un réseau.....	XXIII

## Liste des figures

Figure 1 : Le cadre conceptuel.....	29
Figure 2 : Représentation de l'évolution diachronique du développement de la gérontopsychiatrie en région Estrie .....	52
Figure 3 : Analyse de l'offre de gérontopsychiatrie aux nouveaux patients en région Estrie .....	56
Figure 4 : Répartition de la réponse gérontopsychiatrique en région Estrie.....	59
Figure 5 : Origine des références sur les 332 annuelles en région Estrie .....	59
Figure 6 : Représentation des zones géographiques CIUSS Mauricie-Centre-du-Québec.....	98
Figure 7 : Représentation de l'évolution diachronique du développement des sphères professionnelles.....	101
en région Mauricie-Centre-du-Québec .....	101

## Liste des sigles et abréviations

AMPQ : Association des médecins psychiatres du Québec

APPUI : Appui pour les proches aidants d'aînés

AQDR : Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées

AQESSS : Association québécoise des établissements de santé et services sociaux

AREQ : Association des retraitées et retraités de l'éducation et des autres services publics du Québec

ASSS : Agence de santé et services sociaux

CCTC : Comité conseil pour les troubles du comportement (CHSLD Frederick-George-Heriot de Drummondville)

CER : Comité d'Éthique et de la Recherche

CERES : Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHUS : Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée

CIUSSS : Centre Intégré Universitaire de santé et services sociaux

CIUSSS de l'Estrie-CHUS : Centre Intégré Universitaire de santé et services sociaux et Centre hospitalier universitaire

CLSC : Centre local de services communautaires

CMCQ : Centre Intégré Universitaire de santé et services sociaux de la Mauricie-Centre-du-Québec

CSBE : Commissaire à la santé et au bien-être au Québec

CSSS : Centre de santé et de services sociaux

CSS-IUGS : Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

CSMC : Commission de santé mentale du Canada

CUSE : Centre universitaire de santé de la région de l'Estrie

DAPA : Direction du Soutien aux Aînés en perte d'autonomie (CSS-IUGS intégrée au CIUSSS de l'Estrie-CHUS)

DSP : Directeur des services professionnels

ESPUM : École de santé publique de l'Université de Montréal  
FADOQ : Fédération de l'Âge d'Or du Québec  
GMF : Groupe de médecins de famille  
IUGM : Institut universitaire gériatrique de Montréal  
IUGS : Institut universitaire gériatrique de Sherbrooke  
IUSM : Institut universitaire de santé mentale  
MSSS : Le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec  
OEMC : Outil d'évaluation multi clientèle  
OMS : Organisation mondiale de la Santé  
PASM : Plan d'action en santé mentale  
PREM : Plans régional d'exercice médical  
PREMs : Plans régionaux d'exercice médical  
RAMQ : Régie d'assurance maladie du Québec  
RLS : Réseau local de santé  
RSIPA : Réseau de services intégrés pour les personnes âgées  
RUIS : Réseau universitaire intégré de santé  
SAPA Soutien à l'autonomie des personnes âgées  
SAG : Service ambulatoire de Gériatrie  
SCPD : syndromes comportementaux ou psychologiques lié à la démence  
SIC : Soins intensifs dans la communauté (santé mentale)  
SIPA : Système de services intégrés de services pour personnes âgées fragiles  
SIV : Suivi d'intensité variable dans la communauté  
SMAF : Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle  
TCC : Théories Comportementales cognitives  
TRCPACQ : La table régionale de concertation des personnes âgées du Centre-du-Québec  
UCDG : Unité de Courte durée gériatrique (CSS-IUGS)  
URFI : Unité de réadaptation fonctionnelle intensive  
URTF : Unité transitoire de réadaptation fonctionnelle

*La grandeur d'un métier est peut-être, avant tout, d'unir des hommes : il n'est qu'un luxe véritable, et c'est celui des relations humaines. Antoine de Saint-Exupéry. Vol de nuit. 1931*

*Je dédie ce travail à tous ceux que j'ai rencontrés au cours de ma carrière, à toutes ces femmes et ces hommes, quelle qu'ait été leur place dans le monde... pour les remercier de ce qu'ils m'ont permis de puiser en eux. C'est de ce partage permanent des hommes et des idées que naît la seule richesse au monde qu'il vaille la peine d'accumuler : l'humanité.*

## Remerciements

Je tiens à remercier en premier lieu les directrices de ce mémoire qui m'ont accompagné dans toute cette aventure. Nouvellement arrivée dans ma nouvelle patrie qu'est le Québec, et forte de la maxime : « *Qui prend mari, prend pays !* », elles ont pris le pari de me faire confiance.

Je remercie tout d'abord, le Docteur Maryse Turcotte qui a amené ce sujet qui lui tenait tant à cœur, puisqu'elle y investissait toute son énergie de futur médecin gériatopsychiatre. Par sa générosité, son ouverture, sa double culture, elle m'a ouvert l'esprit, les portes de son milieu de formation et d'exercice. Sans son initiative, cette aventure n'aurait pu avoir lieu.

Je remercie ensuite la professeure Lise Lamothe qui a su par la maîtrise de la méthode et du sujet, m'accompagner avec tant de professionnalisme, de disponibilité, d'indulgence parfois et de ténacité toujours. Ce fut une expérience marquante d'acquisitions nouvelles, grâce à elle.

Je remercie particulièrement le Docteur Paule Hottin, qui m'a ouvert sa pratique, a partagé avec moi la profondeur de ses convictions, et qui m'a, elle aussi, fait confiance.

Mes remerciements vont également à tous les médecins, infirmiers, gestionnaires de cas, gestionnaires que j'ai rencontrés, à Sherbrooke et à Drummondville, et dont l'engagement au service des personnes âgées m'a profondément touchée.

Je remercie Nicole Roberge, laquelle, possédant l'art de mettre en lien les personnes, a facilité et rendu possible pour moi ce projet si enrichissant.

Enfin, je remercie mon conjoint qui m'a accompagné sur les routes du Québec, été comme hiver. Par sa disponibilité et sa patience, il a grandement facilité la réalisation concrète de ce mémoire.

Un dernier remerciement va à mes amies, qui se reconnaîtront parce qu'elles ont participé à ce résultat par leur relecture avisée et m'ont apporté leur soutien sans faille

# Chapitre 1 : LA PROBLEMATIQUE

## 1. La problématique : définition du problème de recherche

Selon l’OMS, les troubles mentaux, spécifiquement la dépression, représenteront d’ici 2030 la principale cause de morbidité dans le monde (Organisation Mondiale de la Santé, 2013, p. 9). L’impact des troubles mentaux sur les individus et les familles, ainsi que leurs répercussions économiques, exercent une pression de plus en plus grande sur les systèmes de santé et sur la société (Commissaire à la Santé et au Bien Être, 2012b; Organisation Mondiale de la Santé, 2013). Cet impact est plus difficile à évaluer pour les aînés, du fait de comorbidités liées aux pathologies apparaissant avec l’âge et du fait de la stigmatisation dont ces troubles font l’objet (Organisation Mondiale de la Santé, 2015; Organisation Mondiale de la Santé et Association Mondiale de Psychiatrie, 2002).

Le Canada s’est doté de lignes directrices relatives à la planification de prestations de services complets en santé mentale pour les aînés (Commission de Santé Mentale du Canada, 2011a, 2011c). Au Québec, le Plan d’action ministériel en santé mentale (PASM) élaboré en 2005 nommé la force des liens, puis redéfini en 2015 sous le vocable faire ensemble autrement (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2005, 2015a), définissent les axes stratégiques d’intégration des soins de santé mentale. Ce premier plan a été décliné dans sa troisième phase pour les soins aux aînés dans les régions de Montréal (Agence de santé et services sociaux de Montréal, 2011, 2013), de la Capitale Nationale (Institut universitaire de santé mentale de Québec, 2011) et de la région de l’Estrie (Agence de santé et services sociaux de l’Estrie, 2005).

Au Québec, Le besoin en soins de santé mentale de la population âgée est devenu un problème de santé publique du fait d’une part, de l’accroissement de cette tranche d’âge dans la population, d’autre part de l’augmentation des comorbidités somatiques et/ou cognitives <sup>1</sup> (Commissaire à la santé et au bien être, 2012a; Commission de santé mentale du Canada, 2011b; Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2015a; Organisation Mondiale de la

---

<sup>1</sup> Voir en annexe 1 : Description des besoins sous l’angle démographique et épidémiologique.

Santé, 2013). Les personnes âgées de plus de 65 ans représenteront en effet 25,1 % de la société québécoise en 2035, contre 24,3 % en Ontario, 23,7 % au Canada et 20,7 % aux États-Unis. (Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations, 2015). L'émergence de la gérontopsychiatrie y est historiquement le fruit de la réponse aux besoins complexes d'une population âgée lorsque des troubles de santé mentale viennent s'inscrire dans une pratique clinique complexifiée par de multiples morbidités ou lorsque les pathologies somatiques ou les déficits cognitifs s'ajoutent à la pathologie psychiatrique.

La littérature montre que la problématique de soins aux aînés souffrant de troubles mentaux est principalement celle de l'accessibilité aux soins : 10 % seulement des personnes âgées ayant besoin de ces soins reçoivent des soins spécialisés (10% des personnes qui consultent présentent des comportements suicidaires, les hommes de plus de 80 ans représentant la population la plus concernée par le suicide) (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2005)<sup>2</sup>. Les causes en sont multiples : la méconnaissance et la peur de la stigmatisation par les patients et leur famille, le dépistage insuffisant des troubles par les professionnels, la méconnaissance de l'offre du réseau ainsi que le degré de collaboration interprofessionnelle et de coordination des soins (Lamarche, Pineault et al, 2010), et enfin, l'accessibilité géographique.

L'accessibilité et la pertinence de la réponse apportée aux aînés souffrant de troubles mentaux est essentiellement liée à l'intégration des soins spécialisés à l'intérieur des soins de première ligne (Agence de santé et services sociaux de Montréal, 2011, 2013), ainsi qu'entre les programmes de Soins aux Personnes Âgées en Perte d'Autonomie (SAPA). Dans le rapport « Pour plus d'équité et de résultats en Santé Mentale au Québec » (Commissaire à la Santé et au Bien Être, 2012b), le modèle de soins basé sur la collaboration est démontré comme la réponse aux problèmes posés au système de santé en santé mentale, particulièrement pour les jeunes et les personnes âgées : amélioration des symptômes, amélioration fonctionnelle, réduction des jours d'incapacité, augmentation des années de vie pondérées par la qualité et meilleure observance du traitement (Kates et Mach, 2007). D'après ces auteurs, ce modèle permet de réduire ainsi les coûts de santé : recours plus efficient aux médicaments, usage réduit

---

<sup>2</sup> A noter que la question de l'impact et des causes du suicide dans le plan de santé mentale 2015-2020 est abordé sous le vocable « tout au long de la vie » et le focus est mis sur le jeune et la personne adulte. (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2015a).



des autres services médicaux, utilisation plus efficiente des ressources existantes. La Commission de santé mentale du Canada recommande que des mécanismes clairs facilitent la collaboration et l'accès aux soins (Commission de santé mentale du Canada, 2011b). En 2012, dans son rapport portant sur l'appréciation de la performance en santé mentale, le Commissaire à la santé et au bien-être recommande que soit systématisée la mise en place de mécanismes formels de liaison efficaces entre les différents partenaires de soins et services en Santé Mentale (Commissaire à la santé et au bien être, 2012a).

La littérature démontrant les facteurs de développement des réseaux et les éléments facilitateurs d'intégration des soins et services est abondante depuis 10 ans. Elle analyse l'intégration des soins de santé primaires au Québec (Lamarche et al., 2010), l'efficience des soins gériatriques intégrés par le programme SIPA<sup>3</sup> au Québec (Béland et al., 2006; Hébert, Tourigny et Gagnon, 2004), ou l'efficacité de l'utilisation coordonnée d'un réseau de soins aux personnes âgées fragiles à Genève (Di Pollina, Gillabert et Kossovsky, 2008).

Ces dernières années, les travaux ont été recentrés sur les outils facilitant le changement et l'intégration clinique entre acteurs (Lamothe, 2005, 2006), les acteurs et les organisations (Denis, Lamothe et Langley, 2006) et plusieurs revues systématiques de littérature ont été réalisées sur l'intégration des soins dans les systèmes de santé (Suter, Oellke, Ader et al, 2007; Wistows et Dickinson, 2012). L'ensemble de cette littérature permet de se faire une représentation assez complète des facteurs facilitateurs des processus à l'œuvre et les niveaux d'organisation concernés.

L'implantation d'une nouvelle pratique clinique dans un système de soins et services est de fait génératrice de changements, tant dans les pratiques que les organisations. Les origines du mouvement peuvent être différentes : l'existence de besoins non comblés et l'expression d'une demande soutenue par une mobilisation de la population, l'introduction d'une nouvelle technologie portée par un mouvement académique, ou encore une décision de développement de politique de santé publique.

Avant d'atteindre son inscription dans la réglementation d'un État, cette nouvelle pratique a toutefois traversé un certain nombre d'étapes. Les résultats des travaux des chercheurs

---

<sup>3</sup> Système de services intégrés pour personnes âgées fragiles

sociologues ayant observé la construction des professions (Abbott, 1995; Abbott, 2003; Freidson, 1970) nous permettront d'éclairer cette dynamique d'émergence, de consolidation auprès des espaces professionnels existants, et de reconnaissance sociétale.

La gérontopsychiatrie est en voie de reconnaissance réglementaire au Canada et dans la province du Québec. En 2011, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada reconnaît cette surspécialisation, la définit, et élabore les lignes directrices du programme de formation. Le 22 octobre 2015, le Collège des médecins du Québec introduit la gérontopsychiatrie dans son règlement des spécialités médicales. La reconnaissance complète doit encore se concrétiser, via la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ), par la mise en place effective de Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) spécifiques à cette pratique, autorisant son exercice (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2016), ainsi que la reconnaissance de l'activité de gérontopsychiatre référent, à l'instar de la pédopsychiatrie.

Précisons que, bien que cette offre soit implantée dans les quatre<sup>4</sup> régions universitaires du Québec depuis plus de trente années, la formation universitaire à cette surspécialité est développée au Canada selon le programme du Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada en 2011, et au Québec depuis 2014 par l'Université de Montréal<sup>5</sup>.

Le Docteur Maryse Turcotte<sup>6</sup>, médecin surspécialiste en formation et co-directrice de ce mémoire, amène en 2015 la question de la structuration d'une gérontopsychiatrie surspécialisée émergente à travers son implantation à Drummondville. Cette jeune femme médecin est en effet l'initiatrice de cette recherche, laquelle a pris naissance à la fois dans sa double culture : une maîtrise en administration de la santé a en effet précédé sa formation de médecin, et à la fois de par sa rencontre avec le chercheur principal, elle-même conjuguant sa culture soignante (infirmière) avec celle de gestionnaire.

---

<sup>4</sup> Université de Montréal, Université Mc Gill, Université de Sherbrooke, Université Laval.

<sup>5</sup> Insistons sur le fait qu'en 2014, l'Université de Montréal développe un programme de formation permettant de la dispenser au Québec pour la première fois.

<sup>6</sup> Médecin psychiatre en cours de formation gérontopsychiatre, première promotion au Québec

## 2. Les buts et objectifs

C'est dans ce contexte que ce travail de recherche traite de l'intégration de l'offre de la « surspécialité » qu'est la gérontopsychiatrie au sein du système de soins aux personnes âgées souffrant de troubles mentaux au Québec, soins assurés conjointement par les programmes de soins intégrés de Santé Mentale et/ou de Soins et services aux personnes âgées en perte d'autonomie (SAPA).

L'objectif général de ce travail de recherche est ainsi de déterminer les facteurs facilitant l'implantation d'un programme de soins intégrés de gérontopsychiatrie et en tirer des recommandations pour Drummondville.

S'appuyant sur le modèle conceptuel décrit dans le troisième chapitre, notre étude fera l'analyse du développement de cette surspécialité dans la région de l'Estrie, généralement considéré réussi (terrain d'exploration). Les enseignements tirés de cette analyse, serviront d'appui aux recommandations adaptées au contexte de la Mauricie-Centre-du-Québec, plus précisément du réseau local de santé (RLS) de Drummondville (terrain d'exploitation).

Les objectifs intermédiaires de ce travail de recherche sont ainsi développés comme suit :

- Décrire la configuration du système de gérontopsychiatrie à Sherbrooke ;
- Comprendre et analyser les dynamiques d'interaction soutenant l'intégration symbolique, clinique et organisationnelle de ces soins surspécialisés, d'abord entre cliniciens et dans un second temps entre cliniciens et gestionnaires ;
- Comprendre et analyser les facteurs contextuels propres à la pratique clinique et organisationnelle locale, inscrite dans le système symbolique, favorisant ou non l'implantation des soins de gérontopsychiatrie ;
- Décrire les formes organisationnelles émergeant de la contribution de la gérontopsychiatrie aux systèmes de soins existants ;
- Dédire de cette analyse des recommandations pour un modèle de soins intégrés de gérontopsychiatrie à Drummondville.

## **Chapitre 2 : LE RECENCEMENT DES ECRITS**

Les concepts guidant l'intégration de la surspécialité qu'est la gérontopsychiatrie nécessitent l'exploration de plusieurs théories inter-reliées soutenant la dynamique à ses différents niveaux de construction. Le premier niveau fait référence à l'émergence locale et professionnelle de l'intégration des soins : la micro société clinique (Abbott, 1995; Abbott, 2003; Andersson et al, 2012; Brint, 1993; Lamarche, Lamothe et Bégin, 2001; Lamothe, 2002, 2005; Lamothe et Denis, 2007; Sullivan et Williams, 2012; Sylvain et Lamothe, 2012; Weick, 1995). Le second niveau mobilise les concepts favorisant la consolidation de cette émergence dans l'organisation, c'est-à-dire l'identification des mécanismes à l'œuvre favorisant sa pérennisation (Champagne, 2002; Contandriopoulos, Denis, Touati et Rodriguez, 2001; Denis, 2002; Denis et al., 2006; Lamarche et al., 2001; Nonaka, 1994, 2008; Roy, Litvak et Paccaud, 2010; Sylvain et Lamothe, 2012), et plus particulièrement l'influence du leadership dans l'accompagnement du changement (Lapierre et al, 1992; Pitcher, 1997).

### **1. Le microsysteme socioprofessionnel, maillon de la transformation des pratiques**

#### **RÉSEAU DE SOINS, MICROSOCIÉTÉ ET COMPLEXITÉ**

Un réseau de soins et services est une organisation des plus complexes, faisant intervenir autour de la demande d'un patient et de son aidant naturel de nombreux professionnels, des métiers différenciés par des cultures et formations spécifiques (Lamarche et al., 2001; Lamarche, Roberge, Pinault et al, 2008; Roy et al., 2010). De l'obligation de coordination de ces nombreux professionnels, en interaction dans l'environnement du patient, naît ainsi une « *micro dynamique* » (Lamothe, 2005) développant une microsociété locale. Le rôle professionnel dans la construction des réseaux de soins et services sociaux est donc prépondérant, formant en quelque sorte la « *clé de voute de la transformation des systèmes* » (Lamothe, 2005, 2006).

Abbott (Abbott, 1995) utilise la métaphore de l'adaptation de l'homme biologique à son environnement (plus largement du vivant biologique) pour expliquer le phénomène d'émergence d'un nouvel espace professionnel. Il précise, à partir de nombreux exemples (le travail social, la médecine au XIX<sup>ème</sup> siècle au Royaume Uni, l'exercice de la profession de psychiatre dans les établissements psychiatriques en 1930 aux États-Unis d'Amérique), qu'une profession naît et évolue dans une temporalité, et non dans un espace vide, mais en interrelation avec les autres sphères professionnelles. Abbott précise, citant Mead (1932), que ce processus de création est aussi un « *monde d'évènements* », et que l'histoire doit être vue du présent au passé et non du passé au présent comme elle est souvent racontée, pour en chercher ses origines : « *Things emerge not from fixed plans, but from local accidents and structures.* » (Abbott, 1995, p. 865). L'auteur précise que trois composantes sont nécessaires à l'émergence d'une écologie : des acteurs, des lieux et une fonction (au sens mathématique du terme), les associant les uns aux autres, ou autrement dit : « des acteurs, des lieux, des liens » (Abbott, 1988, 1995; Abbott, 2003).

La dynamique d'émergence d'une nouvelle pratique vient donc définir, ou redéfinir les espaces sociaux existants ainsi que les accords structurant jusque-là les relations (Abbott, 1995; Abbott, 2003; Lamothe, 2005; Nancarrow et Borthwick, 2005), dans un premier temps à partir de « proto-frontières » (Abbott, 1995) existant avant les entités elles-mêmes. La dynamique d'émergence, d'après ces auteurs, est ainsi générée par : 1) des approches différentes pour régler un problème ; 2) un porte-parole et une identité largement reconnue ; 3) des transactions menées pour la division du travail<sup>7</sup> l'interdépendance et la hiérarchie professionnelle ; 4) la capacité d'influence sur l'exercice des activités, des éléments de proximité dans l'espace social (comme par exemple la mobilité professionnelle entre les aires professionnelles, la structure de carrière et les liens entre les différentes aires professionnelles, les relations pour la division du travail, les échanges avec la clientèle, ou toute autre chose) ; 5) un pattern stable des relations interprofessionnelles (avec des variations possibles) ; 6) une culture et des règles culturelles partagées.

---

<sup>7</sup> La division du travail, en tant que mouvement de formatage des frontières/entités, peut simplement servir à distinguer un intérieur et extérieur ou permettre une différence interne à l'intérieur d'une même entité (Abbott, 1995).

La création de cette microsociété professionnelle est bousculée par des mouvements divers, donnant naissance à des formes multiples et différenciées d'organisation selon les contextes (Lamarche et al., 2001; Lamothe et Denis, 2007). Ces mouvements sont, de fait, la résultante d'une dynamique initiée par le processus d'adaptation à des sources d'incertitude de diverses origines (Lamothe, 2006), amenant les acteurs du système à sécuriser leur aire de travail (Crozier et Friedberg, 1977).

## **2. Trois sources d'incertitude à l'origine de l'émergence d'une nouvelle pratique**

La complexité de l'environnement clinique dans un contexte d'extension démographique représente une première source d'incertitude et nécessite accès et analyse d'informations plus ou moins poussées selon la nature de la clinique et les besoins d'une population (Lamothe, 2005; Lamothe et Denis, 2007). Cette complexité nécessite également le développement de liens avec un nombre plus ou moins important de professionnels issus de mondes professionnels différents : médecins omnipraticiens ou spécialistes, experts en imagerie, infirmiers, travailleurs sociaux, psychologue, professionnels de rééducation, orthophoniste, (Brousselle, Lamothe et al, 2004; Brousselle, Lamothe, Sylvain, Foro et Perreault, 2010).

De plus, la nature de l'objet des soins aux personnes âgées souffrant de troubles de santé mentale est par essence très complexe, et se prête peu à une standardisation. Mintzberg, dans sa description de la bureaucratie professionnelle (1985) précise que le savoir médical est fondé sur le processus de classification des cas. Ce mécanisme de maîtrise du savoir est la source de son influence sur l'environnement et permet de répondre à cette complexité.

La deuxième source d'incertitude est sans nul doute celle des frontières professionnelles et de ses mouvements dans l'exercice pratique des soins de santé, mécanisme important de transformation. Travailler ensemble avec ces différences ne va pas de soi. L'intégration d'une nouvelle approche ou d'une nouvelle fonction vient déplacer les frontières habituellement définies par la loi, la formation, le contexte historique, les données probantes issues de la

littérature (Kilpatrick et al, 2011), et enfin l'aptitude du corps professionnel à organiser et gérer son champ d'exercice (National council of state boards of nursing, 2009).

Bien des auteurs accordent à Max Weber (Weber, 1917) d'avoir construit le concept de profession dans sa structuration sociétale (Brint, 1993; Freidson, 1970; Kilpatrick et al, 2011; Nancarrow et Borthwick, 2005). Freidson, sans toutefois nier cette fonction sociétale, définit la professionnalisation comme un processus dynamique dont la finalité permet d'expliquer les fondements de nos organisations soignantes (Brint, 1993). En effet, d'après Brint, la profession agit collectivement afin de maintenir un monopole, un « *gatekeeping* » de ses prérogatives, afin d'asseoir son pouvoir social et ses « parts de marché ». Il est reconnu par ces auteurs que nos établissements de santé se sont construits à partir de la profession médicale, particulièrement du fait du pouvoir que la société lui a conféré (Beck, 2001; Foucault, 2004).

Une nouvelle entité émerge parfois de manière accidentelle: « *The emergence of social entities is often such an act, a drawing together of things. It could arise in any of the sources of action – charisma, tradition, optimization, monomania, value rationality. We should remain explicitly agnostic about which is actually involved.* » (Abbott, 1995, p. 871). Les frontières d'une profession sont pour autant mouvantes de par l'existence de forces tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de son périmètre : l'état du « marché », avec les périodes de pénurie ou d'abondance, l'exercice du pouvoir des « consommateurs » dont la place est croissante et soutenue par l'évolution de la législation, la pression économique, l'arrivée d'une technique nouvelle ou l'extension des compétences initiales semblent être encore plus génératrices de changement de la dynamique professionnelle que la profession elle-même (Brint, 1993). Ces mouvements produisent diversification (nouvelles pratiques, nouveaux marchés, nouvelles manières d'exercer, nouvelles technologies ou nouveaux médicaments, nouvelle philosophie de soins), spécialisation (généralement liée à plus d'autonomie, de reconnaissance sociétale et salariale) et substitution verticale (de généraliste à spécialiste) ou horizontale (vers d'autres professions) (Nancarrow et Borthwick, 2005).

Afin de maîtriser l'incertitude, contrôle de la production et mécanismes de coordination vont apporter cohérence et convergence à la production de soins et services.

Abbott (1988, 1995) identifie que le groupe professionnel va contrôler à la fois la reproduction interne de son activité, tout autant que la cohérence externe, à travers ses liens avec

les autres écologies. Ces mouvements, dans l'exercice pratique des soins de santé, sont en effet un mécanisme important de transformation. L'auteur nous précise que ces frontières peuvent bouger selon les acteurs et les systèmes. Bien qu'ayant besoin d'un noyau stable et rassurant, des transformations se forment ainsi à la marge de ce noyau dur définissant le métier, lorsqu'il y a redéfinition des zones de pratique entre professionnels et que, de fait, le changement se produit à la fois à l'intérieur et à l'extérieur, le plus souvent en mixant le formel et l'informel (Abbott, 1995).

Pour sa part, Mintzberg décrit les mécanismes de coordination à l'œuvre dans l'ensemble du système de production de soins et services structurant son organisation sous la forme de bureaucratie professionnelle (Mintzberg, 1985, 1998). Pour l'auteur, dans ces organisations spécifiques, parmi les mécanismes de coordination, seul le mécanisme de standardisation des compétences permet la régulation des tâches entre les professionnels et garantit l'autonomie nécessaire à la créativité pour répondre à cette complexité : chaque membre de l'organisation professionnelle possède les compétences nécessaires, connaît celles des autres et est ainsi capables de réaliser ses tâches selon des méthodes et références communes. Selon Mintzberg, ni la standardisation des tâches (en médecine toujours individualisées à partir de la situation clinique), ni la standardisation des résultats (toujours dépendants du contexte clinique), ni même la supervision directe par la ligne hiérarchique, ne sont opérants. De ce fait, le gestionnaire peut difficilement intervenir dans la sphère clinique, la supervision des professionnels étant uniquement exercée par des pairs, et le plus souvent à partir de l'extérieur de l'organisation<sup>8</sup>. L'ajustement mutuel, du fait de l'importance de l'autonomie professionnelle, n'est pas plus opérant. L'auteur ajoute aux mécanismes acceptés par l'organisation professionnelle la standardisation des normes, renvoyant à la construction d'une culture commune qu'il considère être le « ciment » de l'organisation (Mintzberg, 1998).

Le travail de création d'une entité peut ainsi être examiné comme un travail de rationalisation et de coordination des différentes connexions et des différences locales en un tout, ainsi que le résultat de la capacité de l'entité à endurer, à résister (Abbott, 1995; Abbott, 2003). Abbott nomme « *jurisdiction* » le lien que la profession réussit à instituer dans la sphère

---

<sup>8</sup> Le Collège des médecins du Québec, pour les médecins.



professionnelle, permettant ainsi de donner légitimité à l'action, de réguler les événements de manière durable, de maintenir ainsi la production de l'entité sociale dans le sens défini et produire un effet sur le reste du processus social. La structure acquière de ce fait une cohérence et une autonomie interne, entretient des liens avec les autres sphères professionnelles en une « écologie liée ». Les « auditoires » (État, population, lieux de travail), selon Abbott (2003), sont à considérer comme d'autres écologies venant interférer dans cet espace social inter relié<sup>9</sup> : « *The differences are things that emerge from local, cultural negotiations... These are not necessary category labels, although the traditional argument (which starts with entity) would presuppose that fact.* » (Abbott, 1995, p. 863). Cette dynamique entraîne avec elle, de par ses répercussions, des mouvements et bénéfices dans les autres professions simultanément (Brint, 1993). Elle induit également des changements organisationnels et structurels qui nécessitent une caution sociétale, laquelle peut faire bouger à son tour le cadre réglementaire, passant de l'informel au formel. Brint (1993) précise qu'une profession est en sécurité si elle a, ou maintient, un haut niveau de demande de ses services spécialisés, si elle peut garder un certain contrôle sur son exercice, et enfin si elle sait rivaliser avec les autres acteurs professionnels sur les coûts générés, la qualité et la nouveauté qu'elle apporte. Cette dynamique de maintien des frontières est un des éléments amenant les organisations à se structurer autour d'ordres négociés par un « arrangement des logiques » (Lamothe, 2005) et un partage de territoires.

La transformation du monde symbolique représente la troisième source d'incertitude, issue de la création de cette « microsociété » en mouvement. Il s'agit de la transformation des valeurs, croyances et systèmes de pensée (Scott, 1995). De nouveaux « archétypes » (Miller, 1999) naissent de l'interpénétration de ceux portés par les professionnels en interaction, et sont à considérer comme un « *outcome* » du processus d'intégration (Denis et al., 2006). Scott (1995) identifie trois piliers institutionnels formant cet « archétype » : la régulation, les normes sociales (standards de la profession, politiques et protocoles imposés par le monde académique ou issu des associations professionnelles), les croyances ou symboles (vocabulaire, comportements,

---

<sup>9</sup> L'auteur précise : *En réalité, loin d'être des structures unifiées, ces auditoires sont eux-mêmes des structures interactionnelles complexes, dominées par des forces écologiques semblables aux écologies qui dominent dans le monde des professions. Il s'ensuit que les événements survenant dans les univers professionnels sont beaucoup plus inters reliés que je ne l'avais imaginé, car ils doivent s'inscrire dans deux systèmes écologiques, celui de la profession et celui de l'État ou d'un autre auditoire. Depuis, j'ai été amené à penser que nous devrions imaginer le monde social sous forme d'écologies liées.* (Abbott, 2003, p. 6)

vêtements), formant ainsi le système symbolique. Ce système a pour fonction de légitimer les actions et aussi de permettre de travailler ensemble en routine sans avoir à le redéfinir chaque jour (Meyer et Rowan, 1977, cité par Denis et Lamothe, 2006).

Nous retenons trois théories permettant de comprendre « la physiologie » du système symbolique dont la fonction est d'aligner les représentations des différents individus et groupes professionnels en vue de permettre l'intégration. Il s'agit des théories du « *Sensemaking* » (Sylvain, 2012; Sylvain et Lamothe, 2012), du « *Boundaries objects* » (Sullivan et Williams, 2012), et de la « *translation of ideas* » (Andersson et al, 2012) :

La théorie du « *sense making* » (Rouleau et Balogun, 2008; Weick, 1995) est définie par les auteurs comme un processus social de construction collective de sens par des acteurs en interconnexion pour interpréter le monde et agir collectivement. Dans un système complexe, cette approche a une pertinence particulière pour expliquer le processus de création d'une vision claire, construite collectivement et incarnée par le leader de l'organisation (Weick, 1995). Elle explique également comment se produisent ces processus d'alignement des représentations et d'influence entre groupes de pouvoirs institutionnels (Abbott, 1988).

La théorie du « *boundaries objects* » (Sullivan et Williams, 2012) fait référence aux « *objets d'expertise* » professionnels, accrédités par le corpus académique (corpus de connaissance, territoires professionnels, responsabilités) pouvant rendre la collaboration difficile, voire conflictuelle selon les mécanismes d'intégration décrits plus haut. Cette approche permet de comprendre comment, par l'attention portée à ces objets profondément ancrés dans les identités professionnelles, se met en place un processus de management et de médiation de ces frontières pour les transformer en vue de la création d'une identité commune. Ce processus touche aux structures de pensée, au transfert de connaissance, propose un diagnostic de situation plus en profondeur. In fine, il facilite le processus de décision et d'implication des parties prenantes. Le processus d'intégration lui-même est considéré et évalué par les auteurs comme un « *boundary object* » servant à accompagner le changement.

La théorie de la translation ou « *translation perspective* » (Andersson et al, 2012) permet d'observer comment les idées sont propagées entre les acteurs et entre les niveaux de l'organisation. Ce processus de translation obéit à un mouvement d'évolution centré sur les idées directrices, pratiques et modèles identifiés comme porteurs de succès et souhaités (Czarniawska-

Joerges et Sevón, 1996). L'identification est ainsi la première phase du processus, puis émerge la construction d'un désir de transformation pour aboutir à la transformation de l'action. Il doit être développé, selon les auteurs, dans une logique institutionnelle locale et à travers les arrangements de logiques contradictoires dans un processus de récursivité. Il agit à la fois dans le monde symbolique et matériel de l'organisation.

Prenant en compte ces différents niveaux d'incertitude, la transformation des pratiques ne pourra ainsi se faire que par un processus d'apprentissage collectif évolutif, toujours à consolider, émergeant d'un engagement à modifier un ordre et des pratiques établis (Lamothe, 2005). Le vecteur principal de cette transformation est la confiance partagée (Lamothe, 2002), fondée sur le respect des règles de pratiques cliniques, du contrat issu du partage des responsabilités cliniques respectives et de la construction d'une responsabilité collective qu'il convient de décrypter pour assurer l'institutionnalisation du mouvement. La construction de cette confiance réciproque tissera ainsi un climat de sécurité porteur de l'acceptation du changement (Lamothe et Denis, 2007).

### **3. Du micro système socio-professionnel à la construction d'un réseau de services intégrés**

Localement, l'implantation de la gérontopsychiatrie vient s'imbriquer dans deux organisations de soins travaillant à leur intégration dans le tissu socio-sanitaire : celui de la psychiatrie<sup>10</sup>, duquel il est issu, et celui de la gériatrie avec lequel cette surspécialité a pour mission de collaborer pour répondre aux besoins de la population âgée souffrant de troubles psychiques. Les réseaux de soins résultant de ce « mixage » sont toutefois construits à travers des modèles différenciés, tant par la formation académique que par les valeurs soutenant les pratiques. L'émergence de cette nouvelle pratique surspécialisée au sein de ces deux programmes et réseaux construits interpelle de fait les organisations existantes et ainsi oblige à en modifier les contours, voire à créer de nouvelles organisations dans un objectif d'intégration.

---

<sup>10</sup> Voir en annexe 2 : L'organisation de la réponse aux aînés dans le système de santé au Canada et au Québec.

La diversité des définitions et des composantes de l'intégration des soins dans la littérature montre de manière évidente, s'il en était besoin, les enjeux et les domaines qui composent et influencent réciproquement la réussite d'un projet de développement de soins intégrés. Wistows et Dickinson (2012) alertent sur la confusion induite par les définitions et les sens différents donnés au mot intégration (allant, entre autres, de l'interaction entre deux acteurs à l'intégration en passant par la coordination), ainsi que la difficulté à en déduire les inputs et l'emphase mise par les études actuelles sur les processus au détriment des résultats.

Afin de spécifier les différentes dimensions d'un réseau de soins intégrés, Contandriopoulos, Denis et al (2001) apportent des éléments éclairants sur les facteurs favorisant de cette intégration. D'après ces auteurs, les dimensions sont à la fois clinique (partage des normes, des pratiques, des outils), administrative et fonctionnelle (système de gouvernance, allocations de ressources, système d'information). L'intégration est également qualifiée d'horizontale (différents services offerts pour un même épisode de soins) ou verticale (entre les épisodes de soins). L'intégration présente des composantes structurelles (regroupement, coopération, fusion), professionnelles (coopération, coordination, harmonisation et mise en commun de pratiques), et enfin normatives (culture, vision, sens partagé). Cette dimension normative est aussi nommée dimension symbolique initialement par Contandriopoulos (2001), et reprise par bien d'autres auteurs (Lamarche et al., 2001; Roy et al., 2010).

Pour assurer la survie de l'organisation, les forces en présence mettent en place des mécanismes de négociation entre groupes influents cliniques et administratifs, dans l'obligation de coopérer (Crozier et Friedberg, 1977). Les logiques de différenciation au sein d'une logique de production de soins rencontrent une logique d'intégration bureaucratique axée sur la centralisation, l'impersonnalisation et la distance (Lamothe, 2005; Lamothe et Denis, 2007). La dynamique issue de la confrontation de ces logiques, traversée par des forces parfois contradictoires et liées au contexte (héritage historique, forme structurelle, normes organisationnelles, stratégie des décideurs, pressions politiques locales) peut aboutir à des formes parfois hybrides, fruits de la négociation des forces en puissance (Lamothe et Denis, 2007).

La littérature (Contandriopoulos et al., 2001; Roy et al., 2010) définit les caractéristiques de la dynamique des réseaux de santé par trois dimensions combinatoires : 1) la différenciation (développement d'expertises particulières, de nouveaux services, de nouvelles fonctions ou départements) ; 2) l'intégration (aux niveaux organisationnels : financements partagés, ressources mises en commun, système d'information unifié). L'intégration clinique demande un effort sur les plans normatif (vision et valeurs), systémique (politique et programmes) et fonctionnel (financement, information, gestion). L'intégration dans l'ensemble de ces niveaux favorise la cohérence dans la réponse aux besoins, une fluidité de parcours au plan clinique et une meilleure maîtrise des coûts ; 3) la centralisation, levier puissant lorsque l'équilibre est trouvé entre centralisation et décentralisation pour réussir une pleine intégration.

Ces différentes logiques dynamiques, selon Abbott (1995; Abbott, 2003), sont le produit des relations entre les différentes écologies-liées : : « *Ces questions de structure interne des écologies voisines, et de mesure de l'homologie entre elles sont les premières qu'une analyse des écologies liées doit prendre en compte* » (Abbott, 2003, p. 63) . D'après cet auteur, liens d'homéomorphisme ou de discordance génèrent la composante cohésive entre les différentes écologies :

*Comme je l'ai indiqué dans « The system of profession » (Abbott, 1988), l'objectif des professions est, dans une large mesure, de faire correspondre rigoureusement les tâches professionnelles avec l'organisation même des professions. Tel est le but de la juridiction exclusive, but jamais atteint, certes, à cause des forces que j'ai évoquées. Mais la leçon est évidente. Le monde des tâches, ou disons, de façon générale, le modèle des lieux écologiques, n'a pas une forme déterminée. C'est la concurrence entre les acteurs qui lui donneront une forme à tout moment, même si, à chacun de ces moments, cette forme semble être une structure pré définie. (Abbott, 2003, p. 60)... Tout comme pour le groupe des acteurs, cette forme peut être déterminée par le nombre et la dimension des positions, et surtout par leurs recouvrements et leurs chevauchements (Abbott, 2003, p. 61)...Il faut également prendre en compte les rythmes et les cycles temporels des écologies liées. Ceux-ci peuvent être les rythmes et les cycles des acteurs, ceux des lieux, ou encore ceux des liens entre eux. (Abbott, 2003, p. 66)*

L'objectif poursuivi prend ainsi forme à travers l'enjeu local et les alliances :

*Certes, ces buts ont d'abord un enjeu local, qui se situe dans l'écologie propre à chaque acteur, mais les résultats ne dépendent pas seulement de la réussite locale, ils marquent également la réussite de l'alliance qui transcende toutes les écologies en jeu. Dès lors, les variables les plus importantes sont celles qui déterminent la formation des alliances. Par exemple les différences de taille des acteurs d'écologies*

*contiguës influent sur les possibilités d’alliance, de même que pourraient le faire des chevauchements des membres des écologies, et les différences de tempo de la concurrence (Abbott, 2003, p. 10) :*

Abbott (1995; Abbott, 2003) nomme « *structure synchronique des écologies* » les éléments constitutifs d’une écologie liée ; et « *structure diachronique* »<sup>11</sup> la dynamique de son inscription dans le temps. Acteurs, positionnements, chevauchements ou recouvrements, et alliances développées par une organisation professionnelle composent la structure synchronique. Nous retiendrons cette catégorisation pour le cadre de présentation des résultats, ce que nous expliciterons plus précisément dans le quatrième chapitre de ce travail.

A partir de ces différentes dynamiques, regardons comment les résultats des travaux de recherche sur l’accompagnement du changement pourra éclairer la dynamique d’émergence et d’implantation de cette surspécialité qu’est la gérontopsychiatrie dans les services de santé en région.

## **4. L’accompagnement du changement pour pérenniser l’implantation d’une pratique émergente**

La littérature reconnaît au changement plusieurs origines dans nos organisations de soins (Champagne, 2002; Denis et al., 2006). Comme nous l’avons explicité ci-avant, une des origines peut être une nouvelle pratique clinique, de nouvelles connaissances thérapeutiques, et provient alors de la microsociété clinique ainsi porteuse de la dynamique de changement (Abbott, 1995; Abbott, 2003; Lamothe, 2005). Une autre des origines du changement sera structurelle de par la modification des frontières de l’organisation (Denis et al., 2006). Une troisième source proviendra d’une dimension externe impulsées par les décideurs (implantation de dispositifs de reddition de compte ou de résultats d’indicateurs de processus (accessibilité), ou de résultats de

---

<sup>11</sup> Rappel : Diachronique et synchronique : Termes issus de la linguistique d’après l’approche structuraliste de Saussure (1916) « *qui introduit la différence entre la linguistique synchronique (ou « linguistique statique ») et la linguistique diachronique (ou « linguistique évolutive ») au titre des principes généraux fondant la possibilité même d’une étude scientifique de la langue : pour lui, il s’agit de « deux routes absolument divergentes ».* (Encyclopédie Universalis, 2016)

santé publique (mortalité, morbidité, amélioration des comportements de santé) (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2015b), ou encore par la pression de la population.

Dans la littérature, les modèles d'accompagnement du changement sont multiples (Champagne, 2002) selon le cadre théorique auquel ils se réfèrent. Ils promeuvent chacun des déterminants spécifiques dans la réussite de son accompagnement. L'auteur précise que la communauté scientifique admet le changement comme un « *phénomène complexe, peu prévisible qui doit impliquer un large éventail d'agents et de pilotes du changement, dont les rôles et l'implication peuvent varier dans le temps* » (Champagne, 2002, p. iv). Champagne (2002) identifie les facteurs influençant le soutien de l'émergence et l'accompagnement du changement par ses échecs : « *l'échec de la décision* »<sup>12</sup>, « *l'échec de l'implantation* », et « *l'échec lié à la théorie de l'intervention* »<sup>13</sup>.

Denis (2002) a identifié trois pièges possibles posés par le défi de la transformation d'une offre de services de soins et son institutionnalisation : la rivalité des leaders, le détachement du projet de la base, l'écart entre le projet et les exigences de l'environnement ; pièges auxquels il convient d'ajouter les modalités de financement des organisations et des professionnels (fractionné, centralisé ou décentralisé). Le résultat, d'après l'auteur, dépendra de la capacité collective à mettre en œuvre de nouvelles politiques et programmes pour le développement pérenne d'un projet. Le mode de gouvernance de l'établissement en est donc un élément essentiel (Champagne, 2002).

Les approches d'accompagnement du changement sont donc multiples : planification (utile lorsqu'utilisé comme outil de négociation avec l'environnement dans des projets ambitieux mais apportant un bénéfice limité dans l'émergence locale du changement lorsque soumis à des groupes de pression) (Denis et al., 2006), développement organisationnel (apprentissage essai/erreur), structurel (centralisation/décentralisation, mécanismes de liaison), psychologique, politique (convergence des stratégies d'acteurs), écologique (nouvelle forme organisationnelle),

---

<sup>12</sup> En effet, pour Champagne (2002), les organisations sont souvent capables d'analyses approfondies mais ne passent pas l'épreuve de la décision, à cause des turbulences apportées par ce mouvement et les peurs générées. De plus, dans ce contexte, les connaissances probantes peuvent manquer, être contradictoires (Dufour et Steane, 2013), ou n'être pas utilisées par les acteurs du changement et la décision ainsi non éclairée.

<sup>13</sup> Par l'absence de données probantes suffisantes sur l'efficacité de l'approche ou le programme implanté (faible pertinence dans le contexte interne ou externe), la valorisation de connaissances intuitives et expérientielles (voire anecdotiques), ou dans laquelle le porteur bénéficie d'une estime influente (Champagne, 2002) Champagne.

stratégique (cohérence entre culture et stratégie), par la complexité (augmenter la complexité pour qu'émergent les solutions à partir du terrain). (Champagne, 2002; Denis, 2002; Denis et al., 2006).

Pour mieux observer l'émergence de la surspécialité de gérontopsychiatrie, nous avons besoin de repérer dans cette littérature les facteurs d'influence dans la production et le soutien de l'émergence du changement, tout autant que d'identifier les leviers influençant son institutionnalisation.

La littérature met l'emphase notamment sur l'importance du leadership clinique, d'une part dans le soutien de l'émergence du changement et d'autre part dans son institutionnalisation (Brault, Denis et Roy, 2008; Champagne, 2002; Denis, 2002; Denis et al., 2006). Nous approfondirons donc dans une troisième section les conditions d'un leadership porteur d'un changement initié et de son implantation.

## **LES PARAMETRES ADMIS POUR FACILITER L'EMERGENCE DU CHANGEMENT**

Trois paramètres principaux sont retrouvés dans la littérature pour faciliter l'émergence du changement : 1) la capacité de l'organisation à valoriser l'expérimentation et une intention incarnée ; 2) la place des incitations au changement ; 3) l'interdépendance. (Champagne, 2002; Denis, 2002; Denis et al., 2006; Nonaka, 1994).

Connue pour être la source du mode d'organisation de nos structures soignantes nommées généralement bureaucratie professionnelle (Mintzberg, 1985), la littérature identifie l'autonomie individuelle, la culture de la valorisation de l'expérimentation comme des conditions à l'initiation d'un changement (Champagne, 2002; Denis, 2002; Nonaka, 1994), même si, par dissociation du pouvoir central, cette même culture peut devenir une barrière à son intégration organisationnelle (Denis et al., 2006).

Pour Nonaka (1994, 2008), l'émergence d'une nouvelle pratique mobilise d'abord un niveau local (niveau micro organisationnel), via l'intention incarnée par un individu, laquelle sera, dans un second temps reprise par un groupe qu'il nomme « communauté informelle ». L'auteur précise que cette nouvelle connaissance repose sur une vision du monde, un système de valeurs et des croyances qui servent de soutien aux pratiques et seront revisités par ce nouveau



concept à travers une dynamique transformatrice en spirale, alliant l'influence du leader et celle du collectif (niveau méso et niveau macro organisationnel) (Nonaka, 1994).

La littérature donne une place certaine aux mesures incitatives ayant pour but l'initiation du changement dans nos organisations de santé (Champagne, 2002; Denis et al., 2006). Toutefois, la modification des pratiques et des relations que le changement nécessite ne pourra prendre corps que si les cliniciens ont la conviction de sa nécessité pour l'amélioration du service rendu au patient. S'il n'en est pas à l'origine, le clinicien en est nécessairement co-créateur (Denis et al., 2006), et pour en incarner le sens.

Dans ce contexte, la nature de ces mesures incitatives porteuses de changement n'est pas obligatoirement financière mais est aussi d'ordre symbolique, comme le prestige de développer une pratique innovante ou faire partie d'une communauté scientifique reconnue par ses pairs (Champagne, 2002; Denis et al., 2006).

La littérature donne une place primordiale à l'interdépendance entre les acteurs du changement lors de son émergence et à l'interpénétration des différents niveaux cliniques et organisationnels.

Champagne (2002) nomme ce processus « *apprentissage collectif* », basé sur la capacité à expérimenter ainsi que sur la tolérance de l'organisation envers les erreurs. Cette interdépendance, à la fois informelle et formelle (réunions à objectifs cliniques ou organisationnels) (Nonaka, 1994), permet l'intégration des différentes cultures en présence (entre métiers, entre clinique et organisation) et ainsi la possibilité de construction d'un nouvel ordre organisationnel en cohérence avec les besoins fonctionnels initiés par l'objet du changement (Denis et al., 2006).

Nonaka précise l'importance de ce processus de « *socialisation* » (1994). Pour l'auteur, les vecteurs clés en sont l'utilisation de l'expérience personnelle et professionnelle d'un individu, l'expérience partagée mobilisant des émotions profondes et le récit de « *war stories* » : « *Collaboration to exchange ideas through shared narratives and "war stories" can provide an important platform on which to construct shared understanding out of conflicting and confused data* » (Nonaka, 1994, p. 24).

Ce processus de création se doit également d'être incarné dans l'action, c'est-à-dire nécessite la mise en œuvre du concept dans la réalité de la pratique (Nonaka, 1994). En effet, la production de nouvelles connaissances génère cette transformation par un procédé de « *justification* » confrontant ces résultats aux normes personnelles et collectives portées par l'environnement proximal.

## LES LEVIERS POUR INSTITUTIONNALISER LE CHANGEMENT

Quatre leviers principaux sont retrouvés dans la littérature (Champagne, 2002; Denis, 2002; Denis et al., 2006; Nonaka, 1994; Roy et al., 2010) pour institutionnaliser et pérenniser le changement : 1) la capacité de l'organisation à canaliser le « *chaos créatif* » généré par le changement afin de l'institutionnaliser ; 2) un changement de modèle de gouvernance et la re-conceptualisation du rôle de gestionnaire ; 3) le rôle essentiel de l'espace intermédiaire investi par les cadres de l'organisation ; 4) l'institutionnalisation des rouages de transmission à chacun des niveaux de l'organisation.

Pour Nonaka (1994), un « *chaos créatif* »<sup>14</sup> est généré par la fluctuation environnementale, les contradictions de sens, voire une crise induite par un changement de technologie, de la concurrence ou des besoins du marché. La réussite de l'implantation du changement réside, selon l'auteur, non dans la réduction mais dans l'augmentation de l'incertitude et de la complexité (Nonaka, 1994, citant Jantsch, 1980).

Sur le plan organisationnel, ce processus nécessite, pour ce faire, le maintien d'un équilibre entre trois niveaux : le niveau « *local-individus* » ou groupe projet, que Nonaka (1994) nomme « *knowledge – base layer* » et le niveau organisationnel – nommé « *business system* »<sup>15</sup>. Un des facteurs engendrant la créativité nécessaire à l'émergence du changement est ainsi

---

<sup>14</sup> Pour l'auteur (Nonaka, 1994), le chaos créatif est généré par la fluctuation environnementale, les contradictions de sens, voire une crise induite par un changement de technologie, de la concurrence ou des besoins du marché, et réside non dans la réduction mais dans l'augmentation de l'incertitude et de la complexité (Nonaka 1994, citant Jantsch, 1980).

<sup>15</sup> L'auteur ajoute un troisième niveau composé de groupes-projets inter reliés de manière souple, créateurs de connaissances à partir de la vision de l'organisation. Nonaka utilise la métaphore des systèmes informatiques en qualifiant cette forme d'organisation « *hypertexte* ».

l'accompagnement de ce chaos créatif par la réflexion sur l'action : the « *reflexive practitioner* ». (Nonaka, 1994, citant Schön, 1983, 1987).

Le rôle des cadres de direction dans cette phase sera d'éliminer les obstacles, de préparer le terrain pour des équipes auto-organisées dirigées par les cadres intermédiaires (et de solliciter chez ceux-ci le sens du challenge et du savoir manager dans ce « *chaos créatif* » via une confiance partagée) et de rendre utilisable les résultats de cette réflexion sur l'action.

Un changement de modèle de gouvernance et une nouvelle conception du rôle de gestionnaire est ainsi nécessaire. La gouvernance clinique est définie par la littérature comme réunissant le système de bureaucratie professionnelle tel que défini par Mintzberg (1985) et le système de gestion : « *Un espace situé entre le système de gestion et le système clinique d'une organisation. Ce nouvel espace de mobilisation des savoirs et des relations inclut et laisse place à l'émergence d'initiatives managériales et cliniques favorisant la qualité des soins et la performance du système* » (Brault et al., 2008). Champagne encourage, pour réduire les risques d'échec de l'implantation du changement, « *l'adoption de structures à la fois flexibles, fortement intégrées et complexes* » (Champagne, 2002, p. v).

L'apport de Nonaka sur l'impact de la gouvernance sur la création de nouvelles connaissances et leur institutionnalisation est précieux pour en comprendre sa « physiologie ». Nonaka n'oppose pas une organisation dite, traditionnellement, de modèle « *top-down* » à une organisation de modèle « *bottom-up* », mais propose plutôt d'intégrer les deux mouvements dans un troisième type qu'il nomme « *middle-up-down* » dans une « *organisation hypertexte* » (Nonaka, 1994).

Dans le premier modèle d'organisation, la création de connaissance est associée à un modèle hiérarchique de traitement de l'information, le modèle implicite étant son efficacité. Les informations produites par le terrain se déplacent du bas au sommet de l'organisation et sont traitées sélectivement afin qu'elles soient simples et informatives au sommet. Elles sont souvent considérées d'intérêt mineur par le « *top management* ». Dans un mouvement de haut en bas, l'information est transformée du général au particulier.

Dans le second modèle, les créateurs de nouveaux concepts ou produits se trouvent au niveau du terrain, par les acteurs individuels que Nonaka qualifie, citant Pinchot (1985)

d'entrepreneurs ou « *intrapreneurs* », leurs actions sont favorisées par le système et les cadres supérieurs restent commanditaires (Nonaka, 1994, p. 30). L'acteur principal est un acteur indépendant, distinct, comme dans le modèle précédent.

Dans cette organisation, qualifiée par Nonaka de « *middle-up-down* » (1994), les cadres supérieurs sont investis de deux responsabilités principales pour favoriser l'émergence et le développement de produits nouveaux. La première consiste à articuler le « *parapluie conceptuel* », de l'organisation (concept qu'il emprunte à Quinn (1992)), articulation permettant d'identifier dans les concepts, les traits communs qui permettent de les relier avec les activités pour les transformer en un tout cohérent, créer ainsi une vision d'avenir en soutenant les capacités de changement. La seconde est la définition de normes qualitatives et quantitatives permettant de « *justifier la connaissance* », activité « *hautement stratégique* » parce qu'elle permet de déterminer les directions des investissements humains et matériels. De manière générale et judicieusement, la vision des cadres de la haute direction articule les concepts sous forme de visions engagées, parfois équivoques et restant ouvertes, susceptibles d'interprétation variées, voire conflictuelles. En effet, trop vite concentrée, elle devient semblable à une instruction qui ne permet pas l'engagement personnel au niveau du terrain. Cette vision plus large donne aux acteurs une autonomie pour définir leurs propres objectifs et soutenir leur motivation.

Dans cette « *organisation hypertexte* », facilitatrice d'émergence, l'encadrement intermédiaire prend ainsi une position stratégique. Cette position consiste à combiner l'information macro, universelle, en information pratique, micro et spécifique. Pour l'auteur, ces cadres intermédiaires reconstruisent la réalité, sont des « *ingénieurs de connaissance* », des « *catalyseurs d'information* » en créant une nouvelle vision prenant en compte à la fois la vision de l'organisation et la réalité, et deviennent ainsi les principaux agents de changement dans les organisations (Nonaka, 1994).

Un cadre conceptuel intégré permet de donner sens à l'expérience vécue localement et impactant respectivement les deux niveaux. Les cadres intermédiaires se trouvent donc être le « *reliant* » des visions individuelles et organisationnelles pour les intégrer durablement. Dans le modèle « *middle-up-down* », le mouvement est porté par l'ensemble des acteurs collaborant ensemble (haute direction, cadres intermédiaires, acteurs de terrain) et est de valeur équivalente

verticalement et horizontalement. Il se caractérise par l'ampleur des relations entre ces différentes strates.

La capacité des gestionnaires à activer et utiliser les espaces est un facteur clé de l'institutionnalisation du changement et de sa pérennisation dans le temps.

Afin de transformer cette émergence locale et l'intégrer dans l'organisation, Nonaka (1994) identifie plusieurs facteurs primordiaux pour faciliter les échanges nécessaires à cette dynamique : l'accessibilité physique entre les promoteurs, des lignes de communication établies, une puissance de transmission de l'information<sup>16</sup>, en tenant compte du contexte concurrentiel entre les différentes parties prenantes.

Pour observer le microsystème professionnel de la gérontopsychiatrie dans son milieu de pratique, la question des échanges entre cette surspécialité et les professionnels formant le « *noyau technique auprès du patient* » (Lamothe, 2005) semble fondamentale. Nous prendrons ainsi en compte particulièrement ces éléments de proximité entre espaces professionnels de concurrence éventuelle entre ces différentes « *écologies-liées* » (Abbott, 1995; Abbott, 2003), de transmission des informations et leur puissance dans les échanges, générant ainsi une variabilité dans les forces des liens (liens forts / liens faibles) ainsi que leurs effets récursifs .

Nous l'avons souligné, la littérature est unanime sur la nécessité, pour que le changement s'inscrive dans la pratique et dans l'organisation, d'un leader d'opinion reconnu par ses pairs, lui apportant légitimité et générant la confiance (Champagne, 2002; Denis, 2002; Denis et al., 2006; Lamothe, 2005, 2006). Le rôle des leaders y est ainsi mis en exergue dans l'émergence, mais surtout dans la pérennisation du système, c'est-à-dire sa capacité à se reproduire ou maintenir le cap, et également la capacité à produire un effet sur son ensemble.

---

<sup>16</sup> Nonaka (1994) emprunte la métaphore de Sandelands et Stablein. (1987) pour visualiser les échanges dans l'organisation sociale en la comparant à la physiologie du cerveau.

## L'EXERCICE DU LEADERSHIP, UN FACTEUR CLE DE L'ACCOMPAGNEMENT DU CHANGEMENT

Le leadership est un facteur essentiel dans le développement d'une pratique pionnière, particulièrement lorsque la production et le client usager de cette pratique sont l'humain. Le leadership rend compte d'une vision du monde, des valeurs portées par le dirigeant, et se déploie dans la capacité de ce dernier à donner sens à la pratique et à soutenir ce sens dans la durée. La personnalité du leader peut ainsi être présentée comme son outil de travail (Lapierre et al, 1992; Lapierre, 2011; Pitcher, 1997). Lapierre (1992, p. 59) nous précise :

*Le leadership c'est la direction, c'est à dire l'orientation donnée à une organisation qui provient de la vie intérieure du leader et de sa façon de diriger les personnes... (et dépend) de ses capacités d'analyse et de ses habiletés interpersonnelles à mobiliser des subordonnés pour atteindre de façon profitable et rentable les objectifs résultant de cette démarche rationnelle.*

Selon l'auteur (Lapierre et al, 1992, p. 40), comme nous l'avons développé plus haut, la rencontre de l'imaginaire du leader et l'imaginaire de la société d'une époque donne consistance au leadership :

*Ce sont ces expériences (émotionnelles des leaders) qui déterminent la force du Crédo<sup>17</sup>, de la conviction, du projet, et permettent de lutter contre les doutes et les opposants. Une telle consistance n'est toutefois source d'une influence sociale réelle que si elle entre en résonance avec l'imaginaire social constitué des valeurs, craintes et désirs sous-jacents ou manifestes partagés à une époque donnée.*

Plusieurs auteurs en psychologie ou sociologie proposent un cadre théorique pour caractériser le leadership et en quoi il influence l'accompagnement du changement.

Kurt Lewin (1939) propose une classification du « *mode d'exercice du commandement* », en particulier relatif à la prise de décision, en trois styles : le leadership autoritaire, le leadership démocratique, le leadership du laisser-faire.

Likert (1961) propose quatre styles de leaders : le style autoritaire, le style paternaliste, le style consultatif, le style participatif. Cette classification sert encore largement de référence. Blake et Mouton (1964) publient (à partir des travaux de Likert) une grille d'analyse du

---

<sup>17</sup> Le « *Crédo* » porté par la femme médecin fondatrice de la gérontopsychiatrie à Sherbrooke, avec la force de conviction nécessaire, peut être exprimé comme suit : la réponse à une population délaissée, pour laquelle l'offre de soins ne propose pas d'offre suffisamment spécialisée. Il sera possible de répondre à cette population le plus largement possible en organisant cette offre de manière fermement structurée.

leadership en cinq styles, selon les degrés d'investissement sur la production (la tâche), versus le bien être des personnels. Les cinq catégories de style de gestion décrits par Blake et Mouton (1964) sont dites anémique, de type club social, autocratique, intermédiaire, et enfin démocratique.

Des travaux plus récents (Zalenick, 1992) nous offrent à voir le monde en deux dimensions : d'un côté les gestionnaires et de l'autre les leaders, capables de transformer l'organisation en entraînant avec eux leurs collaborateurs (ou collègues) pour atteindre les buts de l'organisation.

Citons à nouveau Lapierre (1992, p. 401) pour comprendre les interrelations entre leadership et contexte :

*Les exemples que l'histoire nous a proposés des leaders les plus célèbres démontrent qu'ils n'adaptent pas consciemment, volontairement, leur style de leadership aux situations qu'ils rencontrent. Ils maintiennent plutôt une vision du monde, de leur environnement, ou encore de leur projet, parfois contre les évènements, au risque de voir leur influence effective limitée pendant un certain temps.*

*En ce sens, ils se distinguent des simples managers qui gèrent, c'est-à-dire qui s'adaptent. ...Ce qui fait l'influence des leaders, c'est plutôt la force de leurs convictions et leurs résonances dans l'imaginaire groupal et social. La source de ces convictions est à rechercher dans les expériences émotionnelles des leaders, autant celles qui sont stockées inconsciemment que celles qui sont disponibles à la conscience sous forme de repères précis et stables. Ce sont ces expériences qui déterminent la force du Crédo, de la conviction, du projet et permettent de lutter contre les doutes et les opposants. Une telle consistance n'est toutefois source d'une influence sociale réelle que si elle entre en résonance avec l'imaginaire social constitué des valeurs, craintes et désirs sous-jacents ou manifestes partagés à une époque donnée.*

Ce sont ainsi ces images et intentions qui nous animerons dans cette recherche, afin d'identifier les caractéristiques du leadership clinique ayant permis d'asseoir le développement de cette nouvelle pratique qu'est la gérontopsychiatrie dans le contexte de Sherbrooke, puis de Drummondville.

Pour compléter cette revue d'auteurs, Patricia Pitcher (1997), dans son livre « *Artistes, Artisans et Technocrates* », présente une analyse fine des traits de caractère des managers en découpant ces traits en caractéristiques de comportement, façon de penser ou tempérament (particulièrement les affects). Sa recherche vise à démontrer que les traits personnels du leader, liés à une personnalité spécifique, influencent dans un sens particulier le mouvement d'évolution

d'une organisation. Pour tenter de formuler le sens de son ouvrage : le manager manage comme il est et ne peut transformer ses qualités propres pour répondre à une « *mode* » actuellement en vigueur. Selon la formulation de l'auteur : « *D'un sac à charbon ne saurait sortir une farine blanche* » (Pitcher, 1997, p. 13).

Pitcher (1997) propose, à l'issue de plus de dix années de recherche, trois grands types de managers répondants aux traits d'une personnalité spécifique<sup>18</sup> : 1) l'artiste (celui qui sait se servir de son intuition pour identifier une vision pour demain) ; 2) l'artisan (celui qui a le culte de l'excellence et cherche le plaisir de la « *belle ouvrage* », et de ce fait entraîne les autres derrière lui à la recherche de cette excellence); 3) et enfin le technocrate (sachant brillamment articuler les concepts pour définir une méthode, laquelle peut devenir règle unique, et de ce fait seule vision autorisée à bord).

Pour l'auteur, (Pitcher, 1997), les trois types de leadership sont nécessaires à une organisation pour la déployer et la transformer. Il ne s'agit donc pas, dans cette recherche, d'identifier un type spécifique déterminant un leadership performant, mais de montrer que les trois dimensions sont nécessaires à cette performance. S'il est la plupart du temps impossible, nous démontre Pitcher, de disposer des traits de ces trois caractéristiques dans une même personnalité, la responsabilité du leader est de connaître la dominante majeure de ses aptitudes et caractéristiques, et de savoir s'entourer de personnes lui permettant d'utiliser des forces complémentaires aux siennes et de compenser ses propres faiblesses.

Afin de mieux caractériser ces différents types de leadership, Pitcher propose neuf configurations de base (1997, p. 176). Pour le profil des technocrates, nous retrouvons les purs, les laborieux, les frimeurs ; pour le profil des artistes, les purs, les autoritaires, les affables ; pour le profil des artisans, les purs, les rigoristes et les créatifs.

Ces repères nous permettront d'observer l'exercice du leadership clinique dans l'émergence et l'implantation de cette nouvelle pratique qu'est la gérontopsychiatrie, son expression dans le temps, les échanges entre les différents espaces professionnels (entre métiers et entre clinique et organisation).

---

<sup>18</sup> Voir en annexe 3 La classification des types de leaders selon Pitcher (1997).



En synthèse de ce chapitre rassemblant les données de la littérature, nous avons mis le focus sur les facteurs impactant l'intégration d'une nouvelle pratique clinique sous l'angle dynamique des modifications de la microsociété clinique dans laquelle cette pratique va s'insérer. Ce premier angle a été enrichi de celui de l'accompagnement du changement et du leadership favorisant la pérennisation de cette émergence dans l'organisation, ainsi que de celui des facteurs éclairant la physiologie symbolique soutenant ce mouvement.

Plusieurs auteurs soulignent la nécessité d'orienter les recherches vers une analyse en profondeur de la micro dynamique de l'intégration des soins à partir des différents niveaux de l'organisation (Denis et al., 2006; Lamothe et Denis, 2007; Suter et al., 2007), soutenu par un regard « *organique* » du changement à partir du « *caractère vivant* » de sa construction dans les écologies-liées (Abbott, 1995). Cet angle de vision complémentaire pourrait, selon Sylvain (2012, pp. 202-203) : « *améliorer la compréhension dynamique de mise en œuvre et espérer ultimement les maîtriser ...et considérer simultanément l'implication des acteurs des différents niveaux de l'organisation au processus de construction de sens* ».

Nous proposons donc à travers cette étude d'apporter une compréhension fine de ce qu'ont produit ces échanges et dynamiques en jeu dans une première étude de cas, à partir des points de vue diachronique et synchronique (Abbott, 1995; Abbott, 2003), essentiels à notre observation via un cadre conceptuel donnant forme à cette dynamique que nous présentons dans le troisième chapitre.

## **Chapitre 3 : LE CADRE CONCEPTUEL**

Rappelons que notre étude a pour objectif général de déterminer les facteurs facilitant l'implantation d'un programme de soins intégrés de gérontopsychiatrie et en tirer des recommandations pour Drummondville.

De manière plus spécifique, nous cherchons à :

- Décrire la configuration du système de gérontopsychiatrie à Sherbrooke ;
- Comprendre et analyser les dynamiques d'interaction soutenant l'intégration symbolique, clinique et organisationnelle de ces soins surspécialisés, d'abord entre cliniciens et dans un second temps entre cliniciens et gestionnaires ;
- Comprendre et analyser les facteurs contextuels propres à la pratique clinique et organisationnelle locale, inscrite dans le système symbolique, favorisant ou non l'implantation des soins de gérontopsychiatrie ;
- Décrire les formes organisationnelles émergentes de la contribution de la gérontopsychiatrie aux systèmes de soins existants ;
- Dédire de cette analyse des recommandations pour un modèle de soins intégrés de gérontopsychiatrie à Drummondville.

Nous présentons le cadre conceptuel sur lequel nous nous appuyons pour réaliser cette étude dans la figure 1 :



Figure 1 : Le cadre conceptuel

Le modèle que nous proposons a été construit pour poser un cadre à l'analyse des données que nous avons récolté dans chacune des études de cas : terrain d'exploration (émergence et développement de la gérontopsychiatrie dans le contexte de Sherbrooke), et d'exploitation (émergence d'une pratique surspécialisée de gérontopsychiatrie dans le contexte de Drummondville). Il est important de préciser ici que ni les facteurs identifiés dans chacune des dimensions clinique, organisationnelle et symbolique, ni les leviers d'intégration n'ont fait l'objet d'observations spécifiques, ni de mesures, dans le but d'aboutir à la description d'une forme d'intégration recommandée.

Ce modèle représente quatre domaines inter reliés et des facteurs s'auto-influençant pour produire l'intégration des soins :

- Facteurs cliniques : les caractéristiques et le rôle du leader clinique, le degré de complexité des situations cliniques traitées, le niveau et la progression de la demande, la dynamique professionnelle entre diversification, spécialisation ou substitution, le partage des territoires, la perméabilité des frontières, les outils cliniques partagés, le nombre de professionnels et de profession en interrelation, ainsi que leurs formations spécialisées ;

- Facteurs organisationnels : la dynamique organisationnelle, le style de gestion et les modalités de prise de décision, le processus de gouvernance, l'accompagnement du changement, les modalités de financement des organisations et des professionnels ; le système d'information partagé permettant le « monitoring » de l'intégration : qualité, contrôle des coûts ;

- Facteurs symboliques : processus de création et d'émergence : histoire et temporalité, archétypes : normes sociales, professionnelles et symboliques, espaces de partage : professionnels, internes et externes, organisés ou informels, degré de confiance partagée.

- Facteurs contextuels : socio-démographie, nombre et nature des structures de soins et d'hébergement, dimension historique et temporelle, design et dynamique organisationnelle, forces en présence (influences cliniques, relations avec les décideurs, forces démocratiques, relations universitaires, partenariats spécialisés.

Les interrelations entre ces domaines sont mues par divers mécanismes d'intégration, que nous nommons leviers :

- Les leviers d'intégration clinique comme le processus de négociation des frontières, la mise en place d'espaces formels et informels de négociation, et les processus d'apprentissage progressif ;

- Les leviers d'intégration organisationnelle comme les processus de coordination médecin/gestionnaire, les mécanismes d'incitation financiers ou professionnels, la collectivisation des responsabilités et les processus décisionnels ;

- Les leviers d'intégration symbolique avec l'utilisation d'outils d'intégration comme le « *sensemaking* », les « *boundaries objects* », la « *translation* » ;

Enfin, le modèle vient caractériser les diverses formes d'intégration produites par des pratiques collaboratives<sup>19</sup> retrouvées la littérature (Ahgren et Axelsson, 2005 ; Boon et al, 2004)

L'analyse dynamique qui sous-tend ce modèle s'appuie sur 3 assises théoriques. La première assise est celle développée par Abbott (1995, 1999). Son approche théorique permet de révéler la « physiologie clinique » de la construction des organisations professionnelles : dynamique des « *écologies-liées* » : négociation des frontières par le jeu des alliances et de la concurrence, rôle des articulations ou pivots, processus de « *juridiction* » des professions.

En effet, si Abbott nous dit que l'évolution des espaces se fait à travers une translation du micro vers le macro (Abbott, 1995) et Lamothe (2002, 2005) que la « *physiologie clinique* » est la clé de la transformation des pratiques, il n'en reste pas moins que, dans l'exercice du quotidien, au niveau micro donc, l'expérience montre que ces partages de territoires se font à travers les tensions générées par ces négociations. Au-delà de la défense des territoires, ces partages viennent interpeller au plus profond ce qui les définit : leur identité professionnelle, leur appartenance à une culture spécifique et une communauté de pensée.

De fait, l'implantation de cette extension de la spécialisation qu'est la psychiatrie, la gérontopsychiatrie, vient interroger les cadres habituels construits par deux réseaux déjà

---

<sup>19</sup> Une échelle d'appréciation de la collaboration clinique dans le cadre d'un réseau s'inspirant des travaux d'Ahgren et d'Axelsson (2005) et de Boon et al (2004), a été intégrées aux grilles d'entrevues individuelle et de groupe, et présentée pour discussion : voir en annexe 4 et 4 bis.

implantés : celui de la santé mentale et celui des soins aux personnes âgées en perte d'autonomie. La littérature nous laisse à penser que son développement peut créer un contexte de compétition /collaboration, à la fois dans la discipline dont elle est issue, mais aussi avec celle de la gériatrie et bien entendu, avec les autres professions avec lesquelles elle doit collaborer.

Notre deuxième assise théorique porte sur la manière dont les professionnels conjuguent leurs croyances pour construire un nouveau cadre symbolique. Ce processus est particulièrement important dans l'institutionnalisation de la gérontopsychiatrie dans son contexte local, car il permet de travailler dans le cadre défini sans le remettre en question quotidiennement. La littérature accorde une grande place au niveau symbolique dans le processus d'intégration des soins. Nous ne pouvons que souligner son importance dans le cadre des soins de santé mentale.

Deux raisons expliquent cette importance : la question de la technicité des soins et celle de son impact sur l'organisation. Premièrement, la technicité dans les soins de santé mentale est celle de la relation. En effet, il existe plusieurs techniques de soins en psychiatrie, appartenant chacune à un système de pensées et de valeurs très différentes et constituant ce que l'on nomme des « chapelles de pensée ». Prenons pour exemple les mondes différents que sont les neurosciences, fondement des Théories Comportementales cognitives (TCC) et la psychanalyse. Le système de valeur sur lequel repose chacune de ces approches structure ainsi tout autant le cadre symbolique de référence que la technique utilisée au quotidien dans la réalisation des actes. Deuxièmement, cette technicité, fondée sur la relation et l'unicité des situations traitées, porte peu à la standardisation des pratiques, en partie par le fait que la profession dispose de données probantes limitées.

Notre troisième assise théorique porte sur les facteurs favorisant l'intégration organisationnelle et ses modalités d'interaction avec les autres domaines d'intégration symbolique et clinique, et particulièrement l'accompagnement du changement. En effet, chacun de ces trois niveaux d'intégration (clinique, symbolique et organisationnelle) influence et/ou est influencé par les éléments de contexte pouvant interférer dans la réussite du projet d'intégration, sous l'influence du leadership des promoteurs de cette intégration.

# Chapitre 4 : LE CADRE METHODOLOGIQUE

## 1. Approche générale de la recherche

Le choix d'une stratégie de recherche découle de la question de recherche ainsi que du cadre conceptuel sélectionné (Sylvain, 2012). Dans cette recherche, notre objectif a été de comprendre en profondeur les dynamiques à l'œuvre lorsqu'une nouvelle clinique s'implante dans un système de santé existant.

Nous avons adopté une approche essentiellement qualitative. La stratégie d'étude de cas s'est imposée comme la meilleure et principale stratégie de recherche. Selon Eisenhardt (1989), une étude de cas vise la compréhension des dynamiques présentes dans des situations spécifiques. Elle combine généralement des méthodes de collecte et des sources de données diversifiées telles que les archives et la documentation existante, les entrevues, les observations.

Ce travail repose sur deux études de cas, toutefois non comparatives : celle de l'exploration de l'implantation de la gérontopsychiatrie dans la région de l'Estrie, généralement considérée comme réussie (terrain d'exploration en profondeur), et l'étude de cas de son implantation en émergence dans le RLS de Drummondville et en région Mauricie -Centre -du-Québec (terrain d'exploitation). En effet, cette stratégie nous a permis de déterminer avec acuité les facteurs facilitant l'implantation d'un programme de soins intégrés de gérontopsychiatrie et d'en tirer les enseignements utiles à l'intégration de cette nouvelle pratique surspécialisée dans une autre région. La rencontre des enseignements du terrain d'exploration (Sherbrooke et région de l'Estrie), combinée à l'analyse du contexte du terrain d'exploitation (Drummondville et la région Mauricie-Centre-du-Québec) nous permettra de tirer des recommandations adaptées pour le soutien de l'émergence et du développement de cette surspécialité en région.

## 2. Le déroulement de l'étude

Notre étude a été rendue possible grâce à l'accord des médecins responsables : le Docteur Paule Hottin, chef de département de psychiatrie du CSSS-IUGS, et le Docteur Luc Gilbert, directeur des services professionnels (DSP) et médecin psychiatre à Drummondville.

La cueillette des données s'est largement appuyée sur des entretiens et une analyse documentaire.

Dans ce cadre du Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire gériatrique de Sherbrooke (CSSS-IUGS), la sollicitation des entretiens a été initiée par l'intermédiaire de la présidente du comité d'éthique du CSSS-IUGS de Sherbrooke, après accord des directrices des services professionnels et des services aux aînés et du soutien de l'autonomie. L'organisation des entretiens a été coordonnée par le chercheur principal.

Dans celui du Centre de santé et de services sociaux de Drummondville, les sollicitations, les recherches d'accord ont été coordonnées par la co-directrice de recherche : le Docteur Maryse Turcotte, en lien avec le Docteur Gilbert, Directeur des services professionnels, ainsi que le Président directeur général du CIUSSS Mauricie-Centre-du-Québec, en lien avec la Directrice générale adjointe aux programmes de santé physique généraux et spécialisés et soutien à l'autonomie de la personne âgée (SAPA) et directrice du programme SAPA.

L'étude s'est déroulée sur une période de six mois (de juin 2015 à novembre 2015) pour la majorité des entretiens et s'est poursuivie en janvier et février 2016 pour compléter l'information.

Afin de bien comprendre le contexte, des entretiens ont été faits auprès de responsables de modèles de gérontopsychiatrie dans des régions autres que celles de l'Estrie et de la Mauricie-Centre-du-Québec. Nous avons donc recherché de l'information en amont sur la vision fédérale auprès du Docteur Tourigny-Rivard (présidente de la Commission pour la Santé Mentale du Canada), et la vision provinciale auprès du Docteur Isabelle Paquette (directrice du programme de formation surspécialisée en gérontopsychiatrie à l'Université de Montréal) et d'un groupe de gérontopsychiatres montréalais (en novembre 2015), ainsi que celle de Monsieur Robert Salois, Commissaire à la santé et au Bien Être (en juin 2015).



### 3. La collecte des données

Creswell (2007) précise que la stratégie de l'étude d'un cas délimité permet l'analyse détaillée et en profondeur de données multiples diversifiées.

Nous avons fait le choix de croiser les données, d'une part par la diversité des sources (documentation, entretiens individuels ou de groupe observation dynamique de groupe autour d'une discussion de cas), et d'autre part par la diversité de professionnels appartenant à des mondes différents (cliniciens et gestionnaires). Ce croisement des sources et des représentations a pu mettre en lumière les facteurs clés influant sur le processus d'implantation de la gérontopsychiatrie.

#### LES ENTREVUES

**L'entretien semi-dirigé** a été conduit sur la base d'une structure souple (guide d'entretien) constituée de questions ouvertes définissant l'aire à explorer (Patton, 2002). Cette technique est particulièrement recommandée lorsque le chercheur souhaite recueillir des données riches, représentatives du vécu d'une situation : croyances, sentiments, aspirations, résistances, intérêts particuliers. Chaque entretien semi-directif a été d'une durée située entre 45 minutes et une heure environ<sup>20</sup> et nous avons garanti les conditions d'éthique préalablement définies avec le Comité d'éthique et de la recherche du CSSS-IUGS, comité coordonnateur pour cette recherche (information préalable, confidentialité, recueil du consentement des participants, notamment pour l'enregistrement, recherche et réponse aux questionnements des personnes).

**L'entretien de groupe focalisé** : La définition de l'entretien en groupe focalisé (focus group) retenue ici est inspirée des travaux de (Kitzinger, 1994) et de (Krueger et Casey, 2000). Il s'agit d'une méthode de collecte de données qualitatives réunissant un nombre restreint de personnes dans une conversation centrée sur un sujet ou un champ d'intérêt défini. L'entretien en groupe focalisé ne vise généralement pas le consensus, mais bien la facilitation des interactions et des processus d'influence dont sont issues les représentations sociales (Abric, 2003). Cette méthode mise sur la dynamique de groupe pour favoriser l'expression des perceptions, attitudes, croyances, sentiments, aspirations, résistances et intérêts présents dans les

---

<sup>20</sup> Voir en annexe 4 les grilles d'entrevues individuelles selon les différentes fonctions

groupes ciblés. Nous avons réalisé ces entretiens de groupe auprès de membres de l'équipe de santé mentale : psychiatres et gestionnaires de cas, en région de l'Estrie et également auprès des membres de la Table des Aînés du Centre-du-Québec. La durée située entre 45 minutes et une heure environ<sup>21</sup>, a été similaire à celle de l'entretien individuel.

Les entretiens individuels et de groupe ont été enregistrés, puis retranscrits pour codage et analyse.

## **L'OBSERVATION**

L'observation d'une réunion de l'équipe de gérontopsychiatrie du CSSS-IUGS de Sherbrooke, et de l'équipe des psychiatres de Drummondville, centrée sur les interactions entre les membres, est venue étayer les recueils d'information issus des entretiens individuels et de groupe. Il s'agit d'une réunion clinique de synthèse hebdomadaire dont la durée prévue est entre 45 minutes et une heure.

L'observation non participante a été réalisée à partir de la technique de l'observation<sup>22</sup>, c'est-à-dire que le chercheur prend le plus possible une posture d'observateur afin d'éviter les interactions avec le groupe. L'objectif poursuivi a été de compléter les résultats issus des entretiens et d'explorer les modes de partage de l'information, l'investissement des lieux de partage, des outils et des valeurs.

## **RECAPITULATIF DES ENTREVUES ET OBSERVATIONS REALISEES**

Plusieurs groupes clés ont été identifiés à partir de la modélisation de la trajectoire de soins du patient en gérontopsychiatrie<sup>23</sup> dans le but de croiser les sources par types de responsabilité dans le programme de services de gérontopsychiatrie : équipe de gérontopsychiatrie, médecins et professionnels de santé utilisateurs de l'offre de gérontopsychiatrie (en santé communautaire, d'évaluation, de réadaptation et de liaison) issus des programmes de santé mentale et de gériatrie, et enfin gestionnaires. Nous ajoutons à ces

---

<sup>21</sup> Voir en annexe 4 bis les grilles d'entrevues de groupe selon les différentes fonctions.

<sup>22</sup> Voir en annexe 5 la grille d'observation de groupe.

<sup>23</sup> Voir en annexe 6 la modélisation de la trajectoire idéale du patient en gérontopsychiatrie.

professionnels les représentants des usagers. Le tableau<sup>24</sup> suivant présente les entrevues et observations de groupe réalisées :

	Terrain d'exploration (Région de l'Estrie-CHUS)		Terrain d'exploitation (Drummondville)	
<b>Équipe gérontopsychiatrie</b>				
Gérontopsychiatre fondatrice	3	Entretiens individuels	2	Entretiens individuels
Gérontopsychiatre	1	Entretien individuel		
Infirmière clinicienne	1	Entretien individuel		
	1	Observation équipe		
<b>Professionnels utilisateurs de l'offre de gérontopsychiatrie</b>				
Médecin gériatre	1	Entretien individuel		
Psychiatres	1	Entretien individuel	1	Entretien de groupe (7 <sup>20</sup> )
			1	Observation équipe
Omnipraticiens	2	Entretiens individuels	2	Entretiens individuels
Infirmiers CLSC santé mentale			1	Entretien individuel
Infirmière de liaison Santé mentale			1	Entretien individuel
Gestionnaires de cas SAPA	1	Entretien de groupe (3 <sup>25</sup> )	1	Entretien individuel
Infirmiers CHSLD	2	Entretiens individuels	1	Entretien individuel
<b>Gestionnaires</b>				
DSP	1	Entretien individuel	1	Entretien individuel
Direction adjointe SAPA	2	Entretien individuel	1	Entretien de groupe (2 <sup>20</sup> )
Direction adjointe Santé mentale			1	Entretien de groupe (3 <sup>20</sup> )
<b>Représentants des usagers</b>				
Table des aînés regroupant les responsables des organismes communautaires et un représentant d'un CLSC			1	Entretien de groupe (11 <sup>20</sup> )
<b>TOTAL</b>	14	Entretiens individuels	9	Entretiens individuels
	1	Entretien de groupe	4	Entretiens de groupe
	1	Observation de groupe	1	Observation de groupe

**Tableau 1 : Récapitulatif des entrevues et observations réalisées**

<sup>24</sup> Ce tableau montre que les sources de données sont pratiquement identiques. La différence essentielle porte sur la temporalité et le questionnement. En effet, pour le terrain d'exploration, nous nous intéresserons au passé afin d'en dégager les concepts clés influençant l'intégration des soins tandis que pour le terrain d'exploitation, les questions porteront sur les attentes et besoins de développement de la gérontopsychiatrie.

<sup>25</sup> Nombre de personnes dans le groupe

## **LE MATÉRIEL DOCUMENTAIRE**

Une analyse documentaire est venue compléter les sources de données. Ces documents ont été un document de présentation du programme de gérontopsychiatrie (janvier 1998) du CSSS-IUGS ; un cadre de référence de la prise en charge des syndromes comportementaux et psychologiques de la démence du CSSS-IUGS (2012) ; des rapports d'activités de l'offre de soins et services de gérontopsychiatrie des années 2014-2015, 2013-2014, 2012-2013 ; le rapport d'activité du CSSS-IUGS 2014-2015 ; les organigrammes du CSSS-IUGS, des versions 2015 et 2016 du CIUSSS de l'Estrie-CHUS et de la Mauricie-Centre-du-Québec; ainsi que leur rapport d'activité 2014 ; de documents de gestion précisant les organisations en cours (mécanismes de coordination) ou des procès-verbaux des réunions de comité de programme du CSSS-IUGS de 2002 à 2014.

Ce matériel a été complété avec des documents de gestion clinique comme la fiche de « Référence aux services gériatriques du CSSS-IUGS », le dossier d'« Évaluation en soins infirmiers gérontopsychiatrique » et ses grilles d'observation clinique ou d'« Entrevue d'évaluation des fonctions cognitives et perceptuelles ».

## **LE JOURNAL DE BORD ET LES NOTES DE TERRAIN**

Après chaque entretien et réunion de travail avec les directrices de recherche, un journal de bord a été constitué pour recueillir les impressions et questionnements du chercheur. Cet outil de travail a eu pour fonction de mémoire et aussi de mise à distance de ses impressions afin de pouvoir les utiliser à distance, lors de l'analyse.

### **4. L'analyse des données**

Le but poursuivi durant la phase centrale d'une analyse de contenu consiste à appliquer, au corpus de données, des traitements autorisant l'accès à une signification différente répondant à la problématique mais ne dénaturant pas le contenu initial (Robert et Bouillaguet, 1997).

Plusieurs méthodes d'analyse des données récoltées ont été croisées afin de répondre à ce but. La manière de procéder a été identique pour les deux cas.

Le tableau 2 suivant présente les méthodes utilisées par niveau et concepts issus de notre modèle conceptuel :

METHODE	NIVEAU	CONCEPTS
Analyse processuelle selon Langley (1999)	Éléments de contexte	Dimension historique et temporelle de l'implantation de la surspécialité, rôle de la population  Forces en présence : influences cliniques, relations avec les décideurs, modalités de développement et de soutien, soutien sociétal et forces démocratiques  Relations universitaires
	Facteurs d'intégration symbolique	Processus de création et d'émergence : histoire et temporalité
Analyse des caractéristiques du leadership selon la classification de Pitcher (1997) <sup>26</sup> .	Facteurs d'intégration clinique	Caractéristiques et rôle du leader clinique <sup>27</sup>
Analyse de contenu : catégorisation selon Miles et Huberman (2003)	Éléments de contexte	Dynamique organisationnelle : différenciation, intégration, centralisation
	Facteurs d'intégration clinique	Degré de complexité des situations cliniques traitées  Niveau et progression de la demande  Dynamique professionnelle : diversification, spécialisation ou substitution  Partage des territoires  Perméabilité des frontières
	Facteurs d'intégration organisationnelle	Dynamiques organisationnelles de l'organisation porteuse Style de gestion et modalités de prise de décision  Processus de gouvernance

<sup>26</sup> Voir en annexe 3 : La classification des types de leaders selon Pitcher (1997)

<sup>27</sup> Le fil conducteur de cette analyse peut être résumé par une citation de Lapierre (Lapierre et al, 1992), enseignant<sup>27</sup> en habiletés de direction et en recherche sur les caractéristiques du leadership à l'Université des Hautes Études Commerciales (HEC) de Montréal :

*L'artiste (musicien) utilise son intériorité d'artiste pour donner une âme à ce que le compositeur a écrit. De même, l'auteur d'histoire de cas fait un travail d'interprète en essayant de communiquer et de faire partager ce que peut être l'âme du leader...* (Lapierre et al, 1992, p. 70).

		Accompagnement du changement Système d'information partagé permettant le « monitoring » de l'intégration : qualité, contrôle des coûts, ressources humaines
	Facteurs d'intégration symbolique	Archétypes : régulation, normes sociales, professionnelles et symboliques (vocabulaire, comportements vestimentaire)  Espace de partages : professionnels, organisationnels, internes et externes, organisés ou informels
	Mécanismes d'intégration	Leviers d'intégration clinique
		Leviers d'intégration organisationnelle
		Modalités d'interactions entre la dynamique clinique et organisationnelle
		Leviers d'intégration symboliques
Analyse documentaire	Éléments de contexte	Socio-démographie de la population  Nombre et nature de place en structures d'hébergement des personnes âgées, en soins communautaires  Structures de fonctionnement : programme de soins de rattachement  Design organisationnel  Partenaires spécialisés : neurologie, ECT
	Facteurs d'intégration clinique	Normes et outils cliniques partagés  Nombre de professionnels et professions en inter relation  Formations spécialisées des acteurs
	Facteurs d'intégration organisationnelle	Données d'information partagé permettant le « monitoring » de l'intégration : qualité, contrôle des coûts, ressources humaines  Modalités de financement des organisations et des professionnels

Tableau 2 : Méthodes de traitement des données par niveau et par concepts

## **5. Les critères de rigueur : validité et fiabilité**

Patton (2002) précise que les techniques de recueil de données doivent répondre aux exigences de reproductibilité : quelqu'un d'autre utilisant le même guide d'entretien doit obtenir une information similaire, de vérité : les réponses ne doivent pas être issues d'idées prédéfinies ou de données préexistantes, de crédibilité : les questions posées et la manière dont elles sont posées doivent être en rapport avec le phénomène, de transparence : les méthodes doivent être transcrites telles que le lecteur puisse identifier comment elles ont été collectées et analysées.

Tout au long de notre recherche, nous avons pris des précautions afin d'assurer sa validité. La validité d'une recherche synthétique qualitative repose sur un certain nombre de critères de rigueur permettant d'en garantir la validité interne et externe (Devers, 1999).

Le premier critère de rigueur porte sur la validité de construit. Pour ce faire, nous nous sommes assurés que l'ensemble des concepts retenus représente bien l'ensemble des domaines de l'intégration des soins. L'importance des concepts retenus dans l'état des connaissances a répondu aux exigences de l'approche synthétique qualitative choisie pour cette recherche.

Le deuxième critère de rigueur porte sur la crédibilité, la fidélité et l'authenticité des résultats. Les mesures prises pour garantir ce biais ont été tout d'abord la multi variété des sources de données et des méthodes de collectes issues de sources différenciées dite de triangulation des méthodes, via trois types de croisement :

- Le croisement des niveaux dans le choix des groupes-clés d'appartenance des personnes rencontrées : niveau de production de l'offre, niveau d'utilisation de l'offre et niveau de l'appréciation de l'offre par des représentants des usagers (membres de la table de concertation des aînés du Centre-du-Québec ;
- Le croisement des méthodes de recueil des données : entrevues individuelles, entrevues de groupe, observations non participantes et matériel documentaire permettant de corroborer ou d'invalider les données issues des entretiens ;

- Analyse croisée du chercheur principal, de la directrice de recherche et de la codirectrice de recherche permettant la discussion sur l'analyse des résultats immédiatement et après le recueil et à distance, au moment du traitement des données.

La rencontre en trois temps du médecin responsable de la gériopsychiatrie de Sherbrooke, portant notamment sur la vérification de la modélisation de la trajectoire du patient est également une garantie de la fidélité des résultats.

Le journal de bord méthodologique a été vérifié de manière régulière par le directeur de recherche, ce qui a assuré le contrôle de qualité de ces données. Lors de l'étape de codage des données, un double contrôle a été assuré par le médecin gériopsychiatre, co-directeur de recherche, ayant contribué à la validité du codage.

Enfin, sur le critère de transférabilité des résultats, c'est-à-dire la possibilité de généraliser les résultats pour d'autres terrains futurs de développement du programme de gériopsychiatrie, nous pouvons dire d'une part que l'utilisation des enseignements de l'étude du cas d'exploration combinée à l'analyse du contexte du cas d'exploitation est de fait une transférabilité des résultats et d'autre part que cette transférabilité pourra également être possible, à partir des résultats de l'analyse de leur contexte particulier, à l'implantation d'une nouvelle surspécialité en région non universitaire, dans un milieu ne disposant pas encore de surspécialiste.

Le dernier point, et non des moindres, consiste en la recherche d'objectivité du chercheur.

Nous avons porté une attention particulière à l'identification et l'utilisation de notre subjectivité issue de notre expérience professionnelle, de nos valeurs et engagements personnels afin de les rendre visibles<sup>28</sup>. Une recherche qualitative, en effet, mobilise l'intersubjectivité des personnes rencontrées et particulièrement celle du chercheur, dans une position de double herméneutique (Guba et S. Lincoln, 1994). Il s'agit d'une force sur laquelle le chercheur peut s'appuyer pour identifier les données pertinentes, pour mettre en lien et interpréter données et contexte en profondeur.

Cette expérience peut aussi constituer un biais de lecture orientée par les expériences de l'interviewer qu'il est nécessaire de contrôler par plusieurs méthodes : identification préalable

---

<sup>28</sup> L'expérience professionnelle à laquelle nous faisons référence est celle d'une infirmière (de 1980 à 1988) et d'une gestionnaire dans le système de santé français (de 1990 à 2014), particulièrement en établissement de santé mentale.



des préjugés, double lecture ou triple lecture (dans le cas de cette recherche disposant de deux directeurs de recherche d'expériences croisées académique et clinique)

En effet, au préalable et avant de commencer le travail de recherche, les préjugés du chercheur sur les conditions d'intégration d'une nouvelle pratique clinique dans un réseau de santé ont été identifiés et mis par écrit afin de les tenir à distance. Ensuite, la subjectivité du chercheur a été utilisée lors des entrevues avec conscience de leur utilisation pour mobiliser chez l'interviewé ce qui lui « tient à cœur » dans sa pratique, ses engagements personnels et ses batailles. Cette utilisation a permis de recueillir un matériel riche de sens pour la recherche.

Là également, l'utilisation de sources variées et croisées de données issues d'intervenants multiples permettent de garantir une mise à distance utile pour l'authenticité des résultats et l'objectivité de l'analyse du chercheur. L'identification par le chercheur de sa propre subjectivité dans son journal de bord, toujours supervisé régulièrement par le directeur de recherche a constitué une autre méthode de mise à distance.

## **UTILITE ET LIMITES DE LA RECHERCHE**

L'utilité de cette recherche se situe à deux niveaux. Elle a permis en premier lieu de déterminer finement les concepts à l'œuvre dans l'implantation dans un nouveau terrain d'une surspécialité dans deux réseaux de soins intégrés existants, celui de la santé mentale et celui de la gériatrie. Elle permet également d'identifier des lignes directrices pour l'ensemble de la communauté médicale de la gérontopsychiatrie en émergence. Les résultats de cette recherche sont en effet attendus par les professionnels pour guider leurs actions de développement et proposer un cadre plus efficace de leur fonctionnement en particulier pour augmenter l'accessibilité de ces soins spécialisés à la population. Enfin, ces lignes directrices pourront sans doute éclairer les décideurs lors des choix politiques, au niveau local et régional.

Cependant, la limite principale de cette recherche est essentiellement celle du temps imparti à un mémoire n'ayant pas permis l'exploration d'autres terrains québécois avec autant de profondeur que l'étude de cas réalisée dans le contexte de cette recherche. Cette extension aurait été utile pour croiser des données d'exploration inter-cas et aurait mieux garanti la transférabilité des résultats à d'autres contextes régionaux.

## LES GARANTIES D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

La démarche de ce mémoire se conforme aux exigences en matière d'éthique de la recherche selon les règlements, directives, politiques et procédures décrites par l'Université de Montréal et du Comité d'Éthique et de la recherche du CSS-IUGS.

En effet, ce protocole de recherche a été soumis à l'appréciation de trois comités d'éthique : celui de l'École de santé publique de l'Université de Montréal (ESPUM), du comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) de cette même université et, pour cette recherche multicentrique selon la réglementation ministérielle du 1<sup>er</sup> février 2015, du comité d'éthique et de la recherche (CER) du CSSS-IUGS de Sherbrooke, lequel a constitué le coordonnateur multi site pour la veille des conditions d'éthique de cette recherche.

Les autorisations des professionnels en responsabilité : médecin responsable du programme de gérontopsychiatrie, directeur des services professionnels ont été obtenus préalablement.

La participation aux entrevues a été volontaire. Le consentement<sup>29</sup> de chacun des professionnels et représentants d'usagers, quel que soit le type d'entrevue, a été demandé de manière individuelle après information préalable et détaillée du projet de recherche et assurance de la confidentialité des données, de la durée et du lieu de stockage.

Chaque participant a été informé<sup>30</sup> par un document qu'il a reçu dans un délai adapté avant l'entretien pour qu'il puisse en prendre connaissance et donner son consentement de manière éclairée. Ce consentement a été systématiquement recherché au moment de la rencontre. Le chercheur a sollicité les questions et y a répondu, lorsqu'il y en avait avant l'entretien<sup>31</sup>, et a recueilli l'accord du participant sur l'enregistrement du contenu de l'entretien et des conditions de conservation précisées dans le document d'information et de consentement reçu préalablement.

---

<sup>29</sup> Voir en annexe 7, 7 bis et 7 ter les documents d'information et de consentement.

<sup>30</sup> Ibid.

<sup>31</sup> Ibid.

## **Chapitre 5 : RESULTATS ET DISCUSSION**

### **SHERBROOKE, TERRAIN D'EXPLORATION**

#### **1. L'émergence de la gérontopsychiatrie et les forces productrices d'un ordre social revisité : structure diachronique (1983-2016)**

##### **Le contexte**

La région de l'Estrie est une région sanitaire dont l'activité spécialisée est concentrée dans la ville de Sherbrooke. Créé en 1969<sup>32</sup> par l'ouverture officielle de la Clinique de l'Université de Sherbrooke, le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) est devenu le centre universitaire de santé de la région de l'Estrie (CUSE) en 1995 en regroupant les quatre Hôpitaux de la ville<sup>33</sup>, pour retrouver sa dénomination de CHUS en 2000 (Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, 2015).

Comme tous les Centres hospitaliers universitaires (CHU), sa vocation et son attractivité sont régionales. L'activité du CHUS est devenue supra régionale en 2003 en développant le Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université de Sherbrooke. De son côté, l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (IUGS) a été créé en 1996, en regroupant deux établissements : le Sherbrooke Hospital et l'Hôpital d'Youville. La création de l'IUGS, regroupant soins aigus et d'évaluation, soins de réadaptation et hébergement des personnes âgées, a ainsi affirmé la dimension régionale de l'offre de soins en gérontopsychiatrie<sup>34</sup>.

---

<sup>32</sup> <http://www.chus.qc.ca/le-chus/historique>

<sup>33</sup> Regroupement des quatre hôpitaux de soins de courte durée de Sherbrooke (CHUS, Hôtel-Dieu, Hôpital Saint-Vincent-de-Paul ainsi que les lits installés pour soins de courte durée du Sherbrooke Hospital) sous l'appellation Centre universitaire de santé de l'Estrie (CUSE), lequel prendra la dénomination de CHU de Sherbrooke en 2000.

<sup>34</sup> A noter que la mission régionale de l'IUGS ne s'applique que pour les lits d'hébergement de l'Institut qu'aux unités de soins intensifs pour Symptômes Comportementaux et Psychologiques de la Démence (SCPD).

L'ensemble des établissements de santé et de services sociaux sont actuellement fusionnés, depuis avril 2015<sup>35</sup>, pour former, avec l'Agence de la santé et des services sociaux de la région et d'autres établissements<sup>36</sup>, le Centre intégré universitaire des services de santé et services sociaux de la région de l'Estrie-CHUS (CIUSSS de l'Estrie-CHUS, région socio-sanitaire 05), affichant ses valeurs fondatrices : « *L'humanisme, L'adaptabilité et L'engagement* » sous le slogan : « *EN RÉGION DE L'ESTRIE, ENSEMBLE, INNOVONS POUR LA VIE* » (*Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l' Estrie-CHUS, 2015*) .

Quelques données statistiques (2015) permettent d'appréhender le contexte socio-sanitaire de l'offre de soins aux personnes de plus de 65 ans en région de l'Estrie, et plus particulièrement celui de l'implantation de la gérontopsychiatrie, dans le tableau 3. Nous distinguerons les données concernant la ville de Sherbrooke afin de la situer dans son contexte régional, compte tenu de la répartition de la populationnelle et des structures existantes préalablement à leur fusion dans le CIUSSS (Institut de la statistique du Québec, 2015b) :

---

<sup>35</sup> Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. Chapitre O-7.2

<sup>36</sup>Sont maintenant fusionnées pour former le CIUSSS de l'Estrie-CHUS les établissements suivants :

- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX D.E L'ESTRIE
- CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE
- CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE DE L'ESTRIE
- CENTRE DE RÉADAPTATION ESTRIE INC.
- CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET EN TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT DE L'ESTRIE ;
- CENTRE JEUNESSE DE L'ESTRIE
- NEUF CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
  - De la MRC-De-Coaticook ;
  - De Memphrémagog ;
  - Des Sources ;
  - Du Granit ;
  - Du Haut-Saint-François ;
  - Du Val-Saint-François ;
  - Du CSSS-Institut Universitaire de Gériatrie de Sherbrooke

Issus de l'ancienne région socio-administrative de la Montérégie :

- De la Pommeraie ;
- De la Haute Yamaska.

	SHERBROOKE	RÉGION DE L'ESTRIE
<b>POPULATION</b>	154 600	320 008
Densité population	48% de la population régionale	
+ 65 ans	28 268	61 679
Superficie		10 197 km <sup>2</sup>
RLS / (anciens) CSSS	1 (ancien) CSSS (intégré dans le CIUSSS)	6 RLS correspondants à autant (d'anciens) CSSS : Coaticook, Memphrémagog, Val Saint François, Haut Saint François, Lac Mégantic (Granit), Asbestos (Les sources), Auxquels s'ajoutent les 2 RLS de Haute Yamaska et La Pommeraie
Structures psychiatriques	CHUS	CHUS Auquel s'ajoute une structure de 22 lits de psychiatrie sur le RLS de la Haute Yamaska (CIUSSS de l'Estrie-CHUS 2015)
Structures de soutien à l'autonomie des personnes âgées <sup>37</sup>	IUGS : UCDG CHUS : UCSG Clinique de gériatrie Clinique de gérontopsychiatrie Clinique de la mémoire	6 RLS : CLSC, CHSLD, Hospitalisation de courte durée gériatrique de Coaticook, Memphrémagog (UCDG), des Sources, Auxquels s'ajoutent les structures implantées dans les RLS De la Pommeraie ; De la Haute Yamaska.
Structures d'hébergement	754 lits d'hébergement (4 lieux)	1618 lits d'hébergement 5.0 pour 1000 ha
Nombre d'employés Nombre de médecins	17 000 employés et gestionnaires Plus de 1000 médecins	
RUIS régions de l'Estrie, Saguenay, Centre du Québec, Montérégie	Université de SHERBROOKE	Université de SHERBROOKE

Tableau 3 : Région socio-sanitaire de l'Estrie : données en 2015

<sup>37</sup> <http://www.lestrietapplaudit.com/employeur/CIUSSS-de-lestrie>

Ces données nous montrent que, si la région sanitaire était organisée à travers sept anciens Centres de santé et services sociaux (CSSS) correspondant à autant de Réseaux locaux de services (RLS), la ville de Sherbrooke a bénéficié depuis 2005 d'une unité socio-sanitaire : une ville, un CSSS<sup>38</sup>, un CHU, facilitant ainsi la visibilité des rôles de chacun. La fusion de l'ensemble des offres de services par la constitution du CIUSSS intègre donc actuellement le CHUS dans le système socio-sanitaire de la région de l'Estrie, ainsi que les structures implantées dans les autres RLS, ce qui pourra faciliter et conforter les collaborations développées. Rappelons que le CHUS a depuis sa création une vocation régionale et suprarégionale de par la constitution des Réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) (Réseau universitaire intégré de santé de l'Université de Sherbrooke, 2015)<sup>39</sup>, dont les frontières dépassent celles de la région de l'Estrie du fait de sa taille moyenne et du fait de l'activité des médecins spécialistes à une échelle, elle aussi, suprarégionale.

L'extension démographique de la population des plus de 65 ans a des retombées importantes sur l'offre de gérontopsychiatrie dans la région, tant pour projeter l'importance des besoins actuels et futurs que pour analyser l'offre et y répondre. La population âgée de plus de 65 ans dans la région de l'Estrie était de 19,3 % en 2015, plus élevée que la moyenne provinciale de 17,1 % (Institut de la statistique du Québec, 2015b), différence qui va aller en s'accroissant dans les prochaines années. Les projections statistiques prévoient en 2036, pour cette région, une population de plus de 65 ans de 30,4<sup>40</sup> % pour une moyenne provinciale 25,9 % (Institut de la statistique du Québec, 2014)<sup>41</sup>.

Il est important de souligner ce facteur démographique comme une donnée majeure du contexte d'émergence de cette offre de soins surspécialisés. En effet, cette donnée a orienté dès son origine l'organisation des soins de gérontopsychiatrie dans la région de l'Estrie, continue à l'influencer, et aura une incidence encore plus forte dans les prochaines années.

---

<sup>38</sup> A noter que le terme Réseau local de santé (et l'abréviation RLS) est utilisé dans le vocabulaire post réforme pour signifier les anciens CSSS.

<sup>39</sup> Dont la vocation est d'allier clinique, enseignement et recherche.

<sup>40</sup> Le poids des plus de 80 ans augmente de manière significative pendant ces années. Il est de 4,6 % en 2011 pour atteindre 11,4 % en 2036.

<sup>41</sup> Perspectives de l'évolution démographique du Québec et des régions pour 2011-2061.

## **La construction diachronique de cette nouvelle pratique**

Afin de présenter la chronologie et les étapes du développement de la gérontopsychiatrie à Sherbrooke, commençons par l'espace social dans lequel cette nouvelle pratique a émergé.

En 1988, à l'instar de la grande majorité des milieux de pratique, l'offre de soins en psychiatrie n'a pas pour objectif de développer une nouvelle pratique envers les personnes âgées.

A la période de l'émergence de la gérontopsychiatrie, le « paysage » local des soins aux patients souffrant de troubles mentaux à Sherbrooke était réparti entre quatre entités hospitalières<sup>42</sup>. Un médecin rend compte de ce contexte local :

*C'est curieux en somme, mais il n'y a jamais eu d'hôpital psychiatrique ici dans la région ... La raison de cela (parce qu'on est dans les années 60, et cela a été le même mouvement que partout dans le monde), est le mouvement de la désinstitutionnalisation ». (Dans les années 1960, la construction d'un hôpital psychiatrique a été commencée), « puis il y a eu un mouvement politique, un manifeste qui s'est appelé les fous crient au secours, par un ancien patient. Il y a eu une commission d'enquête, puis un rapport a été rédigé. Ce rapport disait de ne plus créer d'hôpitaux psychiatriques : il faut que la psychiatrie soit intégrée dans les hôpitaux généraux, il faut qu'on sorte de la structure asilaire, il faut que les gens soient le plus possible libérés dans la communauté...Donc l'hôpital qui était en chantier a été arrêté... avant que, tout d'un coup, quelqu'un dise : on va faire un hôpital universitaire. C'est comme cela que le CHU est né, que la faculté de médecine est née. On a nos origines dans un hôpital psychiatrique avorté ! (Médecin 2).*

Ainsi, deux repères significatifs peuvent caractériser ce contexte local de la psychiatrie lors de l'émergence de cette nouvelle pratique, la gérontopsychiatrie :

L'absence d'une structure psychiatrique historique à vocation régionale conjuguée à la politique provinciale visant à développer les soins psychiatriques dans la communauté sont des facteurs importants dans cette construction. De ce fait, la force politique locale que peut avoir développé une entité régionale portant les soins psychiatriques n'existe pas à Sherbrooke à la fin des années 1980. Cet état de fait se conjugue avec la volonté politique provinciale de ne pas recréer de structure asilaire.

---

<sup>42</sup> [www.chus.qc.ca/le-chus/historique](http://www.chus.qc.ca/le-chus/historique). 1995 : Regroupement des 4 hôpitaux de soins de courte durée de Sherbrooke (CHUS, Hôtel-Dieu de Sherbrooke, Hôpital Saint-Vincent-de-Paul de Sherbrooke et les soins de courte durée du Sherbrooke Hospital) sous l'appellation Centre universitaire de santé de la région de l'Estrie (CUSE). Celui-ci prendra la dénomination de Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke (CHUS) en 2000.

En même temps, l'émergence nationale d'une nouvelle discipline en 1981, la gériatrie, vient révolutionner le contexte des soins aux personnes âgées à Sherbrooke<sup>43</sup>. Cette nouvelle vision du monde des soins aux personnes âgées, les nouvelles pratiques importées par des médecins internistes à partir de modèles développés au Royaume Uni depuis 1930, les soins de réadaptation aux personnes âgées, vient révolutionner le contexte local à Sherbrooke. Historiquement, l'Hôpital d'Youville de Sherbrooke était une structure d'hébergement pour personnes âgées sous le mode connu de l'époque : un hospice, où se côtoyaient souvent des patients défavorisés socialement et des personnes dont la démence ne permettait plus le maintien à domicile. Dans les années 1980, cette nouvelle discipline vient transformer les pratiques :

*Quand le Dr Dufresne (premier médecin gériatre) a fait le ménage de Youville, il est allé plus dans un modèle large, post-british, en disant : il faut prendre toute la clientèle, régler les problèmes de réadaptation, faire de l'intervention...un Hôpital de jour ...Ce médecin a ainsi préparé la création de nouvelles structures : l'Hôpital de jour, une réadaptation fonctionnelle intensive, et une unité de gériatrie ...ceci dans le modèle british d'évaluation/orientation/réadaptation (Médecin 3).*

Dans ce cadre, dès 1983, cet hôpital a ainsi développé un projet de psycho-gériatrie incluant une consultation externe et une équipe ambulatoire<sup>44</sup>.

De plus, la direction de l'époque a tout de suite compris l'importance de développer ces soins :

*C'est-à-dire qu'il y avait une opportunité parce qu'il y avait un mouvement de développement ... Et cela s'est développé en gériatrie. De mon temps, c'était une équipe de médecins de famille, de gériatres... c'était le début de la gériatrie. On était tous jeunes, dynamiques, emballés par cela. Il y avait (aussi) un hôpital, une structure de soins qui voulait mettre de l'énergie à développer cela... » (Médecin 1);*

Avec pour conséquence spontanée l'interdisciplinarité entre trois disciplines médicales : la gériatrie et la gérontopsychiatrie en lien avec la médecine de famille intéressée aux soins des personnes âgées :

*Donc, dès le départ, la consultation gériatrique était sur le même plancher que la consultation gérontopsychiatrique.... Alors spontanément, cela a été : je fais de la consultation gériatrique d'un côté...je fais de la consultation gérontopsychiatrique*

---

<sup>43</sup> Rappelons que l'émergence de la gériatrie au Canada a été officialisée en 1981 par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

<sup>44</sup> <http://www.usherbrooke.ca/dep-psychiatrie/services/service-universitaire-de-gerontopsychiatrie>



*de l'autre, mais les patients lourds sont en prise en charge conjointe.... Donc on a (développé) dès le départ une complémentarité (Médecin 3).*

Enfin, une structure académique porteuse vient s'ajouter aux facteurs de contexte. En effet, à la même période, l'emphase a été mise par le doyen de l'Université sur le recrutement de médecins ayant acquis ces nouvelles compétences pour développer au sein des départements académiques ces enseignements :

*À cette époque-là, le doyen qui était le doyen Pigeon, a demandé à un interniste qui avait une pratique envers les personnes âgées d'aller faire une formation dans un endroit auquel on avait accès, où il existait des publications en gériatrie, c'est à dire Los Angeles.....A la même période (la gérontopsychiatre fondatrice) revenait ici avec un même mandat du doyen...c'est-à-dire : vous devrez développer quelque chose... » (Médecin 3).*

Le recrutement d'un médecin gérontopsychiatre, formé pour développer cette nouvelle pratique, a été réalisé dans ce contexte :

*Écoutez, c'est sûr que comme il y a avait une volonté du milieu de développer un pôle d'excellence...eh bien oui, il y a eu une volonté de recruter ...c'est sûr que moi, j'avais une formation complémentaire...j'étais la première à l'avoir fait au Québec... à avoir cette expertise...alors, oui, le milieu était intéressé à me recruter ! Ensuite, comme de toute façon j'étais professeur à plein temps...cela impliquait que si je venais ici, je développerais un service universitaire (La femme médecin gérontopsychiatre fondatrice).*

A partir de ces trois repères significatifs de l'émergence de la gérontopsychiatrie dans une période de recherche de nouveaux modèles de soins, nous nous proposons de présenter une description de son développement au sein du contexte local de Sherbrooke. Nous la présentons sous la forme d'une structure nommée diachronique <sup>45</sup>(Abbott, 1995; Abbott, 2003), autour de quatre dates et quatre périodes : 1988, 1996, 2005, et notre période actuelle, 2015, ainsi qu'autour de quatre personnalités ayant joué un rôle majeur dans l'implantation et le développement de cette nouvelle pratique. La figure 2 page suivante rend compte de cette évolution diachronique.

---

<sup>45</sup> Voir définition dans le paragraphe « L'accompagnement du changement pour pérenniser l'implantation d'une pratique émergente », page 16.

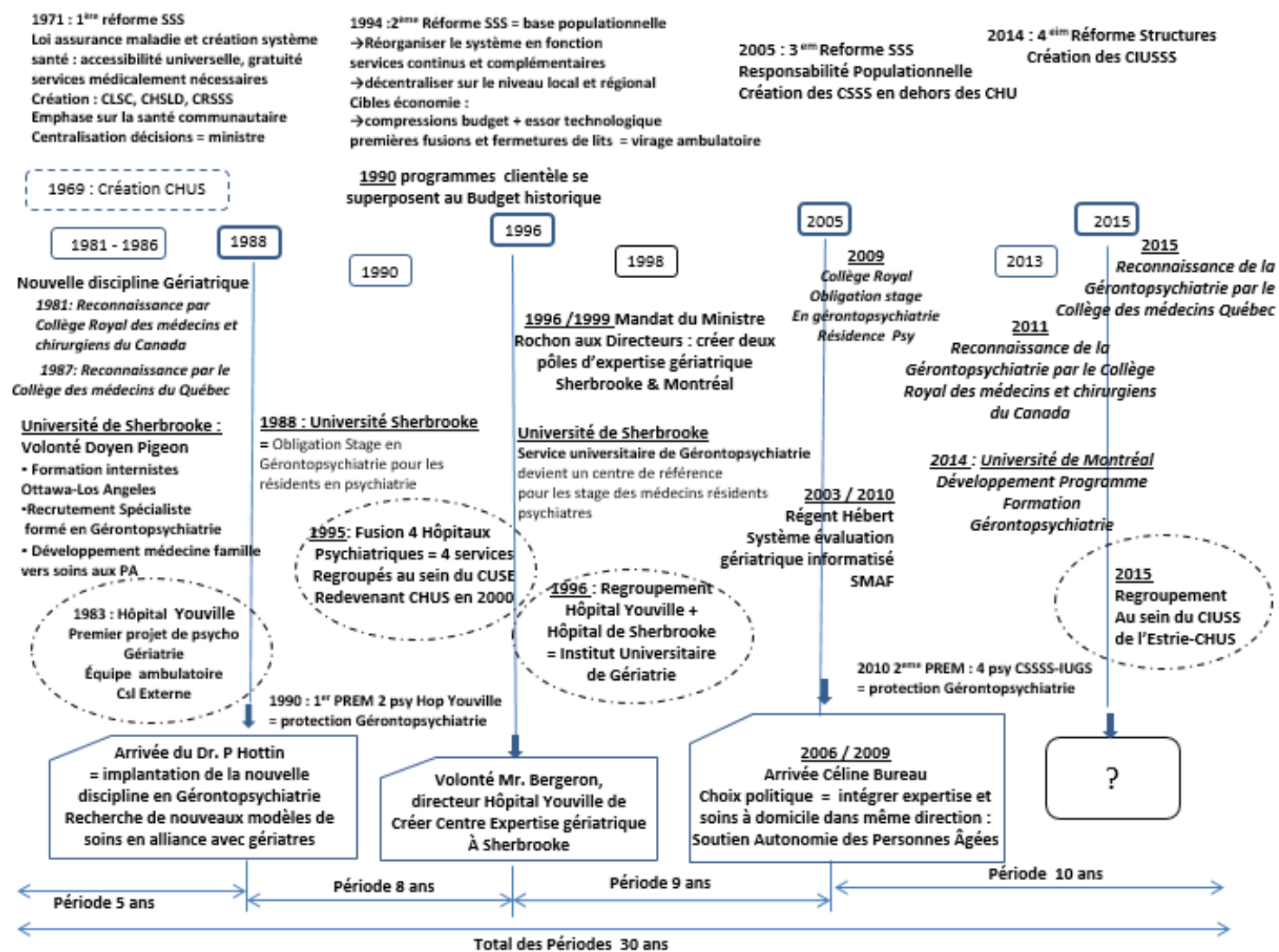


Figure 2 : Représentation de l'évolution diachronique du développement de la gériatrie en région Estrie

Les quatre grandes périodes de cette évolution peuvent être déclinées ainsi :

### **1988-1996 : L'arrivée d'un médecin formé à la pratique psychiatrique auprès des personnes âgées**

Cette nouvelle pratique a été développée par le Docteur Paule Hottin dès 1988. Cette femme médecin, répondant à la mission confiée par le doyen Pigeon et à l'Université McGill avait développé une sensibilité particulière envers une population ne bénéficiant pas d'offre de soins adaptée (c'est à dire les personnes souffrant de troubles psychiatriques non diagnostiqués auparavant, ou survenant dans le cadre d'une démence)<sup>46</sup>. La période qui a suivi a eu comme objectif l'insertion de la gérontopsychiatrie dans les soins aux personnes de plus de 65 ans ayant peu bénéficié de soins psychiatriques jusqu'alors.

Le département de psychiatrie de l'Université de Sherbrooke a très tôt (dès 1988<sup>47</sup>) rendu obligatoire aux résidents le stage en gérontopsychiatrie, anticipant les directives du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada qui l'a rendu obligatoire en 1991 seulement. En effet, la fonction de professeur d'université de la gérontopsychiatre fondatrice de la gérontopsychiatrie a été déterminante dans ce développement. La présence des résidents a joué, et joue encore, un rôle important dans le contexte des soins de gérontopsychiatrie à Sherbrooke. Cet état de fait a permis de disposer du soutien de ressources renforçant le travail interdisciplinaire ainsi que la présence de la gérontopsychiatrie dans l'unité de courte durée gériatrique.

---

<sup>46</sup> Les cliniciens experts en gérontopsychiatrie ont établi une classification épidémiologique des troubles de santé mentale du grand âge selon trois catégories, ici décrites par la fondatrice : « *Il y a trois grandes clientèles, et j'ai toujours défendu ce modèle au Québec depuis 30 ans* :

1. *Une clientèle dite clientèle 1, de patients présentant une problématique psychiatrique de longue date, qui un jour ont plus de 65 ans : schizophrènes chroniques, maladies affectives sévères, etc....*
2. *Une clientèle dite clientèle 2, qui développe des problèmes psychiatriques après 65 ans : dépression majeure, mais sans antécédents, ou sans antécédents significatifs ;*
3. *Et la troisième clientèle, c'est est celle qui développe des symptômes psychiatriques associés à la démence, donc tout ce qu'on appelle symptômes comportementaux et psychologiques associés à la démence ».*

<sup>47</sup> <http://www.usherbrooke.ca/dep-psychiatrie/services/service-universitaire-de-gerontopsychiatrie>

Comme nous l'avons précisé précédemment, dès l'origine, la nouvelle pratique de gérontopsychiatrie a été développée dans l'interdisciplinarité avec la gériatrie, particulièrement au sein de l'unité de courte durée gériatrique, l'UCDG :

*Comme le gérontopsychiatre vient en général une fois par jour ...ou sur une longue période de deux jours (cela dépend du gérontopsychiatre et cela dépend aussi du niveau du résident), l'intervention n'est pas limitée à une rencontre multidisciplinaire, ce qui est peu productif dans la majorité des milieux...L'intervention est en continu interdisciplinaire, sur le processus quotidien...et là où les médecins doivent s'asseoir pour écrire... à côté de la zone infirmière...et ce faisant ils sont en contact permanent avec le personnel infirmier (Médecin 3).*

Le développement de la gérontopsychiatrie au sein de l'IUGS a, géographiquement et administrativement, conféré une complète indépendance de la pratique en regard de celle de la psychiatrie exercée au CHUS, particulièrement par le truchement du droit d'exercice conféré aux médecins par le plan régional d'effectifs médicaux (PREM)<sup>48</sup> de psychiatrie. En effet, les PREMs de gérontopsychiatrie n'existent pas encore en 2016, et la constitution d'un seul PREM de psychiatrie pour Sherbrooke aurait amené une négociation des effectifs avec le CHUS, ce qui aurait pu constituer un frein à son développement. Le premier PREM de deux psychiatres autorisés à exercer à l'IUGS a été déterminé en 1990.

### **1996-2005 : La création par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec d'un pôle d'expertise universitaire<sup>49</sup>**

Cette période, à l'origine sous la direction du directeur Bergeron, est axée sur le développement de l'expertise des soins à la personne âgée dans les trois dimensions d'un centre universitaire : la clinique, la formation et la recherche. Ainsi, l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (IUGS) a été créé en 1996 par le regroupement de l'Hôpital d'Youville et des lits d'hébergement du Sherbrooke Hospital. La pratique de la gérontopsychiatrie, déjà en place

---

<sup>48</sup> Plan régional d'effectifs médicaux (PREM), négocié entre le MSSS, l'Université, et l'établissement d'exercice. Ce plan autorise une cible de recrutement pour la région et par établissement, ceci pour chacune des spécialités médicales.

<sup>49</sup> A l'instar de la création la même année de l'Institut Universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM), formant deux pôles d'expertise de soins, de formation et de recherche sur le territoire provincial.

depuis 8 ans, s'est inscrite dans ce mouvement en articulant formation et recherche au sein du service universitaire de psychiatrie, en parallèle au service universitaire de gériatrie.

## **2005-2015 : La consolidation de l'intégration du pôle d'expertise de la gériatopsychiatrie**

Au sein de l'espace clinique de Sherbrooke, nous pouvons ainsi avancer que cette nouvelle pratique a défini son périmètre à travers un domaine d'expertise non couvert (ou plutôt partiellement couvert) par les autres spécialistes psychiatres, ou gériatres : les troubles de santé mentale des personnes âgées de plus de 65 ans, souvent concomitants de troubles de dégénérescence cérébrale, dans la phase diagnostique de la maladie ou en appui à la prise en charge habituelle. Il est important de souligner que ni les gériatres, centrés sur les troubles physiques, ni les psychiatres, ne maîtrisant pas la complexité des comorbidités cognitives et/ou somatiques, n'ont développé suffisamment d'expertise pour répondre à cette complexité. Un gériatopsychiatre montréalais précise :

*Ils (les médecins en général, et par extension les concepteurs de programmes) fonctionnent comme si le cerveau était coupé en deux, d'un côté l'organe de l'autre la psyché » ou bien : « C'est vrai que lorsqu'il existe une comorbidité entre troubles psychiatriques et cognitifs, lorsqu'il y a une dépendance ajoutée...les patients psy sont dans une zone sans réponse...entre deux chaises (Un médecin gériatopsychiatre montréalais).*

L'arrimage des soins communautaires avec l'expertise gériatopsychiatrique est un facteur important d'intégration.

En effet, le rassemblement sous une même entité des soins communautaires assumé par le CLSC de Sherbrooke et l'Institut universitaire de gériatrie (devenant ainsi le CSSS-IUGS), de par la réforme des services de santé et sociaux<sup>50</sup> fondée sur la responsabilité populationnelle, a amené l'organisation à intégrer structurellement les soins communautaires et l'expertise clinique gériatopsychiatrique :

*Il y a eu un sentiment d'appartenance au CSSS-IUGS qui s'est développé parce que l'ingrédient clé, c'était que la direction « personnes âgées » intégrait à la fois le*

---

<sup>50</sup> Implantation de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (2005, c. 32) (Projet de loi 83).

*volet expert, tout autant que le soutien à domicile...et Madame Bureau<sup>51</sup> en a l'entière (initiative)... Cela fait qu'il y a eu beaucoup de liens entre le soutien à domicile et les experts... Chaque programme-service<sup>52</sup>, et il y en a un autre qui s'appelle santé mentale, doit avoir des liens étroits pour ce qui est de la population gériatrique mais la majeure (partie), c'est dans le réseau intégré de personnes âgées, parce que la plupart des personnes âgées reçoivent leurs services de là...même s'il y a un volet santé mentale, il y a un lien qui doit être fait mais proportionnellement...le « core business » pour parler chinois, il est là ! C'est un peu l'historique...c'est comme ça que cette orientation a été prévue, et s'est maintenue (dans le temps) ...Cela aurait pu être autrement.... Si les gériopsychiatres avaient été au CHUS, historiquement, en santé mentale, peut être que cela se serait concrétisé autrement ! Mais de toute façon, maintenant, on est tous dans la même famille !» ; ou encore : « Le soutien à domicile et c'est dans la trajectoire Soutien à l'Autonomie des Personnes Âgées. Donc, pour nous, le domicile, on l'attrape comme cela ...la gériopsychiatrie fait partie de l'offre de services du réseau intégré de personnes âgées (Gestionnaire 1).*

Quelques données quantitatives caractérisent cet arrimage en 2015 : la figure 3 représente la demande de ces différentes sphères professionnelles à l'équipe de gériopsychiatrie (moyenne des données 2010-2015 à partir des 332 nouvelles références annuelles) :

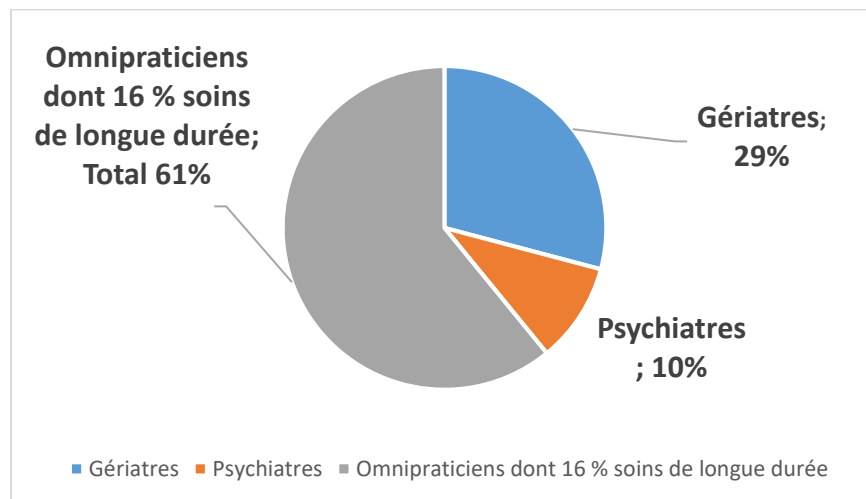


Figure 3 : Analyse de l'offre de gériopsychiatrie aux nouveaux patients en région Estrie  
À partir des nouvelles références (moyenne des données de 2010 à 2015, en %)

<sup>51</sup> Directrice Direction du soutien aux aînés en perte d'autonomie (DSASA).

<sup>52</sup> Le CSSS-IUGS a en effet structuré la gouvernance clinique (cogestion médicale à chacun des niveaux) des soins et services aux Personnes âgées (DSASA) en trois programmes-clientèle : services de première ligne/soutien à domicile ; services gériatriques spécialisés (dont fait partie la gériopsychiatrie, l'unité de court séjour gériatrique (UCDG) et la clinique ambulatoire gériatrique) ; et hébergement.

Globalement, l'analyse de la figure 3 nous permet d'affirmer que 61 % des références médicales de patients proviennent des omnipraticiens dont 16 % sont issues des CHSLD. Le soutien de l'équipe de gérontopsychiatrie au maintien à domicile (auprès des médecins omnipraticiens et des gestionnaires de cas)<sup>53</sup> est donc un investissement premier de l'équipe.

Les 39 % des références restantes proviennent des médecins spécialistes : 29 % des gériatres et 10 % des autres spécialistes (majoritairement, une demande de deuxième avis des psychiatres).

Il est important de noter que les demandes issues de la clinique gériatrique pour un deuxième avis sont peu nombreuses. Il s'agit le plus souvent d'un transfert aux gérontopsychiatres de demandes de médecins omnipraticiens.

Ainsi, si les données disponibles ne nous permettent pas de mieux préciser la réponse de l'offre en termes de populations concernées, elles mettent bien en évidence l'insertion de l'offre dans la communauté.

De fait, un partage de la population soignée a été négocié avec les psychiatres dès l'émergence<sup>54</sup>. En 2015, les médecins responsables médicaux de gérontopsychiatrie et de santé mentale estiment que les articulations entre les deux programmes sont insatisfaisantes et souhaitent une implication plus grande auprès des équipes du CHUS, particulièrement lorsque les troubles sont mixtes, entre problèmes cognitifs et de santé mentale :

*C'est sûr qu'il y a un problème pour les patients psychiatriques qui se mettent à avoir des problèmes physiques, ou des problèmes cognitifs, et là, personne n'en veut.... Là il y a un problème entre deux chaises. (Médecin 2) ;*

*Parce qu'actuellement les personnes âgées sont hospitalisées sur des lits de psychiatrie générale...et on a toujours l'enjeu de qui devrait s'en occuper que dès que se surajoute des troubles cognitifs ; ce qui est souvent le cas dans le grand âge. Et puis, en général, les troubles cognitifs ne sont pas considérés comme de la psychiatrie ...et les omnipraticiens disent : mais là il y a des troubles du*

---

<sup>53</sup> 79% de ces demandes viennent des médecins exerçant en cabinet privé. Il ressort des entretiens avec les professionnels gestionnaires de cas que leur connaissance de cette offre et le bénéfice qu'ils trouvent dans la réponse en est certainement une des causes.

<sup>54</sup> Les personnes âgées ayant besoin de soins psychiatriques hospitalisées au CHUS sont vues et suivies par ces derniers, les gérontopsychiatres intervenant en soutien lorsque les psychiatres ont besoin d'une expertise pointue, ce qui reste, dans les faits, marginal selon les médecins rencontrés.

*comportement et puis il y a des antécédents psychiatriques, cela devrait être de la psychiatrie...alors ça crée des disputes (Médecin 2).*

Des solutions cliniques sont mises en place pour améliorer cette intégration, mais la question posée envers l'intégration est bien d'ordre administratif : « *La majeure (partie) c'est la perte d'autonomie...Sauf que tout le côté santé mentale reste...et nous, on ne peut pas offrir tout le support qu'ils offrent...cela fait comme un trou.* » (Gestionnaire de cas 1). L'équipe de gérontopsychiatrie peut être appelée en relais lorsqu'il y a souffrance de l'équipe.

Pour compléter cette représentation de l'activité de l'équipe à travers les données de 2010 à 2015<sup>55</sup> nous pouvons ajouter que :

- 332 nouveaux patients en moyenne bénéficient d'une évaluation de leurs troubles. Ceci correspond à six à sept nouveaux patients vus chaque semaine par les médecins gérontopsychiatres. Parmi ces personnes, 62 % bénéficient d'un suivi médical ou infirmier ;
- 38 visites<sup>56</sup> par semaine sont assurées par les infirmières<sup>57</sup>. L'infirmière rencontrée précisait que cela représentait environ une évaluation d'un nouveau patient par semaine, les autres visites correspondant aux suivis de la cohorte de patients qui peuvent être assurés, selon ses dires, entre trois à six mois, en collaboration avec les équipes.

L'impact régional est confirmé par ces données. En effet, les données des rapports d'activités sur cinq ans montrent que l'offre de service de l'équipe de gérontopsychiatrie a un impact régional. La figure 4 rend compte que 30 % de la population consultant en gérontopsychiatrie est originaire d'un autre (ancien) CSSS que Sherbrooke<sup>58</sup> :

---

<sup>55</sup> Rapport d'activité 2014-2015 du programme de gérontopsychiatrie.

<sup>56</sup> Le terme visite comprend aussi bien les consultations de pré-évaluations transmises aux gérontopsychiatres que les suivis des patients.

<sup>57</sup> La moyenne annuelle des évaluations et suivis de 2010 à 2015 est de 1979. Depuis 2013, la diminution des effectifs infirmiers (départ en retraite, mobilisation d'une infirmière pour former les deux infirmières constituant l'équipe SCPD) a eu pour conséquence de réduire de moitié les visites annuelles des infirmières.

<sup>58</sup> A noter que les données démographiques montrent que la population de la ville de Sherbrooke représente 46 % de la population de la région de l'Estrie (Tableau no3 page 47).



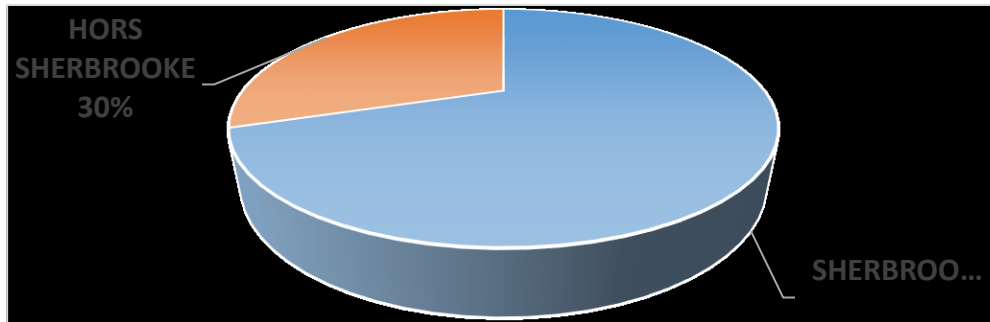


Figure 4 : Répartition de la réponse gérontopsychiatrique en région Estrie  
 À partir des nouvelles références (moyenne des données de 2010 à 2015, en %)

Pour compléter les données de la figure 4, la figure 5 précise que la réponse de l'équipe de gérontopsychiatrie dépasse, pour plus de la moitié de son activité, les murs de son espace premier, l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

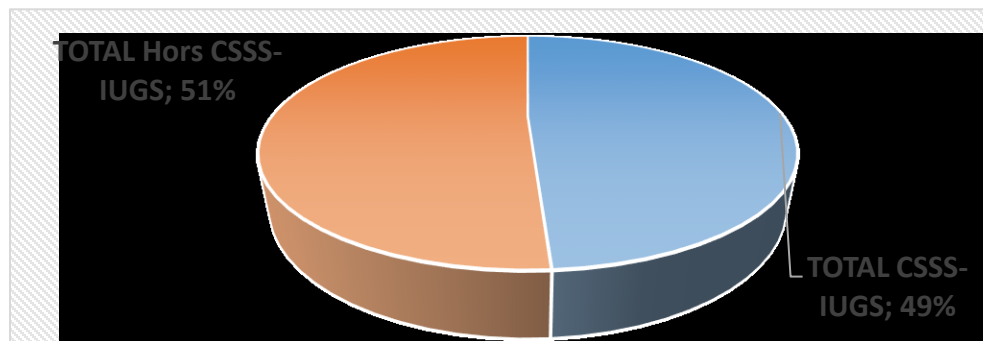


Figure 5 : Origine des références sur les 332 annuelles en région Estrie  
 À partir des nouvelles références (moyenne des données de 2010 à 2015, en %)

Cette intégration a été soutenue par le développement innovant en 2003, d'un système d'information partagé sur la personne âgée : le RSIPA<sup>59</sup> : « *C'est clair, qu'à Sherbrooke, pour toutes sortes de raisons...il y a eu des travaux au centre de recherche, le Dr Hébert a été un peu...pas un peu...a été le précurseur des réseaux intégrés de service* ». (Gestionnaire 1). Cette coordination de l'information a joué un rôle important dans la région de l'Estrie et a eu un impact majeur sur l'intégration de l'offre de soins de gérontopsychiatrie par la facilité qu'il apportait au partage d'informations entre professionnels.

Ce système d'information, destiné en premier lieu à l'évaluation de l'autonomie de la personne âgée, permet en effet de partager des informations cliniques. La région de l'Estrie l'a utilisé pour mettre en réseau (c'est à dire accessible à tous les professionnels de santé impliqués dans le maintien à domicile d'une personne âgée) des informations clinico-administratives comme la mesure du degré de dépendance de la personne âgée<sup>60</sup> (Hébert et al., 2004), mais aussi des résumés cliniques, au choix du médecin consultant. Les recommandations des gérontopsychiatres sont ainsi déposées dans ce système d'information pour une mise à disposition de tous les médecins référents et les équipes de soins et de soutien à domicile dans la région :

*Le médecin exerçant en GMF y a accès... le Ministère a associé ce système au soutien à domicile ... pour les gestionnaires de cas ...mais nous, dans notre établissement, on a dit OK, on est un seul établissement, et nous allons donner accès à tous les services selon les besoins (UCDG, CHLD, mais aussi par extension au CHUS). Les consultations de gérontopsychiatres sont à peu près les seules qui sont dictées et mises dans le système RSIPA. (Gestionnaire 1).*

L'intégration de la gérontopsychiatrie dans une structure universitaire a également facilité l'utilisation de « corridors de services spécialisés » (imagerie, neurologie notamment), d'après les professionnels rencontrés. Gageons que l'appartenance de l'expertise de la gérontopsychiatrie à un milieu universitaire a joué un rôle non négligeable dans cet état de fait.

---

<sup>59</sup> Le réseau du système de services intégrés pour les personnes âgées fragiles.

<sup>60</sup> La cotation de la dépendance par la cotation du degré d'autonomie de la personne âgée (le SMAF : système de mesure de l'autonomie fonctionnelle) permettant de définir la nature des services répondant aux besoins de la personne âgée.

## **2015 - Et l'avenir**

Cette période s'annonce comme une nouvelle période de développement, impactée par deux facteurs majeurs : le départ en retraite du Docteur Hottin, fondatrice et pionnière de la gérontopsychiatrie à Sherbrooke (donc l'arrivée de deux nouveaux médecins gérontopsychiatres assumant la continuité de cette tâche), et à la mise en place du CIUSSS de l'Estrie-CHUS dont les frontières ont été étendues.

A la lecture des documents organisationnels du CIUSSS, le maintien de l'offre de gérontopsychiatrie dans la Direction du soutien aux aînés en perte d'autonomie (DAPA) semble assuré. En effet, la direction générale a structuré les missions du CIUSSS de l'Estrie-CHUS en deux grands volets de programmes cliniques, afin de favoriser les continuums de services (Organigramme Haute Direction, Février 2016). Il est possible de constater que le volet « Programmes sociaux et de réadaptation » réunit les programmes Jeunesse et pédiatrie, déficience intellectuelle, avec le programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées et celui de santé mentale et dépendance. De ce fait, l'offre de gérontopsychiatrie se trouve dans la cohérence d'une même direction et les liens pourront vraisemblablement en être facilités.

De par sa position historique, la représentation du positionnement provincial qu'en ont les gestionnaires rencontrés, cette organisation s'est imposée de manière évidente :

*A Sherbrooke, le résultat de cela, c'est que, malgré de multiples fusions, dont une en train de se faire...le défi est de préserver ces noyaux d'expertise... » et aussi : « Je dirai que la création d'une direction personnes âgées au Ministère, et une table RUIS qui va se poursuivre (on sait que cela va se poursuivre malgré la Loi 10), témoigne d'une volonté ministérielle de garder des lieux d'expertise...des pôles d'expertise...Au moins un par RUIS. Il y a 4 RUIS en soins aux personnes âgées au Québec dans lesquels la gérontopsychiatrie est incluse. Parce qu'il y a tout le temps la question de la santé mentale.... (Gestionnaire 1) ;*

La réunion des programmes SAPA et de santé mentale et dépendance sous la même direction adjointe, la cogestion médicale de santé mentale assumée par un médecin ayant exercé dans l'équipe de gérontopsychiatrie, devra être un atout pour les négociations futures, au-delà de ce que nous en dit le design organisationnel. Des liens forts et historiques existent entre les deux programmes et la création du CIUSSS de l'Estrie-CHUS a levé les barrières structurelles entre le CHUS et le CSSS-IUGS.

De ce fait, les professionnels utilisant l'offre de gérontopsychiatrie rencontrés n'ont pas exprimé de crainte par rapport à la mise en place du CIUSSS, plutôt des questionnements sur l'évolution des organisations de gestion. La confiance en la capacité de chacun à trouver les solutions adaptées, que l'on soit médecins responsables de programmes ou gestionnaires, a été exprimée par tous les professionnels en responsabilité rencontrés.

Toutefois, des enjeux de partage de territoire professionnel peuvent être à renégocier avec le département de psychiatrie. En effet, le PREM autorisant l'exercice de psychiatres en gérontopsychiatrie (augmenté à quatre postes de médecins psychiatres en 2010), en l'absence de PREM spécifique de gérontopsychiatrie, pourrait constituer un enjeu pour le redéploiement des moyens attribués à l'équipe de gérontopsychiatrie et représenter pour les médecins gérontopsychiatres un élément pouvant modifier l'équilibre dans l'espace social du CIUSSS dans les prochaines années :

*L'autre chose, comme je vous le disais, tout le développement de la gérontopsychiatrie au CSSS-IUGS (s'est fait) surtout, en tenant compte des budgets des administrations parce que c'était indépendant.... Ici, nous avons un département complètement séparé du CHUS.... J'ai toujours pu défendre cela.... Donc cela a protégé le fait que l'on soit 100% gérontopsychiatrique.... Et puis, cela a permis d'avoir un PREM d'effectifs médicaux indépendant. Donc on a un PREM séparé du PREM du CHUS. Ce qui nous a permis, avec les années, d'augmenter un peu le PREM et d'avoir un PREM de quatre. Que si on avait été dans le PREM du CHUS, on était en compétition.... D'ailleurs, cela risque de se compliquer avec la loi 10, parce qu'on va devenir un seul établissement. (La gérontopsychiatre fondatrice).*

Deux forces contextuelles peuvent également modifier les équilibres établis :

- La pression démographique des plus de 65 ans et une demande en expansion peuvent accentuer les tensions. Dans le contexte de pression démographique et de réponse aux besoins les plus complexes de la population des plus de 65 ans présentant des troubles de santé mentale, le choix populationnel a été un choix stratégique de départ, poursuivi lors de son développement. Le nombre de psychotiques âgés va certainement venir peser dans cet équilibre négocié avec l'équipe des psychiatres et peut le modifier.

- L'approche communautaire et le travail auprès des aidants : une responsabilité partagée ? L'augmentation de la demande de soins aux aînés va également, de manière prévisible, venir interpellier les répartitions de tâches entre les différents intervenants cliniques :

*Je pense qu'il n'est pas raisonnable d'attendre que la gérontopsychiatrie réponde à toutes les demandes ... par exemple pour un patient qui devient triste transitoirement dans la communauté ... mais les tableaux qui sont plus sévères, qui ont plus d'impact, ou qui ont des critères de gravité, autres comme l' inanition, le suicide, la violence ou l'agressivité, là une évaluation gérontopsychiatrique est nécessaire. Ensuite pour prodiguer les soins nécessaires, il y a toutes sortes de partenariats qui peuvent être imaginés, avec entre autres la première ligne... Notamment parce que 90 % des patients vont être atteints de maladie d'Alzheimer et vont présenter des symptômes comportementaux et psychologiques associés et le constat qu'il est possible de faire sur le terrain est que la première ligne est peu équipée pour faire face à ces problèmes-là. Les intervenants qui se mouillent vraiment ...qui sont dans les maisons ...dans les résidences... dans les ressources...les RNI, constatent les symptômes psychologiques et comportementaux... voient que c'est présent...mais rapidement sont dépassés... ne savent pas comment traiter ça (Médecin 4).*

Il est aussi important de prendre en compte les modifications des attentes sociales de cette population dans laquelle les rôles entre les hommes et les femmes ont évolué :

*Le nombre de lits en soins longue durée ne va pas augmenter deux ou trois fois, c'est impossible... (Il faut) donc ré imaginer les choses pour qu'on prenne en charge ces patients-là dans la communauté...et puis prendre en charge non seulement les patients, mais les aidants naturels qui seront impliqués là-dedans...et puis mieux équiper la première ligne qui devra dispenser la grande majorité des soins vers ces patients.... Je pense que la gérontopsychiatrie a un rôle central à jouer là-dedans (Médecin 4).*

Le besoin d'autonomie de ceux qu'il est socialement admis de nommer les « baby-boomers » va sans doute amener à une plus grande implication des patients et de leur entourage dans leurs soins, à un partenariat de soins avec les familles et aidants. Les besoins de soutien des aidants naturels devront être pris en compte par les soignants professionnels, non seulement en tant que soutien, mais aussi en étayant leurs compétences propres auprès de la personne en souffrance. Dans le modèle actuel, ce partenariat de soins est actuellement laissé au « noyau dur auprès du patient ». La croissance de la demande viendra t'elle modifier le modèle ?

Les retombées de la loi sur la fin de vie<sup>61</sup> ne peuvent encore être prévisibles. La gérontopsychiatrie sera-t-elle amenée à jouer un rôle de consultant ou de formateur sur des éléments dépressifs profonds venant impacter la capacité de la personne âgée à décider pour elle-même ? Il est possible de l'imaginer, en soutien aux médecins impliqués dans le processus.

En somme, la description de la structure diachronique de l'émergence de la gérontopsychiatrie dans la région de l'Estrie, à son origine à partir de l'Hôpital d'Youville devenu l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (IUGS), son inscription dans le temps et à travers les modifications structurelles de son environnement, nous a permis de poser le cadre de son évolution dynamique.

Nous allons maintenant regarder de plus près la structure et la « physiologie » de ses espaces professionnels et organisationnels, c'est-à-dire, sa structure synchronique (Abbott, 1995; Abbott, 2003) : les caractéristiques de ces différents espaces, les concurrences si elles existent, la nature des liens développés entre les espaces professionnels, organisationnels et contextuels et ce qu'ils nous enseignent.

---

<sup>61</sup> La [Loi concernant les soins de fin de vie](#) (2014, chapitre 2) propose une vision globale et intégrée des soins palliatifs et de fin de vie. Elle assure aux personnes en fin de vie l'accès à des soins de qualité et à un accompagnement adapté à leur situation particulière, lors de cette étape ultime de leur vie, notamment pour prévenir et apaiser leurs souffrances. La Loi fait suite aux recommandations de la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité.

## **2. Un espace social construit en réponse aux besoins d'une population âgée : structure synchronique**

Il s'agit dans cette structure synchronique de présenter les différents espaces socioprofessionnels dans lesquels a évolué la gérontopsychiatrie depuis son émergence : obstacles et leviers rencontrés ou utilisés, tant dans la stratégie de démarrage que dans la dynamique d'intégration.

### **La stratégie de démarrage**

En 1988, tel que nous l'avons explicité dans la description diachronique, la gérontopsychiatre fondatrice a investi ce nouvel espace professionnel clinique à partir d'une alliance forte avec la gériatrie émergente, les deux équipes fonctionnant comme deux équipes autocréatrices (Nonaka, 1994), à la fois autonomes et inter-reliées :

*Et puis je vous dis, ici on était un groupe de jeunes quand on a commencé... c'était le début de la gériatrie ... quelques-uns qui venaient de médecine de famille, d'autre de la médecine interne...ils étaient allés se former en Europe et revenaient plein d'idées. Et puis on a développé ça, on voulait changer le monde. (La femme médecin fondatrice)*

La gérontopsychiatrie s'est ainsi construite sur ces « savoir-faire » partagés, dans la complexité des liens entre deux savoirs et cultures, notamment par l'adaptation de l'utilisation de la pharmacologie existante tout autant que le développement d'une expertise technique de la relation au grand âge, dans des lieux de soins diversifiés, favorisant ainsi une influence large. Nous proposerons un éclairage de cette dynamique par la construction d'un savoir hyperspécialisé, devenant savoir « *exclusif* » dans le sens défini par Abbott (2003)<sup>62</sup> au sein de cet espace professionnel.

---

<sup>62</sup> Ce « savoir exclusif » selon Abbott (1999) ne doit pas être confondu avec l'exercice exclusif d'une profession, défini par son cadre réglementaire en fin de processus de légalisation d'une profession. Le terme exclusif est à entendre ici comme un savoir ne pouvant être exercé que par une catégorie de soignant du fait des connaissances acquises par sa formation et son expérience unique.

Le choix de cette alliance dans des lieux de soins investis par les soins aux personnes âgées a, de plus, généré une proximité de lieu entre ces trois nouvelles sphères professionnelles en émergence : la gériatrie, la médecine de famille spécialisée auprès des personnes âgées et la gérontopsychiatrie (au démarrage au sein de l'Hôpital d'Youville puis ensuite de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke). La proximité physique de ces trois sphères a été, bien entendu, un facteur favorisant non seulement ces alliances, mais également l'inscription de la gérontopsychiatrie dans son contexte clinique : « *Oui, on a été chanceux de pouvoir garder un berceau de compétences jusqu'à ce que l'on atteigne la maturité !* » (Médecin 3).

De son côté, l'espace professionnel de la psychiatrie du CHUS montre une vacance d'investissement pour la population âgée présentant des troubles cognitifs concomitants, ce qui ne génère aucune concurrence avec la gérontopsychiatrie émergente dans cet espace professionnel.

Ces deux facteurs ont ainsi constitué la dynamique principale de la construction de la microsociété clinique de la gérontopsychiatrie à Sherbrooke. Il existe en somme à l'origine un équilibre des forces<sup>63</sup> entre les espaces professionnels, une alliance forte avec la gériatrie, maintenue dans un espace partagé et une absence de concurrence. Cet équilibre des forces, associé à un effectif médical de gérontopsychiatres restreint à deux postes jusqu'en 2010 (ce qui reste le cas en 2015 au vu des diverses absences), n'a toutefois pas permis d'intégrer cette nouvelle pratique comme il pourrait être souhaitable dans le département de psychiatrie du CHUS :

*Sans être fermée, l'IUGS reste comme une bulle un peu idéale... des services dédiés, et qui fonctionnent bien. Et puis c'est un petit milieu... il y a moins d'interlocuteurs. C'est plus facile d'établir des dialogues avec les décideurs ou avec les autres disciplines pour structurer les choses.... Mais je pense qu'il faudrait développer des tentacules vers l'hôpital général...soit en appoint à nos collègues psychiatres, soit en appoint à nos collègues omnipraticiens. (Médecin 2).*

---

<sup>63</sup> Il faut souligner également qu'il y a peu de différence de nombre des praticiens dans ces différentes sphères professionnelles pouvant de manière significative influencer la dynamique d'évolution.



Les gérontopsychiatres doivent, de fait, relever le défi de créer une « *jurisdiction* » (Abbott, 1995) propre à cette nouvelle pratique afin d'assurer leur sécurité envers deux risques majeurs : la dispersion et l'inefficacité, du fait de l'étendue des besoins et des espaces professionnels concernés (les soins de court séjour gériatriques, les soins de court séjour psychiatriques, les services d'urgence, les soins de longue durée, les bureaux des omnipraticiens).

Ainsi, dès la période d'émergence, la femme médecin en charge de développer l'offre de gérontopsychiatrie a défini les conditions de l'interaction dans son milieu via la construction d'un modèle, nommé « modèle clinique », lequel a eu, de fait, une fonction organisationnelle, régulant les échanges entre écologies.

Ce modèle est caractérisé par :

**1) Un positionnement de consultant** auprès des médecins de famille et des gériatres et de tout médecin spécialiste qui en fait la demande.

Le modèle de la gérontopsychiatrie à Sherbrooke est fondé sur un rôle de surspécialiste venant apporter son expertise en soutien au « *noyau technique auprès du patient* » (Lamothe, 2005), qu'il soit dit de première ligne (omnipraticiens, que le patient vive à domicile ou en établissement d'hébergement), ou de deuxième ligne, la consultation étant demandée par le médecin spécialiste (gériatre, psychiatre, ou aussi, plus rarement, cardiologue, néphrologue, neurologue ou autre spécialiste) ayant besoin d'un avis d'expert sur la santé mentale d'une personne âgée :

*C'est d'être en appui comme consultant aux gériatres et de s'intéresser aux personnes qui ont des troubles cognitifs et qui ont des problèmes comportementaux affectifs concomitants ou surajoutés. Et puis au fond, d'offrir aux équipes qui soignent les personnes âgées, soit en milieu de personnes âgées, soit en milieu même communautaire une expertise psychiatrique. (Médecin 4).*

Le corolaire de ce positionnement a été la possibilité d'intervenir à la fois en clinique ambulatoire, la personne âgée se déplaçant auprès du surspécialiste, et à la fois comme une équipe mobile, dans le milieu de vie de la personne âgée, sur demande exclusive du médecin omnipraticien, et en lien avec ce dernier et l'équipe traitante. Ce fonctionnement a permis de

desservir rapidement un territoire régional, dans le cadre de la mission de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

**2) Le choix d'une population privilégiée**, sachant d'emblée que ces soins experts devaient se réserver justement à des problématiques pointues du fait de l'incapacité, faute de moyens, à desservir l'ensemble de la population âgée :

*Dans le fond, l'enjeu de la gérontopsychiatrie, ce n'est pas comme la pédopsychiatrie, en tout cas au Québec, c'est pas 0-18 ans, puis après 18 ans, cela se passe chez les adultes. La gérontopsychiatrie n'a jamais eu les effectifs suffisants pour dire on occupe le champ et à partir d'un certain âge cela devient un champ exclusif. Cela a toujours été plus dépendant du nombre de médecins. (Médecin 2).*

Rappelons les trois catégories populationnelles auxquelles s'adresse l'offre de gérontopsychiatrie :

- Une clientèle dite clientèle 1, de patients présentant une problématique psychiatrique de longue date, qui un jour, ont plus de 65 ans (schizophrènes chroniques, maladies affectives sévères, etc...). Ce service est assuré par les psychiatres du CHUS auprès de leur clientèle vieillissante, la gérontopsychiatre pouvant être sollicité pour un avis surspécialisé ;
- Une clientèle dite clientèle 2, qui développe des problèmes psychiatriques après 65 ans : dépression majeure, mais sans antécédents, ou sans antécédents significatifs ;
- Et la troisième clientèle, c'est est celle qui développe des symptômes psychiatriques associés à la démence, correspondants à ce qui est nommé symptômes comportementaux et psychologiques associés à la démence.

Dans ce contexte, la fondatrice de la gérontopsychiatrie à Sherbrooke a donc fait le choix d'orienter ses services vers une population dont les besoins n'étaient pas couverts lors de l'émergence de la gérontopsychiatrie, et qui restent partiellement couverts actuellement par les structures de soins aux personnes âgées : les patients développant des troubles de santé mentale après 65 ans, de novo ou dans le cadre d'une pathologie démentielle.

Ce choix populationnel a été un choix stratégique de départ. Il a permis de fixer le niveau d'intervention (intervenir en soutien aux omnipraticiens ou aux psychiatres et non en substitut), filtrer les échanges (en veillant à ne pas se substituer au noyau technique auprès du patient),

clarifier les espaces et zones de partage de responsabilité. La pression démographique et le faible effectif de médecins surspécialisés ont eu pour conséquence que ce choix s'est maintenu lors du développement de cette nouvelle pratique.

Toutefois, ce choix ne fut pas sans conséquence : « *L'autre enjeu, pour la gérontopsychiatrie, c'est que, peu importe le modèle de soins, il y a toujours un grand risque qu'une des trois populations soit négligée* »<sup>64</sup> (médecin 1).

### **3) Le choix de s'appuyer sur une équipe médico-nursing forte.**

De son côté, l'équipe de gérontopsychiatrie s'est progressivement étayée. Une seconde femme médecin gérontopsychiatre est venue rapidement renforcer la présence médicale en 1990 (remplacée par un collègue en 1991).<sup>65</sup> Une première infirmière clinicienne<sup>66</sup> vient apporter ses compétences dès le démarrage et une seconde a été embauchée rapidement dans les années qui ont suivi, pour amener l'effectif à trois postes actuellement.

Le choix de s'appuyer sur une équipe composée exclusivement de médecins et d'infirmières cliniciennes a été fait dès le départ, dans l'objectif d'utiliser les ressources en place autour du patient : travailleur social, ergothérapeute. Nous proposerons une lecture différente de ce choix : limiter la diversification des professionnels et métiers à l'intérieur du « *noyau dur central* » (Abbott, 1995) permet de maintenir une forte cohérence et de renforcer la production de soins dans le sens défini par le modèle.

La fidélité au modèle construit par la gérontopsychiatre fondatrice a, de fait, une forte fonction symbolique interne et agit comme un ciment pour cette équipe, certes petite, mais aussi importante par le nombre des résidents et étudiants infirmiers qu'elle reçoit.

---

<sup>64</sup> La troisième population concernée par l'offre de soins de gérontopsychiatrie est celle des personnes psychotiques vieillissantes.

<sup>65</sup> Le Plan d'effectif régional médical (PREM) prévoit dès 1990 un effectif de deux psychiatres pour l'Hôpital d'Youville restera la base d'effectif pour l'IUGS et le CSSS-IUGS jusqu'en 2010 (où il sera augmenté à quatre postes).

<sup>66</sup> Les infirmières recrutées ont une formation de clinicienne obtenue par un baccalauréat en sciences infirmières et doivent avoir une double expérience en gériatrie et en psychiatrie. Les infirmières nouvellement arrivées sont formées en interne.

#### **4) Deux mécanismes de régulation pour maintenir le cap et le sens : une fonction de « *Gate keeping* ».**

Cette fonction est exercée par l'analyse hebdomadaire des demandes avec critères de priorisation : évaluation de la pertinence de l'utilisation d'une ressource rare (complexité et risques, hospitalisation et besoin d'évaluation, composant de nursing). Les règles y sont implicites, mais codées et partagées par tous les membres de l'équipe. Pour ces derniers, l'évaluation de la pertinence de la demande ne peut être faite que par le niveau de compétence le plus élevé (les professionnels concernés), ce qui signifie que les systèmes de « guichet d'accès » ou « guichet unique »<sup>67</sup>, trop à distance, ne peuvent être pertinents pour une demande surspécialisée, et ne peuvent que jouer un rôle d'orientation.

Cet espace-temps permet également le partage du travail et la gestion de la liste d'attente, dans l'objectif de garantir des délais adaptés selon l'acuité des troubles, tant pour les patients hospitalisés en courte durée (dans les deux à trois jours), que pour les patients suivis en ambulatoire ou en soins de longue durée (max 1 mois). Les demandes en attente sont revues et les interventions réparties entre cliniciens chaque semaine. Les acteurs rencontrés sur le terrain nous ont tous confirmé le respect de ces délais. Ceux-ci sont toutefois soumis aux fluctuations des effectifs, tant médicaux qu'infirmiers et ont pu exceptionnellement atteindre 60 jours fin 2015.

### **La dynamique d'intégration**

Dans la microsociété clinique, d'autres sphères professionnelles en interaction sont venues, bien entendu, interférer : les omnipraticiens ou médecins de famille, exerçant en GMF ou en CLSC, de plus en plus nombreux, les omnipraticiens ou médecins de famille spécialisés auprès des personnes âgées exerçant en établissement de soins de longue durée, principaux utilisateurs de cette nouvelle pratique.

---

<sup>67</sup> Rappelons qu'il en existe deux mis en place par les systèmes de régulation par le PASM et dans le Plan Alzheimer.

Cette phase de développement a permis la stabilisation des accords dans l'espace clinique : les alliances fondatrices, le partage de territoire, ont été maintenus par une dynamique conjuguée de trois facteurs principaux :

### **1) Autonomie et interdépendance**

Le modèle de soins et services de gérontopsychiatrie ainsi imbriqué suppose des articulations avec un large espace et des lieux de soins différenciés et la régulation de différentes tensions.

Même s'il n'existait pas de concurrence pour les clientèles entre la gérontopsychiatrie et sa discipline « mère », la psychiatrie, la clé a consisté à maintenir une indépendance de moyens avec celle-ci afin de maintenir l'espace de création nécessaire à cette nouvelle pratique : *« Donc, nous avons deux départements de psychiatrie séparés ... ce qui a permis de protéger les activités 100% gérontopsychiatrique... parce qu'ailleurs, mes collègues sont obligés de faire des gardes en adultes... ou les tâches pour lesquelles il manque du monde »* (la gérontopsychiatre fondatrice).

Le jeu de tension existant avec les autres sphères professionnelles ne s'est pas manifesté de manière similaire. Nous avons montré l'interdépendance naturelle avec les gériatres et les médecins de famille du CSSS-IUGS ayant développé une expertise de soins aux personnes âgées, du fait du positionnement de départ.

Une tension d'une autre origine peut exister entre les médecins gérontopsychiatres et les omnipraticiens, ou entre infirmières cliniciennes spécialisées et infirmière sur le terrain, même si ces derniers sont demandeurs du service, tensions souvent retrouvées par ailleurs entre « spécialiste » et « généraliste » : difficulté à montrer ses limites professionnelles, peur du jugement sur ses pratiques... Ces difficultés ont dû être gérées par le développement d'un « savoir être » adapté et la sécurité apportée par la connaissance et la confiance réciproque :

*Pour certains c'est avouer qu'ils ne sont pas à l'aise avec certains problèmes », ou encore : « J'ai réellement l'impression que c'est complémentaire, que ce n'est pas : « nous on le sait ... et vous, vous ne faites pas comme il faut », mais plutôt : « : on comprend que vous avez tout essayé et on va travailler avec vous ! » ... (ainsi) on se sent épaulés, on ne se sent pas jugés... alors ça dépend un peu aussi de l'intervenant» (Médecin 5).*

En parallèle, de par sa fonction de professeur à temps plein du département académique de psychiatrie, la gérontopsychiatre fondatrice a pu et su maintenir des liens de partenariat efficaces entre l'ensemble de ces sphères, afin que ces populations souffrant de troubles de santé mentale trouvent réponse à leurs besoins.

## **2) L'utilisation des facteurs de contexte**

Deux facteurs de contexte sont venus interpeller la dynamique de développement et ont été utilisés pour accroître l'influence et le territoire de cette nouvelle offre de soins :

- La transformation des hôpitaux d'Youville et du Sherbrooke Hospital en Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (IUGS) ayant ouvert le territoire à l'ensemble de la région de l'Estrie, et aussi en région limitrophe (les médecins de l'ex-CSSS de Drummondville sont utilisateurs de l'offre) ;

- La transformation du système de santé en 2005 ayant intégré à cette offre hospitalière la dimension des soins communautaires via la création du CSS-IUGS.

De ce fait, une sphère professionnelle apportée par la transformation du système de santé et complémentaire aux omnipraticiens a eu un impact important pour le développement de l'offre de gérontopsychiatrie et son intégration : les gestionnaires de cas (majoritairement travailleurs sociaux et en plus faible proportion infirmiers). Ces professionnels assurent en effet la coordination du suivi médical et social d'une personne à son domicile. En relation directe avec le médecin de famille, ils sollicitent souvent auprès de celui-ci la demande de référence vers la gérontopsychiatrie. Ils ont joué un rôle de consolidation entre les sphères professionnelles spécialisées de l'IUGS et la sphère professionnelle des soins et services communautaires.

Le « modèle clinique » de gérontopsychiatrie est venu tout naturellement s'articuler avec les valeurs portées par les objectifs de la réforme : répondre à la responsabilité de l'établissement face à la population âgée. Une alliance entre clinique et organisation s'est de ce fait implicitement forgée. Cette articulation a, ainsi, développé une synergie favorable à l'intégration des soins dans son espace social clinique et géographique.

### 3) Le développement par la dynamique du transfert des connaissances

Nous ne pouvons que souligner le rôle fondamental des conditions facilitatrices du transfert des connaissances vers les utilisateurs comme facteur dynamique de développement de l'offre. Deux facteurs principaux sont identifiés : la diffusion des pratiques via la formation des résidents et étudiants infirmiers, et le partage d'expériences communes, que Nonaka (1994) nomme les « *war stories* » .

D'une part, le lien développé par la gérontopsychiatre fondatrice dès l'origine avec le département universitaire de psychiatrie, mais aussi de gériatrie et de médecine familiale a eu un impact structurant. Il a favorisé l'intégration clinique de cette nouvelle pratique en :

- Utilisant la dynamique apportée par l'obligation de formation des futurs médecins psychiatres et la diffusion des bonnes pratiques de soins auprès des personnes âgées :

*Le modèle est resté le même, mais avec une diminution du temps de présence du gérontopsychiatre grâce à l'augmentation du temps de présence des résidents de psychiatrie. Parce que la gérontopsychiatrie, comme stage de psychiatrie est devenue quelque chose d'important et quelque chose en demande aussi. (Médecin 3) ;*

- Favorisant le mélange des cultures par les futurs spécialistes :

*Ce qui fait que dans les faits, nos résidents de psychiatrie, ou nos résidents de médecine interne...ou d'une autre spécialité...neuro...dermato...tous ceux qui vont faire le tronc commun de médecine interne vont être en constante inter relation avec des résidents de psychiatrie...ce qui est extrêmement important...parce que s'il y a un univers qui s' imagine que la psychiatrie, c'est pas nos affaires, c'est bien l'univers des spécialités médicales...c'est pas partout dans le monde comme ça, mais ici, au Québec, c'est particulièrement en silo... (Médecin 3). ;*

- Facilitant le transfert de connaissances aux équipes :

*Dans le modèle actuel, on se sert beaucoup de la rencontre interprofessionnelle et de la rencontre hebdomadaire ici pour consolider la compétence.... Le gérontopsychiatre va évaluer des patients, et va être obligé de communiquer avec l'infirmière, laquelle communique tous les jours avec la travailleuse sociale qui est sur l'étage... Tous les jours, l'infirmière va avoir une interaction si nécessaire avec le résident qui est présent physiquement. (Médecin 3).*

Outre le rôle de la présence de médecins résidents pour la diffusion de cette nouvelle pratique dans l'espace professionnel de Sherbrooke, il faut souligner les actions de formations

menées auprès des médecins et équipes, ou lors de divers congrès, par la gériopsychiatre fondatrice<sup>68</sup>, et aussi les infirmières. Ces actions ont participé, bien évidemment au transfert de connaissance au « noyau technique auprès du patient ». Mais c'est bien à partir des expériences partagées, la résolution de problématiques cliniques complexes que l'élargissement progressif dans la sphère professionnelle a pris sa consistance, tout d'abord dans le périmètre de Sherbrooke, puis dans le périmètre plus large de la région, via les échanges cliniques avec les omnipraticiens.

Ce nouvel acteur des soins à domicile, le gestionnaire de cas (introduction corollaire de la structuration des soins communautaires), assure la coordination du suivi médical et social d'une personne à son domicile. Il a joué un rôle important dans le mécanisme d'intégration de la gériopsychiatrie dans son contexte. En effet, les gestionnaires de cas sont en relation directe avec le médecin de famille, et sollicitent souvent la demande de référence vers la gériopsychiatrie par le médecin omnipraticien. Ils (elles) ont une fonction de va et vient entre le médecin omnipraticien et le médecin gériopsychiatre dans le partage d'information et le suivi.

D'ailleurs, l'arrivée d'un autre nouvel acteur (plus récemment en 2013), les infirmières expertes en syndrome comportementaux et psychologiques liés à la démence (SCPD)<sup>69</sup> a permis de renforcer le transfert des connaissances auprès des professionnels œuvrant à domicile et l'intégration clinique des soins de gériopsychiatre, ceci sans mettre en péril l'équilibre établi. En effet, une infirmière clinicienne de gériopsychiatrie a été détachée (même si, en termes d'effectif, cela a posé des difficultés au « noyau dur » de l'équipe) pour former et accompagner la mise en place du dispositif, afin de maintenir l'intégrité et la cohérence du modèle clinique d'offre de soins de gériopsychiatrie.

---

<sup>68</sup> 15 à 20 actions de formation annuelles ont été menées par la gériopsychiatre fondatrice pendant trente ans.

<sup>69</sup> Dans le cadre d'un projet expérimental (CSSS-Institut Universitaire de gériatrie de Sherbrooke, 2012) proposé par le Ministère de la Santé (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2014)



## L'institutionnalisation et la pérennisation

L'intégration et l'institutionnalisation de l'offre de soins de gérontopsychiatrie s'est sans nul doute réalisée à partir de ces facteurs dans une dynamique circulaire faisant s'imbriquer dynamique clinique, facteurs de contexte et facteurs organisationnels.

Nous avons identifié plusieurs objets de nature et fonction différentes ayant joué un rôle de consolidation et d'institutionnalisation, assurant en somme une fonction d'« *objets frontières* »<sup>70</sup>. Abbott (1988 ; 1999) insiste sur le rôle des articulations (Abbott, 1995), des pivots, pour comprendre les alliances qui transcendent les écologies liées. D'après l'auteur, ces articulations, ces pivots, que nous nommerons « objets frontières »<sup>71</sup> sont utilisés pour alimenter le jeu de la concurrence, mais sont aussi des objets de transformation parce qu'ils obligent à une réflexion sur les pratiques et provoquent ces espaces de « redondance » d'informations stimulant le « *chaos créatif* » (Nonaka, 1994, 2008), ainsi que la transformation d'une connaissance en nouveau produit pour l'inscrire dans l'organisation, puis l'environnement.

Ces « objets frontières » sont retrouvés dans les domaines :

- Clinique : les lits d'hospitalisation (faut-il ou non des lits d'hospitalisation dédiés à la gérontopsychiatrie ? Dans les unités de court séjour gériatriques ? Dans les unités de soins psychiatriques ?), les PREMs (rôle primordial de maintien de l'indépendance de la gérontopsychiatrie dans l'espace clinique), les résidents de psychiatrie, de gériatrie, et de troisième année de spécialisation des omnipraticiens ;

- Organisationnel : le RSIPA (réseau de services intégrés pour les personnes âgées), soutenu par l'informatisation du dossier de la personne âgée prise en charge dans le programme SAPA, le comité de programme<sup>72</sup>, le département de psychiatrie de l'établissement, le département de psychiatrie universitaire, le RUIS.

---

<sup>70</sup> Nous regroupons sous le terme d'« objet frontière », la fonction de régulation du jeu des alliances et de la concurrence donnée au terme articulation ou pivot par Abbott (1995), et la fonction symbolique du « *boundaries Object* » (Sullivan et Williams, 2012) permettant le management et la médiation de ces frontières pour les transformer en vue de la création d'une identité commune.

<sup>71</sup> Nous reprendrons ce terme d'« objet frontière » ou « *boundaries objects* » (Sullivan et Williams, 2012) dans sa fonction symbolique dans le paragraphe consacré à la transformation du monde symbolique page 14.

<sup>72</sup> Instance de régulation entre tous les niveaux hiérarchiques du CSS-IUGS, par programme clientèle.

L'informatisation des données médicales dans le RSIPA (utilisation particulière en région de l'Estrie) a en effet été essentiel à l'intégration efficace de l'offre de gérontopsychiatrie et à son institutionnalisation<sup>73</sup> : « *Dans le dossier informatisé on a les consultations avec les gérontopsychiatres...ça c'est extrêmement aidant... quand l'infirmière me dit j'ai lu tes notes.... Eh bien je sais que l'info a passé !* » (Gestionnaire de cas 2, corroboré par deux collègues).

- Symbolique : plusieurs leviers symboliques ont soutenu l'institutionnalisation et la pérennisation de cette nouvelle pratique qu'est la gérontopsychiatrie.

Bien que la structure porteuse (le CSSS-IUGS jusqu'à la mise en place du CIUSSS de l'Estrie-CHUS), soit d'une taille importante (850 lits et 2940 employés), les professionnels rencontrés, cliniciens ou gestionnaires, ont exprimé une relation basée sur une connaissance de longue date (pour les cliniciens depuis trente années, pour les gestionnaires depuis dix à quinze années), leur ayant permis de développer une confiance partagée, facilitée par la construction d'un monde symbolique fort entre les différents acteurs du système.

Le partage d'une identité organisationnelle se construit à partir du ressenti de l'expérience de départ et de l'engagement des personnes porteuses d'une nouvelle pratique (Nonaka, 1994; Sylvain, 2012). Les termes : « *engagement, engagé(es), impliqué(es)*<sup>74</sup> » sont utilisés 24 fois par les deux gestionnaires rencontrés pour qualifier la gérontopsychiatre fondatrice, tant au sujet de son engagement clinique que de son rapport avec la gestion. Ces qualificatifs ont aussi été utilisés pour signifier le rapport avec la clinique des membres de l'équipe de gérontopsychiatrie :

---

<sup>73</sup> Ce qui nous paraît important à souligner ici est la triple fonction de cette informatisation des données médicales rendue accessible à tous les intervenants du réseau (quel que soit la structure administrative : CSS-IUGS, CHUS, omnipraticiens en GMF...). La première, du point de vue des cliniciens, est bien évidemment clinique, pour tous les acteurs du système SAPA. La deuxième est organisationnelle car elle permet aux gestionnaires de bénéficier, entre autres, d'un système d'évaluation des besoins via l'outil d'évaluation multi clientèle (OEMC) et le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). La troisième fonction, que nous approfondirons ci-après, est d'ordre symbolique de par la diffusion générée entre les différentes sphères professionnelles, la dynamique de « translation » (Andersson et al, 2012).

<sup>74</sup>Le Petit Larousse propose deux définitions : « 1/ Attribuer à quelqu'un une part de responsabilité dans une affaire fâcheuse ; 2/ Mettre beaucoup de soi-même dans ce qu'on fait : S'impliquer dans son travail. ». Nous retiendrons dans ce contexte, la seconde définition, laquelle a un sens proche d'engagement : « Acte par lequel on s'engage à accomplir quelque chose. ».

(Dictionnaire de français Larousse, 2016), [http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/s\\_impliquer](http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/s_impliquer)

*Oui, ce sont deux médecins qui sont...ce que j'en ai compris depuis que je suis ici...très impliqués et très engagés...au regard de cette clientèle-là, pour offrir des soins de qualité... et pas seulement les médecins, l'équipe également... en même temps, le fait d'être un Institut universitaire, c'est un aspect qui module les pratiques différemment. (Gestionnaire 2).*

Nous avons identifié les mots clés représentatifs de ce partage symbolique, transversaux à l'ensemble des entretiens. Cet exercice nous a permis de nous représenter les valeurs portées par l'ensemble des professionnels rencontrés. Les mots se font l'écho de ce monde symbolique partagé : rôle de pionnier, communauté scientifique, fierté d'appartenance, culture de l'excellence, rigueur scientifique, profondeur d'analyse (la qualité plutôt que la quantité), responsabilité devant les patients et les pairs, investissement personnel, reconnaissance de l'expertise par les pairs.

Quatre facteurs ont joué un rôle important dans la dynamique symbolique pour l'institutionnalisation de la gérontopsychiatrie :

- Une intention incarnée par la gérontopsychiatre fondatrice, porte-parole ayant une identité reconnue (Abbott, 1995) ;

- La fonction symbolique du modèle : Outre la fonction organisatrice, ce modèle a également une fonction symbolique dans l'espace professionnel, au sens du « *sensemaking* » (Sylvain et Lamothe, 2012). Il a en effet permis de rendre visible le mouvement de développement de la gérontopsychiatrie, processus de différenciation particulièrement important dans cette période d'émergence. Cette visibilité a été identifiée à travers des résultats concrets permettant de rassurer sur la cohérence entre la présentation de l'offre et ses actes (c'est à dire la production), et ainsi augmenter la réciprocité de la confiance, si importante pour la permanence de l'action entreprise.

- La valorisation par l'institution du développement scientifique d'une pratique experte ;

- Le partage informatisé des informations, un « objet frontière » à trois dimensions : nous avons décrit l'importance du partage des informations cliniques et administratives utiles au soutien des personnes âgées en région de l'Estrie. Outre leurs fonctions cliniques et organisationnelles, cette informatisation des données médicales a joué une fonction

symbolique de médiation des frontières, (Sullivan et Williams, 2012), via un processus de « translation » (Andersson et al, 2012), force dynamique de transformation de l'organisation en vue de la création d'une identité commune. La troisième fonction du RSIPA est donc une fonction symbolique permettant de matérialiser le soutien entre professionnels de terrain et les surspécialistes :

*C'est sûr que moi, les dossiers avec un plan de soins en gérontopsychiatrie, quand l'infirmière fermait son dossier je vivais un petit stress... comme une angoisse... Je me disais : Oh, non je suis toute seule avec mon dossier.... Peut-être (faudrait-il) le garder plus longtemps ouvert...mais je vis vraiment une période de stress (Gestionnaire de cas 3).*

Outre les leviers symboliques, plusieurs modalités d'interaction entre la dynamique clinique et organisationnelle<sup>75</sup> ont joué un rôle important dans ce cercle d'institutionnalisation:

- Un espace unique de négociation et de décision entre clinique et gestion : La structure a mis en place un lieu unique de négociation entre médecins et gestionnaires : le comité de programmes. Cette instance permet la régulation de tous les programmes mis en place par l'établissement, et rassemble les décideurs dits de « plus haut niveau » (directrice du programme DSASA<sup>76</sup>, médecin DSP), et le niveau de direction opérationnel (médecin responsable du programme, chef de service et gestionnaire intermédiaire). Les niveaux de décision méta, méso et micro sont donc réunis pour prendre les décisions de gestion et de transformation<sup>77</sup>.

---

<sup>75</sup> Nous pouvons décrire une imbrication de la clinique dans l'organisation : sur le plan structurel : une structure de gouvernance unique, fondée sur la définition de « programmes de clientèle » répondant aux besoins de la population : domicile, hébergement, soins aigus. Ainsi, sur le plan fonctionnel : une allocation de ressources dont la décision est assumée par cette structure de gouvernance unique, et surtout<sup>75</sup>, un système d'information accessible par tous les intervenants du réseau (le RSIPA). Sur le plan organisationnel (mise en commun de pratiques) : une seule fiche de référence est utilisée par l'ensemble des médecins référents du réseau, ce qui permet à l'équipe de gérontopsychiatrie de savoir si le même patient a été référé à plusieurs médecins (clinique de la mémoire, clinique de gériatrie par exemple) et d'interférer entre le demandeur, voire d'autres spécialistes concernés, afin que le patient bénéficie de l'intervention la plus pertinente. Il s'agit d'un mécanisme de régulation très efficace pour l'ensemble du système (organisé chaque semaine sur une demi-heure de temps par l'ensemble de l'équipe). Cette organisation évite les doublons et assure une fonction de répartition des tâches entre médecins et infirmières.

<sup>76</sup> Direction et services aux aînés et soutien à l'autonomie

<sup>77</sup> Ce comité se réunit au minimum trois fois par an. Les sujets abordés peuvent être : le recrutement ou la mise à disposition d'une infirmière au programme SCPD, la révision du contenu de la fonction de l'infirmière et de sa dénomination (de clinicienne à infirmière consultante), la transformation d'un poste infirmier en poste de responsable ou leader clinique souhaité par le médecin et l'étude des différentes possibilités administratives offertes

Gestionnaires et médecin présentent ce comité de programme comme unique lieu de décision, même si les thématiques abordées en réunion (question de ressources humaines par exemple) ont parfois été travaillées entre le médecin et une gestionnaire intermédiaire auparavant : « *Le comité de programme c'est le lien entre la clinique et la gestion de plus haut niveau ...de gouvernance de plus haut niveau...parce qu'il y a des représentants des plus hautes directions qui sont là* ». D'après les gestionnaires rencontrés, ce modèle fonctionne à la fois parce qu'il facilite la cohérence entre la mission de l'établissement et la pratique clinique (l'expertise à disposition du maintien à domicile dans la direction du soutien à domicile), et grâce à cette cogestion : « *Le modèle qu'on a choisi...a été rendu possible à la fois par la cogestion et parce qu'on avait déjà intégré la gérontopsychiatrie avec le reste de la direction du soutien à domicile, les RNI, etc.* ». (Gestionnaire 1). L'autre facteur affirmé de son efficacité réside en la mise à disposition de l'expertise clinique des compétences en gestion : « *Parce que leur engagement, auprès de la clientèle est tellement fort, que la gestion, pour eux, c'est comme des bâtons dans les roues...donc, c'est à moi, dans mon rôle de gestionnaire de temporiser et m'organiser pour que tout fonctionne.* (Gestionnaire 2).

- Une faible prégnance technocratique : à un premier niveau de lecture, l'institution semble donner peu de place à l'affichage de la politique du programme de gérontopsychiatrie, ni dans les discours, ni dans les documents institutionnels.<sup>78</sup> Elle n'en n'a sans doute pas besoin. La notoriété de l'expertise dans la région<sup>79</sup>, et la connaissance entre professionnels dans un espace identifié semblent être suffisantes pour maintenir son attractivité. En second niveau de lecture, les exigences de reddition de comptes sont inexistantes et ainsi, le

---

pour y répondre, et encore l'analyse des résultats du rapport d'activité. Une sous-section de ce comité de programme rassemble les professionnels de terrain pour réaliser des travaux d'amélioration de la qualité.

<sup>78</sup> La plaquette de présentation du programme (mission, clientèle visée, services offerts et modalités de référence), destinée aux professionnels du réseau, a été réalisée en 1998 et n'a pas été actualisée depuis.

Le rapport annuel 2014-2015 du CSSS-IUGS met en avant ses valeurs (respect, collaboration, excellence, transparence), ses ambitions, ses enjeux et ses défis relevés ; mais dans les services offerts, la gérontopsychiatrie n'est pas retrouvée dans la liste des cliniques ambulatoires gériatriques à vocation régionale (page 14). Son activité est toutefois répertoriée et décrite dans le contenu du rapport (page 60) (Centre de santé et services sociaux -Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, 2015).

<sup>79</sup> Et aux régions limitrophes : en l'absence de cette expertise à Drummondville, les omnipraticiens réfèrent les patients en consultation à Sherbrooke. C'est également le cas pour la région proximale de Montérégie.

monitoring peu investi<sup>80</sup>. A un troisième niveau de lecture, le cadre des exigences de reddition de compte ne sont pas spécifiques de cette clinique externe<sup>81</sup>. Toutefois, des indicateurs représentatifs de cette activité ont été définis conjointement par le médecin et les gestionnaires et sont analysés en comité de gestion une fois par an. Ces indicateurs ne sont accompagnés d'aucune cible de gestion. Là encore, c'est la relation basée sur la confiance mutuelle qui met en place un signal d'alerte informel en cas de problème :

*On n'a jamais eu de cible...Ce que j'ai vu, de façon informelle, c'est que quand une infirmière ne fonctionnait pas, le médecin nous le disait. S'il y avait quelque chose...vous avez vu son engagement... ce qui fait que si cela ne fonctionnait pas, on le savait...À la limite, je n'ai pas besoin de cibles parce que le médecin est présent, et que pour une organisation, c'est une richesse ! ... Je suis ébahie de voir comment cliniquement ces gens-là se sont développés...et c'est ça qui me fascine et qui me fait dire qu'un service n'a pas besoin d'être si gros que ça pour avoir des bénéfiques dans une organisation ! Parce que les quelques usagers qui sont vus...et quand je dis quelques, ce n'est pas péjoratif parce qu'il y a quand même quelques centaines par années... les bénéfiques que cela amène, que ce soit aux familles et à l'organisation.... Et pour moi, c'est ça le résultat. Ce n'est pas qu'on en voie 22 de moins ou 22 de plus ...Il y a des retombées sur tout le monde...c'est pour ça que je dis que cela pourrait être mis en avant beaucoup plus que cela ne l'est...cette équipe là...cette spécialité un peu méconnue ! (Gestionnaire 2).*

Ainsi, l'implication des gestionnaires peut se faire à distance puisque la confiance est là:

*Il s'agit d'une équipe relativement autonome...ce qui fait que mon implication dans tout ça, je ne vous dirais pas qu'elle n'était pas requise...parce que c'est une équipe qui fonctionnait...petite équipe qui fonctionnait très bien. (Gestionnaire 2).*

Ce positionnement a sans nul doute permis et renforcé la place du leadership clinique, mais a sans nul doute aussi fait défaut pour soutenir la coopération entre deux structures lorsqu'elles devaient fonctionner ensemble. L'exemple de la coopération avec le CSSS de

---

<sup>80</sup> Trois explications peuvent être données à ce fait : la gérontopsychiatrie n'est pas incluse dans les ententes de gestion avec le MSSS, et la faiblesse des dépenses engagées : trois postes infirmiers à temps plein et une secrétaire à temps partiel (sur les 2940 employés du CSSS-IUGS), et des dépenses techniques insignifiantes par rapport au budget global de l'établissement.

<sup>81</sup> Les comptes de gestion sont en effet centrés sur l'offre de première ligne et l'hébergement.

Magog, arrêté après un an de fonctionnement pour les consultations médicales<sup>82</sup> sur place par défaut de coordination en est un exemple, bien que la responsabilité de ce résultat ait sans doute été partagée, entre les deux structures.

- Un style institutionnel participatif : l'implication des médecins dans les instances de décision.

En effet, les médecins sont invités à participer aux décisions stratégiques : « *Parce que tout ce qui est planification stratégique de l'hôpital, j'ai toujours été invitée à y participer...à la fois comme chef de département et comme responsable du programme.* » (la gérontopsychiatre fondatrice). Ceci permet aux médecins de prendre en compte l'ensemble des enjeux du système et de situer leur clinique au niveau d'une gestion globale : « *Ce qui permet d'avoir une vue d'ensemble de la réalité du milieu...et non pas : ma petite géronto dans mon coin...je veux ci...je veux ça...je veux faire comme ci...je veux faire comme ça !* » (la gérontopsychiatre fondatrice).

- Un facteur de contexte en soutien à l'organisation : une culture régionale historiquement collaborative. Cette historicité s'explique par la position géographique centrale de Sherbrooke, et par la connaissance mutuelle des acteurs, qu'ils soient cliniciens ou gestionnaires :

Ou encore : « *Ce que je trouve de très fort en région Estrie, c'est le travail de partenariat, même s'il existe toutes sortes de lacunes, de difficultés...c'est une région avant-gardiste pour ça... développer le partenariat entre établissements ou avec un organisme communautaire, peu importe.... On a travaillé, depuis 15 ans, avec tous les autres CLSC de la région de l'Estrie, au fil du temps à avoir des politiques harmonisées...sur toutes sortes de sujets...que ce soit des RH, ou d'autres sujets...cela répartit la culture de la région de l'Estrie !* (Gestionnaire 2).

L'élargissement de la région à deux réseaux locaux de la proche Montérégie va bien entendu agrandir le territoire et augmenter la difficulté liée aux distances. Toutefois, la proximité de Sherbrooke amenait les omnipraticiens de première ligne à développer des liens cliniques préalables avec les spécialistes du CHUS et la collaboration a été rapidement développée sur les bases existantes.

---

<sup>82</sup> Les gérontopsychiatres ont en effet arrêtés leurs déplacements sur site, les patients prévus étant absents, pour cause de congés ou de consultations sur un autre site, sans aucune information préalable.

- Un « *middle management* » (Nonaka, 1994) toutefois insuffisamment présent : la gérontopsychiatre fondatrice a investi la gestion comme étant un corollaire indissociable du développement de la fonction clinique. Elle a positionné ce rôle dès l'origine en tant qu'interlocuteur unique des décideurs gestionnaires<sup>83</sup>. Cet investissement est apprécié par les gestionnaires rencontrés comme un modèle de la cogestion promue par l'établissement et généralisée en 2013<sup>84</sup>. La cogestion est aussi présentée par la gérontopsychiatre fondatrice comme le moyen de préserver une grande liberté pour le développement de la clinique tout en ayant un positionnement de partenaire avec les gestionnaires : « *Le médecin responsable du programme est très impliquée, ce qui fait que c'est le fun aussi...Elle trouve que (les règles de gestion) sont comme des bâtons dans les roues mais en même temps elle travaille avec nous pour essayer de trouver réponse à son besoin aussi, là.* » (Gestionnaire 2).

Cette grande implication a eu un corollaire : la faible implication de l'encadrement infirmier de proximité, jusqu'au départ en retraite de ce chef de service en juillet 2014. Il nous est décrit comme ayant une faible expertise sur le contenu clinique, et ne pouvant pas jouer un rôle de leadership clinique, expliquant par ceci l'importance de l'investissement médical dans la gestion, plus accentué que celui d'autres médecins : « *Alors c'est sûr que sur papier, c'était la même définition que dans les autres programmes –clientèle...mais oui, c'est un fait que mon implication était plus grande à cause de cette question d'expertise de contenu (du chef de service infirmier).* (La gérontopsychiatre fondatrice).

En référence au cadre théorique de création de connaissance de Nonaka (1994), cette femme médecin portait de fait, seule, à la fois la fonction de création et celle d'inscription dans

---

<sup>83</sup> Cette fonction est en effet souvent vécue comme en dehors de leur cœur de métier par les médecins cliniciens, même si la loi a mis en place la cogestion et la fonction de Direction des services professionnels (DSP) plus de 10 années. Dans son rapport publié au deuxième trimestre 2014 « *Les quatre visages du DSP* », l'AQESSS (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (association ayant mis fin à ses fonctions le 31 mars 2015)) a ressenti le besoin de soutenir ce rôle : « *la performance clinique et organisationnelle recherchée, l'engagement des médecins dans la gestion stratégique des établissements ou encore les enjeux d'organisation de services en lien avec les médecins du territoire.* », comme si cet engagement des médecins dans la gestion n'allait pas encore de soi (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2014, p. 4).

<sup>84</sup> L'implication des médecins dans la gestion est officialisée dans le vocabulaire des compte rendus des Comités de programme en 2013 à travers le terme de « cogestion » Il existait depuis 2009, mais la volonté affirmée de l'implication des médecins dans la gestion de leur programme s'est réaffirmée comme modèle généralisé à tous les médecins responsables de programmes à cette date.



l'organisation. Ainsi, dans ce « *middle management* », sans doute du fait de la position solitaire du médecin, n'a pu suffisamment jouer son rôle organisateur du déploiement de cette nouvelle pratique vers les organisations partenaires<sup>85</sup>, mais aussi gérer et faire évoluer les tensions variées et multiples explicitées plus haut, le transfert de connaissance aux professionnels de première ligne. La transformation souhaitée du leadership médical vers un « *leadership infirmier* », terme utilisé par la gérontopsychiatre fondatrice, éclaire ce besoin identifié :

*D'abord, je pense qu'il y a place à avoir un leadership infirmier pour répondre à différents besoins...C'est toujours moi qui l'ai fait entre guillemets (le leadership clinique), ...mais je ne pense pas que ce soit la meilleure façon de faire avec le temps... la réalité est différente...il y a une expertise nursing qui se développe...les infirmières sont beaucoup plus formées qu'elles ne l'étaient...on va de plus en plus vers de la pratique avancée nursing. Donc le rôle de l'infirmière s'est redéfini en 30 ans...Ce n'est pas juste un leader gestionnaire (qu'il faut mettre en place) ...Je veux un leader qui ait le contenu pour faire un vrai leadership clinique ! Je pense qu'on doit faire un peu plus de développement...que ce soit des outils ou certaines recherches terrain...il y a place pour cela ! Je pense que c'est mieux quand il y a une infirmière qui joue ce rôle » (La gérontopsychiatre fondatrice).*

---

<sup>85</sup> Il s'agit ici particulièrement du lien avec le (s) cadre(s) du CSSS de Memphrémagog (établissement avec lequel le CSSS-IUGS a passé convention), dans lequel les consultations externes se sont interrompues en fin de la première année par défaut de coordination.

## **Le leadership au service de l'art**

Pour accompagner cette dynamique synchronique, l'exercice d'un leadership efficace par la gérontopsychiatre fondatrice a été un facteur clé bien entendu lors de la création et de l'émergence de cette nouvelle pratique, mais également lors de son développement.

Pour accompagner la création du modèle, le leadership a pour fonction de construire, à partir d'une vision du monde, un crédo, une direction pour l'action personnelle, puis collective (Lapierre et al, 1992; Pitcher, 1997). Dans le contexte de Sherbrooke, plusieurs caractéristiques du leadership de la gérontopsychiatre fondatrice se sont révélées importantes : l'autonomie pour garantir l'espace professionnel nécessaire, la capacité à décider pour créer le modèle, l'audace pour la volonté de changement pour se différencier, tout en maintenant un cadre structurant la pratique. Reprenant le modèle de Pitcher (1997) plusieurs caractéristiques sont retrouvées chez les leaders talentueux, sachant comprendre et utiliser les facteurs de contexte, l'imaginaire collectif de la microsociété clinique et organisationnelle et développer une vision claire de l'avenir pour mener les batailles nécessaires si besoin. Ces caractéristiques sont les suivantes : entrepreneurial, audacieux, téméraire. Ces traits ont permis de donner vision et cohérence au modèle clinique, éviter dispersion et éclatement et rassembler les gestionnaires. De plus, le caractère entrepreneurial était partagé entre ces pionniers des années 1990. Sans nul doute le milieu était-il en attente de ce style de leadership, laissant une grande autonomie à ces professionnels tous investis de leur mission prometteuse pour l'amélioration de la prise en charge collective des patients âgés.

Ensuite, d'autres caractéristiques d'un leadership efficace ont été utiles à la phase d'institutionnalisation.

La capacité à construire le collectif nécessite la capacité à comprendre et anticiper les attentes des collaborateurs et des clients. Les caractéristiques identifiées par Pitcher sont la capacité à être près des gens, chaleureux, ouvert d'esprit, constant dans ses actes, et stable. Abbott (1995) retient également la stabilité des « patterns » dans la capacité à reproduire les actions et maintenir une profession dans son espace partagé. Ces caractéristiques, que Pitcher attribue à l'artisan créatif, a été très utile, d'après nous, pour tenir le cap dans le temps et la

durée de trente années, développant un esprit d'entreprise clinique, dans un milieu porteur de nouveaux apports, pour entraîner une équipe, attirée par le culte de l'excellence.

Ce style de leadership a également rencontré l'imaginaire collectif de manière évidente sur le développement partagé du culte de l'excellence, ce qui est corroboré par les qualificatifs partagés : méticuleux, minutieux, qualificatifs caractérisant le technocrate, et aussi l'artisan dans l'analyse de Pitcher (1997). Cette culture du milieu, orientée sur cette population âgée, a été un substrat porteur pour le développement de la gérontopsychiatrie, ceci dans un milieu universitaire intégré collectivement et porteur des mêmes valeurs. Pour expliquer, nous retiendrons ce que Pitcher nous dit des valeurs portées par le leadership de type artisan correspondant particulièrement à ce leadership : valeur donnée à l'expérience, culte de l'excellence, évolution par essai/erreur dans le respect des outils et de la tradition (Pitcher, 1997), ainsi que la vision du monde de l'« artisan ».

La culture de la région de Sherbrooke possède aussi comme caractéristique une proximité plus aisée entre les professionnels. Ces derniers se connaissent depuis longtemps, ont été formés majoritairement par la même université et la culture universitaire est ancrée dans ce tissu social. Donc, le fait d'être « près des gens » est pour ainsi dire, assez constituant de cette culture locale.

En résumé, construire une vision ne suffit pas à elle seule au leader pour que ses collaborateurs la suivent. Il est aussi nécessaire que le « *middle management* » la rende absorbable, utilisable par les professionnels de terrain afin qu'elle s'inscrive dans les pratiques (Nonaka, 1994, 2008). Ainsi, le « *middle management* » doit sans doute disposer de forces telles que celles possédées par l'artisan, et sans doute le technocrate (Pitcher, 1997).

Par ailleurs, tout leader doit être attentif à ses forces, mais tout autant à ses limites. Cette force cohésive générée par ce sentiment fort d'appartenance, de faire partie d'une expertise non égalable, peut se révéler une limite à l'intégration d'apports externes et à l'adaptation au changement, ce qui est corroboré par la qualité partagée, selon Pitcher, de l'artisan pouvant être aussi conventionnel ou conservateur.

Ainsi, les compétences développées par les surspécialistes peuvent, si une attention particulière à ce phénomène n'y est pas portée, devenir des barrières à la reconnaissance des

compétences du demandeur et de fait, au transfert de connaissance. Il s'agit du positionnement du « sachant », souvent intransigeant, développé en dehors du conscient, apportant un déséquilibre dans la relation de partenariat nécessaire à la création du collectif et à la transformation de l'objet : développement d'une vision partagée, « *apprentissage collectif* » (Champagne, 2002), et « *socialisation* » (Nonaka, 1994).

L'institutionnalisation nécessite également une utilisation des qualités technocratiques, notamment, la formalisation pour une pérennisation de ces nouvelles pratiques. Certes, la nature des soins aux personnes âgées développant des troubles de santé mentale se prête peu à une standardisation comparable à ce qui existe dans les spécialités somatiques en général. Nous sommes ici dans l'utilisation des capacités de l'artiste pour créer une singularisation des pratiques à partir des données qu'il a récoltées : « *la médecine est un art* » d'après les psychiatres avec lesquels nous avons travaillé dans une fonction précédente, et un art à chaque fois renouvelé.

Toutefois, les données objectivées par la mesure permettent de compléter l'analyse de l'artiste ou de l'artisan médecin. Les qualités du technocrate sont donc utiles à la pérennisation de par la facilitation des représentations chez les partenaires via la formalisation : schémas, protocoles de pratiques...

Aucun leader ne possède toutes les qualités nécessaires pour porter une nouvelle offre, un nouveau produit tout au long de son processus de développement (Pitcher, 1997). Toutefois, la connaissance et la prise en compte de ses forces et de ses manques l'amène, pour la réussite de l'implantation de sa vision, à s'entourer de collaborateurs ayant des qualités complémentaires aux siennes. Ceci rejoint l'expression de la gérontopsychiatre fondatrice dans son souhait de mise en place d'un autre leadership qu'elle nomme « leadership infirmier ».

Après avoir présenté et développé les structures diachroniques et synchroniques ayant permis l'émergence et le développement de la gérontopsychiatrie à Sherbrooke, nous nous proposons de mettre en évidence les enseignements qui nous guideront dans la discussion de ce travail.

### **3. Les enseignements du cas Sherbrooke**

Les résultats de l'étude de cas du terrain d'exploration qu'est l'émergence et le développement de la pratique et de l'offre de gérontopsychiatrie à partir de l'Institut de gériatrie de Sherbrooke, sous son angle diachronique et synchronique, nous permettent d'aborder ses enseignements à partir de trois composantes majeures : celle de la définition de l'objet clinique, celle de la dynamique en jeu et celle des conditions de gestion pour une durabilité de l'offre, ainsi que les enseignements que nous proposons à la discussion.

#### **LA DEFINITION DE L'OBJET CLINIQUE**

Le premier défi rencontré par la gérontopsychiatre fondatrice de cette nouvelle pratique a été de définir l'objet clinique qu'est la gérontopsychiatrie. La nature de l'objet (les soins aux personnes âgées souffrant de troubles de santé mentale) est de répondre à des situations par essence complexes et de fait, peu « standardisables » (Mintzberg, 1985). De plus, en 1988, cette pratique ne pouvait reposer sur un cadre déjà élaboré par les surspécialistes sous la forme que nous connaissons aujourd'hui. Il a fallu ainsi le créer à partir des différentes forces et éléments cliniques, organisationnels, symboliques, et offerts par le contexte.

Pour ce faire, la première force sur laquelle le « noyau dur » de la gérontopsychiatrie a pu s'appuyer, puis ensuite le réseau, a été celle de l'expertise : la pratique surspécialisée de la gérontopsychiatrie. L'expertise est le fruit de la formation de surspécialiste, générant ainsi une reconnaissance de la microsociété clinique. Il s'agit de la légitimité du savoir (Mintzberg, 1985). L'expression de cette expertise dans le temps et sa progression construite par l'expérimentation (essai/ erreur) est bien entendu nécessaire et vite acquise si les résultats sont visibles par l'ensemble des utilisateurs de cette nouvelle offre.

Cette expertise et cette légitimité ont été également nécessaires aux autres membres de l'équipe en construction : médecin gérontopsychiatre (rapidement arrivé en appui) et aussi infirmières cliniciennes, apportant une autre expertise et la contribution de ce fait à son extension dans le réseau cette approche de gérontopsychiatrie.

Puis, la définition de l'objet a été rendue concrète par la construction du « modèle clinique », offrant à cet objet sa forme de pratique clinique. En effet, il a fallu répondre à deux défis : gérer l'incertitude générée par la complexité de la tâche clinique et créer des liens multiples dans un large spectre d'activité : lieux de soins diversifiés, professionnels diversifiés. Dès l'émergence de cette nouvelle pratique, la fonction du modèle apparaît ainsi comme un facteur structurant : fonction protectrice de la frontière (maîtrise des incertitudes), régulatrice des échanges entre écologies, structurant les relations interprofessionnelles. Ce modèle a défini une « *jurisdiction* », au sens que lui confère Abbott (1995), permettant la reproduction de l'activité (Abbott, 1995) ainsi que le soutien de la cohérence interne et externe par le maintien du sens donné à l'action et sa diffusion (Andersson et al, 2012; Sylvain et Lamothe, 2012).

Ce modèle assure également un rôle de garant de l'autonomie dans l'interdépendance (Mintzberg, 1985; Nonaka, 1994), les négociations avec l'ensemble des partenaires cliniques et organisationnels. Il a ainsi fonctionné comme garant d'un « *pattern* » (Abbott, 1995) assurant la stabilité des relations interprofessionnelles, la diffusion d'une culture partagée et développant l'influence de ce nouvel espace professionnel dans la microsociété locale, puis son extension dans la zone géographique.

En effet, la fonction de cette juridiction posant les règles locales facilitant les échanges entre l'intérieur et l'extérieur, à l'instar d'une « membrane »<sup>86</sup> à la fois protectrice et perméable, s'est révélée primordiale dans les débuts, du fait de sa fonction régulatrice. La fonction du modèle permet de réduire les incertitudes liées à la complexité des situations cliniques traitées, tout autant que la différenciation de l'offre par la mise en place de frontières protectrices contre le risque de dispersion ou d'éparpillement devant une demande externe en expansion. Ce processus de légitimité / légitimation permet ainsi le passage de « *proto-frontière* » à « *frontière* » selon Abbott (1995; Abbott, 2003), la construction d'une identité largement reconnue, l'instauration de la confiance nécessaire, tant à l'ancrage qu'au développement de l'offre de soins de la gérontopsychiatrie dans l'espace clinique et organisationnel.

---

<sup>86</sup> Cette métaphore a été utilisée par les gérontopsychiatres montréalais lors de leur rencontre du 26 novembre 2015

Un autre enseignement impactant la définition de l'objet réside en ce constat : la réponse aux besoins des trois clientèles bénéficiaires de l'offre de gérontopsychiatrie<sup>87</sup> dépend du jeu des alliances et de la concurrence dans l'espace clinique. Le choix populationnel de départ a orienté l'accessibilité à cette offre nouvelle aux personnes âgées n'ayant pas d'antécédents de soins psychiatriques. L'alliance avec la psychiatrie aurait orienté cette accessibilité sans nul doute différemment, à l'instar d'autres lieux de soins de gérontopsychiatrie développés à partir de structures historiquement de soins de santé mentale. La responsabilité populationnelle à laquelle tout CIUSSS s'engage devra certainement prendre en compte cet enseignement.

## LA DYNAMIQUE EN JEU

De fait, l'enjeu identifié est le caractère inflationniste que peut avoir la dynamique de l'offre dans son développement, tiraillée entre les risques de dispersion et d'éclatement. En effet, la demande est inflationniste à la fois de par l'augmentation démographique de la population âgée, et à la fois de par l'étendue à des périmètres de lieux et de pratiques aussi différents que les soins gériatriques de courte durée, les soins à domicile (assurés par des structures différentes comme le CLSC ou le médecin omnipraticien dans son bureau) en centre d'hébergement de longue durée. L'étendue du périmètre à la région amène encore un impact supplémentaire à ces risques de dispersion et d'éclatement.

Le modèle, ici, joue un rôle de prévention de ces risques. Il s'agit de stabiliser cette dynamique inflationniste par les outils de régulation que nous avons décrits plus haut, assurant cette fonction, entre autres, de « *gate keeping* » (évaluation de la pertinence de la demande et orientation, veille et maintien des délais). En effet, le modèle pose les règles locales et permet

---

<sup>87</sup> Rappel des trois grandes populations (auxquelles la gérontopsychiatrie adresse ses services) admises comme catégories épidémiologiques par la communauté clinique :

- La clientèle dite clientèle 1, de patients présentant une problématique psychiatrique de longue date, qui un jour ont plus de 65 ans : schizophrènes chroniques, maladies affectives sévères, etc....
- La clientèle dite clientèle 2, qui développe des problèmes psychiatriques après 65 ans : dépression majeure, mais sans antécédents, ou sans antécédents significatifs ;
- Et la troisième clientèle, c'est est celle qui développe des symptômes psychiatriques associés à la démence, donc tout ce qu'on appelle symptômes comportementaux et psychologiques associés à la démence, dépression associée...

les échanges à l'instar de cette « membrane » à la fois protectrice et perméable, s'est révélée primordiale dans ses débuts, du fait de sa fonction régulatrice.

Un des enseignements parmi les plus importants de cette étude de cas, autre réponse à cette dynamique inflationniste est celle du transfert de connaissance vers le « noyau technique auprès du patient »<sup>88</sup>. Nous retiendrons quatre conditions facilitatrices de ce transfert de connaissance :

- La proximité géographique ou accessibilité physique (Nonaka, 1994), facilitant une imprégnation quotidienne, laquelle, toutefois, à elle seule ne peut suffire ;
- La communication de pair à pair, facilitant la réception du message : « *Ce n'est pas vraiment un obstacle, mais c'est un enjeu dans l'application des plans si l'infirmière n'est pas impliquée... parce que l'infirmière, c'est une de mes collègues... l'infirmière je peux la rejoindre...et puis c'est très très concret* » (Gestionnaire de cas 2, corroboré par deux collègues).
- La construction de liens forts par le truchement des « *war stories* » (Nonaka, 1994), les batailles gagnées ensemble sur la souffrance favorisent le partage symbolique via les processus de « *sensemaking* » (Sylvain et Lamothe, 2012; Weick, 1995), de « *boundary object* » (Sullivan et Williams, 2012) et de « *translation* » (Andersson et al, 2012). Lorsque ce lien fort est construit, la proximité géographique ne semble plus être une condition aussi majeure ;
- La présence de médecins résidents et d'étudiants infirmiers, vecteur de transmission à leur tour.

En somme, l'interpénétration dans une spirale en expansion des facteurs cliniques, organisationnels, symboliques et contextuels sont venus soutenir émergence, intégration et institutionnalisation dans le processus dynamique entre centralisation (sur l'équipe afin d'assurer sa stabilité) et décentralisation (pour assurer l'extension de l'offre dans son espace géographique). Sur le plan contextuel, en effet, il s'agit bien de tirer avantage des forces identifiées dans l'environnement (comme le changement d'un cadre réglementaire ou organisationnel, de l'évolution des attentes sociétales), qu'elles soient de nature émergente ou

---

<sup>88</sup> Nommé le plus souvent de première ligne, mais aussi assuré par le psychiatre, parfois seul interlocuteur du patient qui vieillit



radicale, pour soutenir la dynamique clinique, organisationnelle et symbolique développée dans les espaces professionnels.

Enfin, l'incarnation d'un leadership clinique (intention déterminante rencontrant les attentes du milieu ; autonomie ; capacité à créer du collectif, à développer une cohérence interne et externe entre modèle, pratiques et relations interpersonnelles), l'utilisation des facteurs de contexte, des leviers symboliques (de manière plus ou moins consciente), le rôle du modèle conjuguant les fonctions clinique et organisationnelle et symbolique, sont des facteurs qui se rencontrent et s'imbriquent pour constituer le moteur du changement. Cette interpénétration des facteurs ne constitue-elle pas la condition nécessaire à la stabilité et la diffusion d'une nouvelle pratique ?

## **LES CONDITIONS DE GESTION**

Pour maintenir cohérence et convergence de cette production de soins et services, si nous nous référons à Mintzberg (1985, 1998), seuls les mécanismes de coordination par ajustement mutuel, par standardisation des compétences, et standardisation des normes (valeurs partagées, culture de l'excellence) ont été opérants. La supervision directe n'a été possible que par le biais de l'expertise clinique, la « *compétence de contenu* » (un médecin) et exercée par le médecin chef du programme de gérontopsychiatrie. De ce fait, le rôle joué par la hiérarchie organisationnelle a peu influé sur cette production.

Il a fallu également stabiliser le potentiel inflationniste de la dynamique de développement, réguler les tensions entre disciplines et métiers, assurer le transfert de connaissance. Les caractéristiques du leadership tel que nous l'avons identifié ont été une composante importante pour donner la direction et maintenir l'évolution de l'offre dans sa cohérence de départ. Toutefois, ce leadership ne suffit pas et ne peut être assuré par une unique personne.

Un partage du leadership avec une fonction de « *middle management* » (Nonaka, 1994) est indispensable au système. Celui développé à Sherbrooke prévoit d'ailleurs le partage du leadership clinique (que nous nommerons d'ailleurs clinico-organisationnel du fait des dynamiques inter-reliées entre clinique et organisation) sous la forme d'un « *leadership*

*infirmier* » (la femme médecin gérontopsychiatre fondatrice), porté par une infirmière clinicienne assurant un rôle de conseil et de développement.

Dans sa fonction d' « *ingénieur de connaissance* », et de « *catalyseur d'informations* » (Nonaka, 1994), cette personne complémentaire au leader clinique médical doit venir stabiliser l'ancrage de la dynamique naissante, réguler et faire évoluer les diverses tensions, garantir la stabilité par la diffusion et le maintien des conditions du transfert des connaissances dans le réseau. Il s'agit de maintenir l'équilibre entre divergence et convergence, entre centralisation et décentralisation. Il a pour fonction de faciliter les processus de « *socialisation* », d'« *externalisation* », de « combinaison » et de « justification » de cette nouvelle pratique. C'est-à-dire donner forme à la vision et maintenir sa cohérence lors des mouvements générés par les diverses tensions du système : inflation de la demande, jeu des alliances et de la concurrence entre professionnels, entre clinique et gestion.

Nous nous proposons dans le chapitre suivant d'enrichir les résultats de l'étude du cas Sherbrooke de ceux de l'étude de cas d'exploitation, Drummondville, inscrit dans la région Mauricie-Centre-du-Québec, à partir de son contexte particulier.

# DRUMMONDVILLE, TERRAIN D'EXPLORATION

## 1. L'émergence de la gérontopsychiatrie et les forces productrices d'un ordre social en cours de construction : structure diachronique (1977 – 2015)

### Le contexte

La région sanitaire Mauricie-Centre-du-Québec a été créée en 2003 par la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS), et confirmée en 2005 à travers l'adoption, le 25 novembre 2005, du projet de loi n° 83<sup>89</sup>.

La particularité de cette région socio-sanitaire est de regrouper deux régions administratives du Québec, séparées géographiquement par le fleuve Saint-Laurent. Cette particularité n'est pas sans incidence sur la dynamique de ce réseau, tant sur le plan des distances et des facilités de communication entre les deux rives (ne pouvant se faire que via une voie unique : le pont « *Laviolette* » de Trois Rivières), que par le sentiment d'appartenance des parties prenantes à leur région administrative respective, à commencer par les usagers. En effet, lors d'une rencontre préparatoire à cette recherche avec les professionnels de santé mentale de l'Hôpital Sainte Croix de Drummondville en février 2015, nous avons pu constater que l'appartenance des professionnels était ancrée dans la région administrative, et plus encore au Réseau local de santé (RLS), et non à la Région socio-sanitaire : « *Notre région, c'est le Centre du Québec* » (médecins psychiatres). Ces constats peuvent sans peine nous laisser deviner les difficultés qu'a pu rencontrer jusqu'en 2015 l'Agence régionale de santé dans sa mission de coordination des services. L'agence avait d'ailleurs affiché sa volonté et ses intentions de rassemblement dans son slogan : « UNIS dans TOUS les SENS » (Agence de santé et services sociaux de la Mauricie-Centre-du-Québec, 2011).

---

<sup>89</sup> Modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et autres dispositions législatives (2005, c. 32) et assurant l'accessibilité, la continuité et la qualité des services destinés à la population de leur territoire local.

Cette région socio-administrative est composée de huit RLS sur lesquels se sont déployés de 2005 à 2015 autant de Centres de services sociaux (CSSS) répartis comme suit :

- Cinq sur la rive Nord du Saint Laurent : du Haut-Saint-Maurice, de la Vallée de la Batiscan, du Centre-de-la-Mauricie (CSSS de l'Énergie avec pour ville principale Shawinigan), de la Maskinongé, de Trois Rivières ;

- Trois sur la rive Sud du Saint Laurent : de Bécancourt-Nicolet-Yamaska, d'Arthabasca-de-L'Érable (Victoriaville en étant la ville principale) et enfin de Drummond (Drummondville).

Le CIUSSS<sup>90</sup> de la Mauricie-Centre-du-Québec (CMCQ), créé le 1<sup>er</sup> avril 2015<sup>91</sup>, fusionne, avec l'Agence régionale de santé et de services sociaux, douze établissements<sup>92</sup>. Il a la responsabilité d'assurer une intégration des soins et services offerts à la population de son réseau territorial. Sa mission est affichée sur son site internet, pour l'information de tous :

*Il veille à l'organisation des services et à leur complémentarité dans le cadre de ses différentes missions (CH, CLSC, CHSLD, centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, centres de réadaptation, santé publique), et ce, en fonction des besoins de*

---

<sup>90</sup> La désignation universitaire du CIUSSS MCQ est liée à la présence d'un institut universitaire depuis 2008 : le Centre régional de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, ainsi que le campus mauricien délocalisé de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

<sup>91</sup> Par la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. Chapitre O-7.2.

<sup>92</sup> Sont maintenant fusionnés pour former le CIUSSS de la Mauricie-Centre-du-Québec :

- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC ;
- CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE DOMRÉMY-DE-LA-MAURICIE-CENTRE-DU-QUÉBEC ;
- CENTRE JEUNESSE DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC ;
- CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET EN TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT - INSTITUT UNIVERSITAIRE ;
- CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE INTERVAL ;
- HUIT CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX :
  - D'Athabaska-et-de-l'Érable ;
  - De Bécancour-Nicolet-Yamaska ;
  - Drummond ;
  - De l'Énergie (Centre Mauricie) ;
  - Du Haut-Saint-Maurice ;
  - De Maskinongé ;
  - De Trois-Rivières et son centre hospitalier affilié universitaire régional ;
  - De la Vallée-de-la-Batiscan.

*sa population et de ses réalités territoriales. (Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Mauricie et Centre du Québec, 2015b)*

Son Conseil d'administration<sup>93</sup> a affirmé sa volonté politique d'unité à travers son slogan : « *Ensemble, soyons UNIQUE* » (Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Mauricie et Centre du Québec, 2015a). Lors de sa séance extraordinaire du 16 décembre 2015, le Directeur des Services Professionnels du CIUSSS de la Mauricie-Centre-du-Québec mentionne :

*L'étendue des responsabilités du nouvel établissement, la complicité médicale à développer, les différences culturelles, ainsi que la grandeur du territoire desservi sont autant de défis à relever. Nous croyons que le modèle proposé est adapté pour y faire face. (Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Mauricie et Centre du Québec, 2015a).*

La direction générale structure les missions du CIUSSS de la Mauricie-Centre-du-Québec en deux grands volets de programmes cliniques, afin de favoriser les continuums de services (Structure encadrement supérieur, Janvier 2016) :

- Celui des programmes sociaux et de réadaptation, de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme et de déficience physique. Le programme santé mentale adulte et dépendance fait partie de ce volet ;
- Celui des programmes de santé physique généraux et du programme de soutien à l'autonomie de la personne âgée (SAPA).

Comme pour la présentation du contexte de la région de l'Estrie, le tableau 4 permet de visualiser les données socio-sanitaires de l'offre de soins aux personnes âgées de plus de 65 ans (2015), plus particulièrement en rapport avec l'implantation de la gérontopsychiatrie dans cette région. Nous distinguerons les données concernant le RLS de Drummondville, lieu de l'émergence de cette nouvelle pratique, afin de le situer dans son contexte régional, compte tenu de la répartition populationnelle et des structures existantes préalablement à leur fusion dans le CIUSSS (Association médecins gériatres du Québec, 2012; Banque de données des statistiques officielles, 2015; Institut de la statistique du Québec, 2015a, 2015b; Raymond Chabot Grant Thornton, 2015) :

---

<sup>93</sup> Lequel a établi ses règles de fonctionnement depuis novembre 2015.

	<b>DRUMMOND</b>	<b>ZONE SUD</b>	<b>ZONE NORD</b>	<b>REGION MCQ</b>
Population <sup>94</sup>	102 797	240 872	267 506	506 186
Dont ville(s) principale(s)	74 940 Drummondville	45 166 Victoriaville	134 971 Trois Rivières	
Densité population ville /zone ou RLS	72%	50 % Victoriaville + Drummondville	50 %	
Densité population zone/ région	20 %	48 %	53 %	
+ 65 ans	19 217	47 904 (2011 : 17,3%)	60 735 (2011 : 20,3%)	108 639 (21,4%)
Superficie (km2)	1 599	6 920	35 448	42 368
Distance Drummondville en mn		Victoriaville : 30 mn	Trois Rivières : 60 mn Shawinigan 80 mn	
RLS / (anciens) CSSS	1	3	5	8
Structures de santé mentale adultes 1 <sup>ère</sup> ligne : patients suivis <sup>95</sup>	66	Arthabasca-de- L'Érable : + 113	Trois Rivières : 110 Shawinigan : 45 Vallée Batuscan : 21 Maskinongé : 28 Ht Saint Maurice : 33	416
Ratio usagers suivis en SIV /1 000ha Balise MSSS = 2,50	0.81	1,49	Trois Rivières : 0,95 Shawinigan : 0,82 Haut St Maurice : 2,76	
Suivi Intensif dans la communauté	Responsabilité régionale Shawinigan (ex Centre régional SM) : 259 patients			
Nombre lits hospitalisation installés en Santé Mentale	20 Hôpital Sainte Croix	+ 21 Victoriaville Hôtel-Dieu Arthabasca-de- L'Érable	39 Trois Rivières 24 Shawinigan : 5 CH La Tuque	5 pôles Dans 3 zones géographiques

<sup>94</sup> Estimation de la population des municipalités du Québec de 15 000 habitants et plus au 1er juillet 2015. (Institut de la statistique du Québec, 2015a)

<sup>95</sup> Nombre de patients en moyenne suivis par le service de 1<sup>ère</sup> ligne de suivi d'intensité variable (SIV)

Structures SAPA	Services Communauté	Services Communauté	Services Communauté	2 ou 3 zones géographiques
UCDG : nombre lits	18 lits	10 lits Nicolet 24 lits Arthabasca-de-L'Érable	19 lits Trois Rivières 27 lits Shawinigan 13 lits Maskinongé 5 lits Haut Saint Maurice	selon le type de services
URFI	12 lits	12 lits Arthabasca-de-L'Érable	40 lits Trois Rivières 2 lits Haut Saint Maurice	
URTF	10 lits (URTF externe) 5 lits (URTF interne)			
Structures d'hébergement	3 centres  457 places	5 centres B-N-Y 6 centres Arthabasca-de-L'Érable  658 places	5 centres Trois Rivières 2 centres Shawinigan 4 centres Batiscaan 1 centre Maskinongé 1 centre Haut Saint Maurice 1 366 places	
Nombre d'employés	17 000 employés			
Nombre de médecins	954 médecins : 544 omnipraticiens (50% sur Trois Rivières, 25 % auprès clientèle SAPA), 410 spécialistes			
Médecins gériatres (2011)		1 à l'Hôtel Dieu d'Arthabasca	1 à Trois Rivières	
RUIS	Université de Sherbrooke	Université de Sherbrooke	Université de Montréal et Université Laval pour Haut St Maurice	

Tableau 4 : Région socio-sanitaire de la Mauricie-Centre-du-Québec : données en 2015.

Pour l'ensemble de ces programmes, l'étendue du territoire a imposé une structuration en zones géographiques Nord, Sud et Centre. Pour certains services, la zone centre peut réunir les RLS un peu différemment. Pour le programme de santé mentale adulte, cette zone centre réunit au RLS de Trois Rivières celui, très proche de Nicolet-Bécancour-Yamasca. Pour le programme SAPA, les services dans la communauté et d'hébergement sont structurés géographiquement dans les zones Nord et Sud. Plus précisément pour ce qui concerne les services gériatriques d'évaluation et de réadaptation, la répartition se fera en quatre zones :

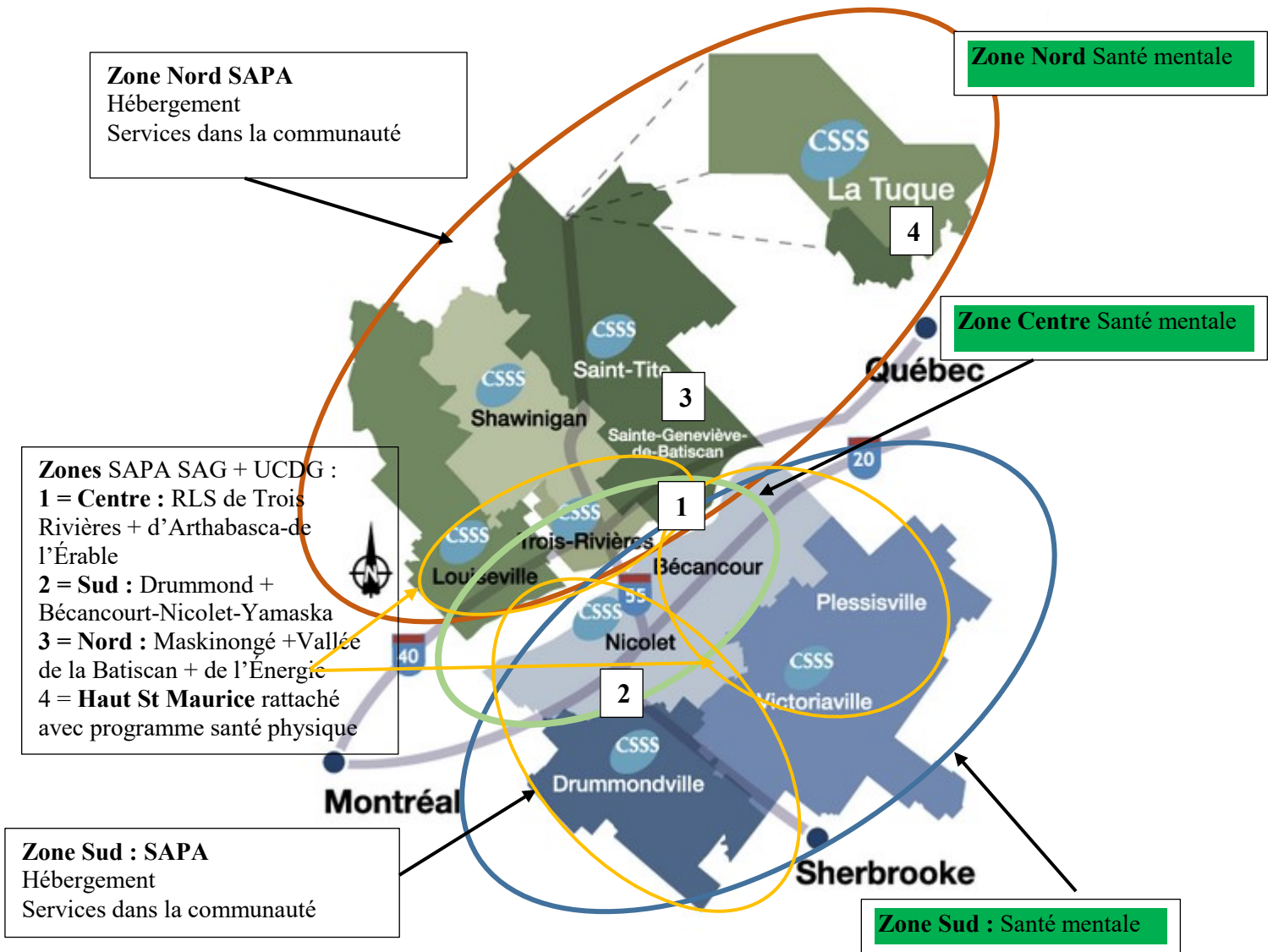


Figure 6 : Représentation des zones géographiques CIUSSS Mauricie-Centre-du-Québec<sup>96</sup>

Cette représentation met en évidence le contexte géographique que la direction du CIUSSS cherche à rendre cohérent, malgré les distances. Elle met également en évidence la difficulté que va rencontrer une offre surspécialisée pour s'étendre dans l'ensemble de la région. En analysant de manière plus approfondie l'organigramme du CIUSSS de la Mauricie-Centre-du-Québec (Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Mauricie et Centre du Québec, 2016), nous identifions 37 cadres intermédiaires, issus deux directions santé mentale et

<sup>96</sup> Source : (Travailler en santé et services sociaux en Mauricie et Centre du Québec, 2016)



SAPA dans l'ensemble des zones géographiques, susceptibles de solliciter l'expertise de la gérontopsychiatrie.

La rencontre des directrices et directeurs adjoints de ces deux programmes nous a permis de comprendre les objectifs de déploiement prévisibles, à l'échelle du CIUSSS, pour cette nouvelle pratique clinique qu'est la gérontopsychiatrie. Nous détaillerons plus loin leur vision projective. Il apparaît évident pour chacun de ces directrices et directeurs adjoints que cette pratique, au regard de la population à laquelle elle doit rendre ses services, va devoir se déployer dans les plans directeurs des deux programmes présentés, actuellement en préparation par leur direction respective.

En somme, considérant les principales différences de contexte entre les deux régions sanitaires, l'offre sanitaire de la région Mauricie-Centre-du-Québec montre :

- Un territoire d'une superficie trois fois plus grande pour une population et un nombre de professionnels de taille identique ;

- Quatre pôles de services de santé mentale et huit de soins actifs aux personnes âgées éclatés sur le territoire. Cette particularité fait contraste avec le caractère centralisé de l'offre de la région de l'Estrie, même si son territoire augmente en intégrant les RLS de la Haute Yamaska (22 lits d'hospitalisation de psychiatrie à Granby) et de La Pommeraie (un service d'hospitalisation gériatrique au Lac Brome).

- Une force universitaire partagée entre deux pôles universitaires, celui de l'Université de Montréal délocalisée à Trois Rivières et celui de l'Université de Sherbrooke. Le RUIS de Montréal inclut une offre de téléconsultation via le service de gérontopsychiatrie du CIUSSS du Nord de Montréal et l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM). Cette offre est utilisée notamment par les psychiatres de Shawinigan.

L'extension démographique des plus de 65 ans en région Mauricie-Centre du Québec suit des tendances identiques à la région de l'Estrie et aura les mêmes répercussions sur les besoins futurs et la mise en tension de l'offre de soins. En 2015, la proportion de la population âgée de plus de 65 ans en Mauricie est plus élevée que la moyenne provinciale : 22.7%<sup>97</sup> pour

---

<sup>97</sup> Le poids des plus de 80 ans est de 5,6 % en 2011 pour atteindre 12,7 % en 2036 en Mauricie.

17.1 %. Dans le Centre du Québec, la proportion de cette population est moins accentuée : 19.6 % (rappelons qu'en région de l'Estrie, la proportion est de 19.3 % en 2015). Cette population va augmenter progressivement pour atteindre 33.7 % en 2036 pour la Mauricie et 30.8%<sup>98</sup> pour le Centre du Québec (la moyenne provinciale projetée est de 25.9 % et cette projection de 30.4 % en région de l'Estrie) (Institut de la statistique du Québec, 2014, 2015b).

### **La construction diachronique de cette nouvelle pratique**

Pour comprendre la microsociété clinique et organisationnelle dans laquelle va émerger cette nouvelle pratique qu'est la gérontopsychiatrie, dans un premier temps dans le RLS de Drummondville, puis plus largement dans la région Mauricie-Centre-du-Québec, nous nous proposons d'identifier, à l'instar de la présentation du cas Sherbrooke, d'une part les forces en présence actuelles, d'autre part le développement des différentes sphères professionnelles durant une période de près de 40 années. Nous regrouperons ces caractéristiques dans ce que nous nommons structure diachronique présentée dans la figure 7<sup>99</sup>.

---

<sup>98</sup> Le poids des plus de 80 ans est de 4,6 % en 2011 pour atteindre 11,3 % en 2036 dans le Centre du Québec.

<sup>99</sup> Page 105.

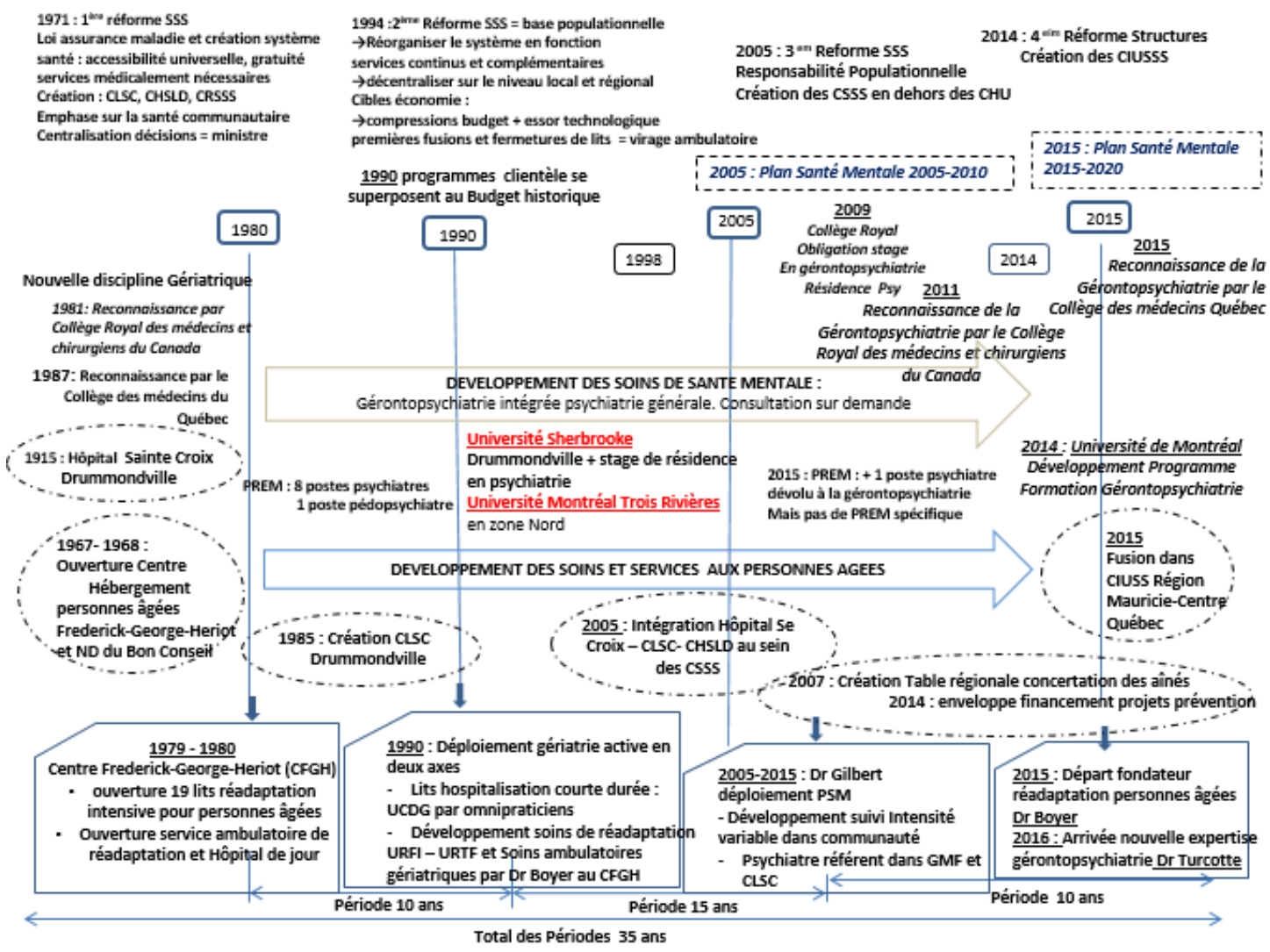


Figure 7 : Représentation de l'évolution diachronique du développement des sphères professionnelles en région Mauricie-Centre-du-Québec

Les forces porteuses actuelles sont issues du développement conjugué des pratiques cliniques émergentes et des réformes développées par le service public de santé dans cette période.

Nous les déclinons sous forme de quatre forces en présence : celle d'une gériatrie active développée à partir de deux pôles ; une offre de soins psychiatriques forte, référence régionale et au-delà de la région ; une force technocratique de configuration à la fois structurelle et fonctionnelle venant bousculer l'ordre établi depuis 2015<sup>100</sup> et répondant à des besoins populationnels bien identifiés ; et enfin une présence académique bipolarisée dans la région sanitaire Mauricie-Centre-du-Québec : l'Université de Sherbrooke pour la zone sud et l'Université de Montréal pour la zone nord.

Actuellement, sur des fondements historiques que nous développerons plus loin, la gériatrie active à Drummondville est développée à partir de deux pôles : l'UCDG de l'Hôpital Sainte Croix et le Service ambulatoire gériatrique (SAG) situé au sein des locaux du Centre d'hébergement Frederick-George-Heriot (pratique de référence en évaluation gériatrique), de l'URTF et de l'URFI (pratique de réadaptation gériatrique), jusqu'en 2016<sup>101</sup>.

Le Docteur Boyer, médecin de famille en fin de carrière, est d'ailleurs le seul médecin omnipraticien du réseau ayant suivi une formation complémentaire de soins aux personnes âgées. Il est repéré dans la région comme le promoteur de cette pratique, le coordonnateur des soins aux personnes âgées, y compris pour le domaine de la gérontopsychiatrie :

*Dans le milieu où je me trouve avec mes deux pieds (la psychiatrie à l'Hôpital Sainte Croix), quand il est question de personnes âgées, ici le Dr Dragon (psychiatre de l'équipe de l'Hôpital Sainte Croix), c'est ma référence. Par contre, je mets un bémol... parce que le Dr Boyer, est peut-être plus coordonnateur, est peut-être plus responsable (de la psychogériatrie), parce qu'il est plus dans un autre environnement (Infirmière en santé mentale 1).*

Le Docteur Boyer, dispose de l'assistance d'une équipe de professionnels spécialisés pour remplir cette mission : infirmière clinicienne, neuropsychologue, ergothérapeute, psychologue, orthophoniste, physiothérapeutes et thérapeutes en réadaptation exerçant au sein du SAG, mais

---

<sup>100</sup> Par la fusion des établissements de la région sanitaire définie dans la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. Chapitre O-7.2

<sup>101</sup> L'URFI a été déplacée vers l'UCDG au sein de l'Hôpital Sainte Croix au printemps 2016 dans le cadre de la restructuration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie.

également au sein d'une Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) et d'une Unité transitoire de réadaptation fonctionnelle (UTRF), toutes situées dans l'espace géographique du Centre Frederick-George-Heriot, CHSLD hébergeant 362 résidents<sup>102</sup>. Son prochain départ en retraite amène de nouveaux collaborateurs pour préparer le passage de relais : deux jeunes femmes omnipraticiennes, et a fait appel au médecin gériatopsychiatre développant cette nouvelle pratique à Drummondville : le Docteur Maryse Turcotte.

De son côté, une unité de court séjour gériatrique (UCDG) s'est développée au sein de l'Hôpital Sainte Croix, portée par le développement de la gériatrie active dans les années 1990, et soutenue par un contexte de développement de la gériatrie active à l'Hôpital Sainte Croix.

D'après les médecins rencontrés, la particularité identifiée à Drummondville, est que les deux volets de cette gériatrie active (les soins actifs à l'Hôpital et l'évaluation/réadaptation) ont été développés de manière parallèle par deux équipes distinctes de médecins de famille, le lien entre les deux étant en majorité assuré par l'encadrement infirmier :

*Effectivement ce n'est pas la même équipe de médecins qui s'occupe des autres soins plus spécifiques aux personnes âgées à Drummondville, à l'URFI et dans les soins de longue durée.... Ce n'est pas la même équipe de médecins... Je sais que le personnel infirmier, lui, est beaucoup plus stable, à l'UCDG et au SAG. Je présume qu'il doit y avoir des liens entre eux, entre autres quand il manque certains éléments pour continuer à évaluer en externe, porte directe vers le SAG à ce moment-là. (Médecin omnipraticien 1).*

Il convient de souligner le développement de soins gériatriques d'évaluation et de réadaptation à partir d'un CHSLD ; ceci s'appuie sur un « plateau technique » correspondant à l'expertise des professionnels de réadaptation. Habituellement, ce développement va plutôt se déployer à partir des soins de courte durée hospitaliers.

Lorsque l'on étend le regard au niveau régional, on observe que chaque ancien CSSS a développé ses services de gériatrie active de manière spécifique selon l'histoire des liens et les visions des promoteurs. Les configurations locales et les liens entre les UCDG, les URFI et les SAG sont toutes différentes, même si l'Agence Régionale a publié en 2007 un cadre de référence

---

<sup>102</sup> Le centre Frederick-George-Heriot est fusionné à deux autres centres d'hébergement (les Centres d'hébergement Bon Conseil et la résidence Marguerite d'Youville) pour former en 1998 le CHSLD-Cœur-du-Québec, accueillant 457 résidents au total en 2016.

intégré (Agence de la Santé et Services Sociaux de la Mauricie-Centre-du-Québec) et qu'un regroupement provincial de gériatres se mobilise pour proposer un cadre professionnel de référence :

*Dans nos huit anciens CSSS, chacun est différent et voit une clientèle différente. Considérant que la clientèle qu'on appelle clientèle avec des troubles cognitifs et c'est auprès de cette clientèle-là que (doivent) être orientés, et (qu'on doit) adapter nos services... Les ressources, présentement, sont disponibles, mais ne sont pas exclusivement au SAG, la clientèle y est variée. Il y a des gens qui ont besoin de réadaptation, et c'est pour ça qu'ils viennent, alors que d'autres c'est purement en lien avec les troubles cognitifs...Il y a un regroupement provincial des UCDG, il y a des gériatres qui travaillent très fort à donner des orientations sur ce que devraient être, les UCDG, c'est sûr qu'on s'est tous collés à ça au niveau régional...il n'y a jamais eu de travaux pour s'harmoniser tous ensemble (Gestionnaire du programme SAPA 1).*

L'offre de soins psychiatriques à Drummondville fait référence régionale et au-delà de la région. En effet, la psychiatrie, dans le RLS de Drummond, s'est développée à partir de soins spécialisés offerts par l'Hôpital Sainte Croix. L'équipe de spécialistes s'est étoffée graduellement, au fur et à mesure des négociations du médecin chef psychiatre avec les décideurs, par le biais des différents PREM<sup>103</sup>, pour atteindre une équipe de huit psychiatres, un pédopsychiatre et un gérontopsychiatre<sup>104</sup> (même si le poste n'existe pas officiellement en tant que surspécialité dans le PREM). Cette équipe est qualifiée de « *seconde ligne déjà forte, une belle équipe de psychiatres là-bas* » par un médecin exerçant à Sherbrooke.

Les médecins psychiatres à Drummondville ont été actifs dans le déploiement des recommandations du PASM 2005- 2010 (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2005), particulièrement dans la mise en place de la fonction de médecin répondant auprès des Groupes de médecine de famille (GMF) :

*Pour nous, le meilleur modèle pour (le déploiement de la mission) des médecins spécialistes répondants, c'est ici à Drummondville...Parce que partout ailleurs ce n'est pas développé.... Même à Trois-Rivières. Mais c'est un objectif qu'on a pour la prochaine année.... Peut-être pas partout, mais en établir d'autres ailleurs, que Drummondville...Parce qu'à Drummondville, vous couvrez l'ensemble des GMF. C'est très très bien ! (Gestionnaire de la direction de santé mentale 1)*

---

<sup>103</sup> Plans régionaux d'effectifs médicaux

<sup>104</sup> La fonction de médecin gérontopsychiatre est en cours de mise en place, et identifié comme tel dans l'équipe et l'environnement professionnel, même si le PREM de gérontopsychiatrie n'ayant pas d'existence officiellement reconnue, regroupe l'ensemble des psychiatres.

Malgré cet investissement, les données synthétisées dans le tableau 4<sup>105</sup>, ne démontrent pas l'atteinte des cibles ministérielles de ratio d'usagers suivis dans la communauté. Ce ratio est en effet, à l'instar des résultats des RLS de Trois Rivières et Shawinigan, nettement inférieur (de 0.81 pour 1000 habitants pour 2.5 attendus).

Une force technocratique fonctionnelle vient bousculer l'ordre établi en 2016, répondant à des besoins populationnels bien identifiés dans la région. En effet, le déploiement des missions du CIUSSS Mauricie-Centre-du Québec vient bousculer les organisations structurelles et professionnelles locales.

Les besoins de soins surspécialisés de la clientèle des aînés sont d'ailleurs clairement identifiés, à la fois par les médecins et les gestionnaires, besoins émergents parmi la clientèle suivie en psychiatrie<sup>106</sup> :

- La clientèle des patients suivis en psychiatrie et vieillissants :

*Il y a le fait que nos patients psychiatriques, on le sait, ont une expectative de vie beaucoup moins grande que la population... mais on le sait (aussi), elle s'allonge...donc on ne parle ici des gens de 60/65 ans mais bien de 70/75 ans, et parfois beaucoup plus.... (Ces patients) sont multi problématiques parce qu'ils vieillissent dans leur maladie mentale, et ils développent des troubles cognitifs...parfois c'est physique...parfois c'est les trois. Ce qui fait qu'on se retrouve avec des gens qui sont lourdement hypothéqués, et qui n'ont aucune place où aller... (Médecin psychiatre 2) ;*

- La clientèle développant une comorbidité avec la démence :

*Donc c'est être en mesure d'ajuster l'offre de service en fonction de cette réalité là....Puis aussi ajuster nos offres de services d'hébergement dans le SAPA... mais ça peut être aussi la même chose dans la communauté, on a parfois des clientèles santé mentale vieillissantes qui se trouvent avoir des problèmes cognitifs, et on se retrouve dans des difficultés pour départager... qu'est-ce qui appartient au problème psychiatrique et qu'est-ce qui appartient aux problèmes cognitifs et savoir quelle serait la meilleure équipe des deux pour servir le client....à partir de quand c'est le soutien à domicile qui devrait donner les services .... Et l'arrimage des deux. (Gestionnaire de la direction de santé mentale 2, corroboré par ses deux collègues).*

---

<sup>105</sup> Page 96-97.

<sup>106</sup> Nous retrouvons dans cette liste de populations identifiées la classification énoncée par la littérature et les experts en gérontopsychiatrie

Ces besoins émergents et la pression démographique viennent, d'après les médecins rencontrés à Drummondville, interpeler les organisations de soins existantes :

*On va vers un tsunami démographique, de gens âgés qui vont requérir des ressources de plus en plus importantes.... Alors que là, ce qu'on voit, c'est qu'il y a plus qu'un ralentissement, il y a comme une stagnation des ressources..... Le nombre va faire en sorte qu'on va manquer de place, c'est sûr ! On en manque déjà ! Mais aussi (ces ressources) ne vont pas être adaptées à cette clientèle-là. Et on va frapper un mur parce que les ressources intermédiaires dont je vous parlais tout à l'heure, bien que quelles soient bien équipées sur le plan personnel, n'arriveront pas à traiter ces gens-là, à les héberger... Les professionnels (dans ces Ressources Intermédiaires) n'ont pas les compétences pour gérer cette multiplicité.... Et on ne veut pas revenir à un système d'asile ou on va entasser tous ces gens-là. (Médecin psychiatre 2).*

*On a eu des gens qu'on a envoyés chez un psychiatre, soit à Montréal soit à Québec... car il n'y a pas d'expertise dans la région... Au niveau des résidences, des organismes communautaires il y en a qui font ce qu'ils peuvent.... Mais le bassin est tellement grand, c'est une infime partie qui se retrouve dans le système. Qu'est-ce qu'on fait avec la grosse partie ? Pour rentrer dans le système ? Même si on prenait tout le monde qui travaille pour les aînés et qu'on essayait de ramener ces gens dans le système, il y en a trop.... (Membre de la table régionale de concertation des aînés 1).*

La composante académique a été structurante, comme nous l'avons identifié pour le développement de la gérontopsychiatrie à Sherbrooke. Nous avons précisé que pour la région Mauricie-Centre-du-Québec, cette composante est distribuée en deux RUIS : l'Université de Sherbrooke pour la zone sud, l'Université de Montréal pour la zone Nord. Cette force académique, ainsi bipolarisée, ne pourra jouer de toute évidence et de manière identique, dans les conditions actuelles, ce rôle de développement par l'imprégnation du milieu via les médecins résidents des différentes disciplines médicales.

A la lecture de l'historique du développement de l'Hôpital Sainte Croix de Drummondville (Centre de santé et services sociaux de Drummond, 2013), et à partir du traitement des données, nous pouvons identifier que l'espace clinique concernant les soins de santé mentale des personnes âgées à Drummondville s'est structuré via l'existence de deux cliniques au développement parallèle : les soins de réadaptation aux personnes âgées, et la psychiatrie. A partir de la



présentation diachronique résumée dans ce schéma, nous avons pu identifier trois grandes périodes marquant cette évolution :

### **1977 – 1990 : Une période de professionnalisation**

Le soutien aux personnes âgées de Drummondville a pris naissance, à l’instar de beaucoup d’hôpitaux en région, à partir de la mission d’hospice de l’Hôpital Sainte Croix, fondé en 1910 par les sœurs grises (Centre de santé et services sociaux de Drummond, 2013). Après des extensions successives, les besoins de santé, les progrès de la médecine et l’évolution sociétale, ont amené cet hôpital à élargir ses missions à la médecine, la chirurgie, l’obstétrique, la psychiatrie, les soins d’urgence. Le 20 juin 1973, l’établissement est passé sous la tutelle du Ministère des affaires sociales du Québec. Le résumé historique du CSSS Drummond précise qu’en 1967, le centre d’hébergement Frederick George ouvre ses portes et que dès 1977, son activité est déjà orientée vers les soins de réadaptation des personnes âgées :

*En décembre 1977, le Centre hospitalier Georges Frédéric dispose d'une unité de transition de 19 lits à l'intention de personnes ayant besoin de réadaptation intensive afin de retrouver l'autonomie qui leur permettra de retourner dans leur milieu naturel ou d'être orientées vers une ressource correspondant à leurs besoins.....En juin 1979, deux services se greffent à ceux déjà existants, soit le service de réadaptation comprenant la physiothérapie et l'ergothérapie ainsi que l'ajout d'un centre de jour. (Centre de santé et services sociaux de Drummond, 2013)*

*Je suis là depuis un certain temps...Le département (de soins de réadaptation gériatrique du Centre hospitalier Georges Frédéric), cela faisait plusieurs années qu'il roulait... Il y avait le docteur Rivard et le Docteur Bélisle qui étaient là. Ensuite, le docteur Boyer s'est joint à l'équipe. Au fil des ans, il a développé son expertise en psychogériatrie. (Infirmière 3).*

En 1985, à l’instar des autres régions au Québec, le développement des soins à domicile par le CLSC Drummond structure le soutien aux personnes âgées dans la communauté, via le regroupement des ressources sociales et de santé communautaire<sup>107</sup> et de santé au travail. La caractéristique principale de cette période est marquée par le développement de la gériatrie active

---

<sup>107</sup> La mission de santé au travail est une troisième mission du CLSC de Drummond.

par deux groupes d'omnipraticiens ayant peu de contacts entre eux, et qui nous ont été présentés comme pouvant être concurrents. Toutefois, leur collaboration se fait bien par le transfert des patients de l'UCDG (sur le site de l'Hôpital Sainte Croix) vers les unités du SAG, de l'URTF ou de l'URFI (sur le site du Centre d'hébergement George Henriot).

Pour ce qui concerne la psychiatrie, cette période est identifiée comme phase de désinstitutionalisation asilaire, portée par un mouvement sociétal<sup>108</sup> repris par les médecins psychiatres et son inscription dans la communauté :

*On procède à une première vague de sortie des patients des hôpitaux psychiatriques, au déploiement de ressources résidentielles dans la communauté comme les familles d'accueil, à l'ouverture des départements de psychiatrie et des soins ambulatoires, en s'inspirant aussi du modèle de secteur de psychiatrie français, ainsi que des « Community Mental Health Team » anglais et américains.... On forme rapidement des médecins généralistes comme psychiatre et le nombre de psychiatres s'accroît de plusieurs centaines dans cette décennie. Ces derniers ouvrent des départements de psychiatrie dans diverses régions du Québec et font ainsi leur entrée dans les hôpitaux généraux. (Lesage, 2015a, p. 129).*

L'Hôpital Sainte Croix de Drummondville a sans nul doute profité de cette désinstitutionalisation des patients (le Centre Régional de Shawinigan assurant la mission de Centre régional de psychiatrie) et de la redistribution des lits en hôpital général pour développer les soins psychiatriques et augmenter son offre de services ainsi que l'effectif des médecins spécialistes.

### **1990 – 2005 : Un arrimage informel entre gériatrie active et psychiatrie**

Comme pour la région de Sherbrooke, le développement de la gériatrie, même si aucun médecin gériatre n'exerce à Drummondville, a impacté les soins à cette population des plus de 65 ans :

*Dans les années 1990, il y a eu un tournant important. Si on ne prenait pas soin des personnes âgées sur le plan physique, on avait des attentes très importantes au niveau de l'hôpital...donc si on ne les réadaptait pas, si on n'avait pas une approche proactive auprès des aînés, on avait des lits bloqués pendant des semaines, des mois...avec des patients finalement laissés pour compte et où on se retrouvait avec 20, 25, 30 patients en attente de placement. Donc, il y a 25 ans, on a vraiment développé*

---

<sup>108</sup> Rappelons que la parution du livre du patient de l'hôpital psychiatrique Saint-Jean-de-Dieu, Jean-Charles Pagé (Pagé, 1961), postface du Dr Camille Laurin alors directeur du Département de psychiatrie universitaire.

*ce volet de gériatrie active et on a ouvert des lits comme l'UCDG. Après cela, l'Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), où précocement, on met en action les patients, et on évite des placements trop précoces....*

*La demande n'était pas sociétale, mais nous, les médecins, on s'apercevait que n'ayant pas l'ensemble des services (on n'avait pas d'équipe multi professionnelle « santé vieillissement », qui faisait des commandos rapides qui disait : sur le plan social, il y a un problème là...sur le plan physique il y a un problème là... Quand on a mis cela sur pied il y a environ 25 ans, on a vu vraiment un essor important de l'approche qui a (produit) une diminution importante des personnes âgées qui restaient à l'hôpital, et cela a été très important. (Médecin psychiatre 2).*

De son côté, le mouvement de redéploiement souhaité dans cette phase de psychiatrie communautaire ne produit toutefois pas les effets escomptés, faute de redistribution de moyens (Lesage, 2015a). Les départements de psychiatrie à Drummondville, à l'instar de ce qui se passe au Québec, déploient leurs services sans lien avec les actions communautaires de soins et services aux personnes âgées en perte d'autonomie et sans pouvoir répondre aux besoins des personnes souffrant de troubles mentaux graves (Lesage, 2015a). Les interactions entre les sphères professionnelles de soins aux personnes âgées et de psychiatrie se sont développées selon les besoins identifiés, de manière sporadique, grâce à l'intérêt d'un médecin psychiatre, le Docteur Dragon, pour ces soins particuliers :

*Ce qui s'est passé est que naturellement, je me suis occupé des personnes âgées. Et je suis allé en tant que consultant dans les lieux d'hébergement. Parce que j'aime ce milieu-là. Ce que j'aime, c'est que les infirmières connaissent les personnes âgées. Et puis j'aide à faire le ménage des psychotropes prescrits par les omnipraticiens. Cela fait 30 ans que je fais de la consultation...chez les plus vieux omnipraticiens, ils ont tous fait de la psychiatrie adulte. Quand ils m'appellent, la base ils la connaissent ! Et puis, les omnipraticiens connaissent comment je travaille... (Médecin psychiatre 3).*

Cet intérêt particulier n'a toutefois pas donné lieu à une organisation structurée :

*Mais l'approche en psychogériatrie a beaucoup tardé en raison d'une part du personnel que nous n'avions pas...il y a donc une question financière là-dedans...mais aussi de l'équipe médicale. On n'avait pas les psychiatres formés ou à tout le moins disponibles pour s'impliquer de manière très active. C'est ce qui a fait que les dernières années, je dirais depuis une quinzaine d'années, c'est l'équipe du médecin omnipraticien spécialisé, au CHSLD, qui a vraiment travaillé fort pour développer le service ambulatoire gériatrique, et aussi une clinique des troubles cognitifs qui est très intéressante. Et ils ont développé ces ressources à partir du CHSLD. Alors, le médecin omnipraticien qui a développé ces services collabore avec le psychiatre généraliste de*

*l'équipe aussi quand il est question de problèmes un peu particuliers... lequel fait des consultations là-bas. (Médecin psychiatre 2).*

## **2005 – 2015 : Une psychiatrie orientée vers le jeune et l'adulte**

Le déploiement des services psychiatriques a ainsi été orienté principalement vers l'adulte et le jeune à Drummondville, malgré cet intérêt particulier du Dr Dragon pour les personnes âgées, à l'instar des pratiques en région. D'ailleurs, le cadre de référence donné par le PASM 2005-2010 est également centré sur la spécification des structures (guichet d'accès, hiérarchisation des soins entre première ligne et deuxième ligne), et la prévention du suicide chez le jeune et l'adulte (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2005).

*En psychiatrie générale, on était un peu partout, et ce n'était pas du tout juste... On a laissé le leadership aux omnipraticiens et c'était correct !  
La psychiatrie s'est organisée comme cela aussi dans ses débuts... Le psychiatre qui a commencé, il était seul ! Soyons honnêtes, je n'avais pas le leadership pour monter un service de psychogériatrie (Médecin psychiatre 2).*

*Ce qu'on peut dire, c'est que pour la psychogériatrie, on en est à l'âge de pierre... je ne dis pas qu'il ne se fait rien, mais nous ne disposons pas d'un programme structuré... il existe plein de choses que nous ne connaissons pas ...il se fait des choses à Drummondville, par plein de monde, mais comme un puzzle. (Médecin psychiatre 2).*

Les soins de santé mentale de première ligne ont été développés : le suivi d'intensité variable à partir du CLSC de Drummond, et le suivi intensif dans la communauté (SIC), au sein duquel des médecins psychiatres sont présents<sup>109</sup>. Les soins et le suivi des patients psychotiques vieillissants dans la communauté ne sont pas organisés en tant que clinique spécifique et les professionnels en soins de santé mentale de première ligne expriment leurs difficultés lorsque l'âge avance et que les pluri morbidités apparaissent, entre perte d'autonomie et santé mentale :

*Je trouve que cela devient beaucoup plus compliqué, et problématique pour la clientèle, d'avoir des soins adaptés à leur condition. Autant côté département SAPA, les professionnels ne sont pas à l'aise avec la santé mentale et sont réticents à prendre des clients de la santé mentale ...et d'un autre côté on nous demande de ne faire que de la santé mentale...il y a quelque chose qui ne fonctionne pas, avec la clientèle âgée...il y a comme un trou de services...Les difficultés sont liées à l'expertise. J'en ai en santé mentale, mais quand ils deviennent vieillissants, il y a des changements, comme les démences qui viennent s'ajouter aux troubles de santé mentale...c'est un*

---

<sup>109</sup> Sous responsabilité régionale déployée par Shawinigan et déployée également à Victoriaville, Trois Rivières et La Tuque.

*peu plus problématique parce qu'on n'a pas cette expertise-là. Avec la médication aussi, c'est difficile, parce qu'on a des doses élevées de médicaments... On manque d'information et de formation pour pouvoir mieux soigner les personnes âgées et comprendre ce qui se passe pour eux...c'est un peu plus difficile.....On n'a pas vraiment de personne attirée si l'on a besoin de se référer ou si on a des problèmes avec les personnes vieillissantes (Infirmière de santé mentale 2).*

De leur côté, les psychiatres hospitaliers vont développer des services différenciés dans les départements de psychiatrie québécois au fur et à mesure de l'avancée des traitements et des approches psychothérapeutiques (Lesage, 2015b). A l'Hôpital Sainte Croix de Drummondville, plusieurs cliniques ambulatoires spécialisées ont été déployées par l'équipe des psychiatres au sein de la clinique externe de psychiatrie : la clinique des jeunes adultes psychotiques, le programme des troubles de personnalité, mais aucune clinique spécifique n'a été proposée aux personnes de plus de 65 ans.

L'esprit du Plan de santé mentale 2005-2010 a eu un impact important sur les pratiques locales. Les psychiatres de Drummondville ont développé rapidement un positionnement de soutien à la deuxième ligne aux omnipraticiens, même si actuellement ce positionnement nécessite un nouveau souffle à travers leur mission de psychiatre référent <sup>110</sup>:

*Il le faut (ne pas se substituer à la première ligne), l'équipe a quand même beaucoup ce modèle-là ici...même si au fil du temps ils l'ont (un peu) abandonné...ils ne font pas assez de transfert de connaissance et c'est pour cela que la liste d'attente s'allonge, s'allonge, pour des cas où normalement, les omnipraticiens les auraient pris en charge. Ils voient d'ailleurs avec les cliniques d'où viennent les références...certaines cliniques ça réfère...ça réfère...selon l'expertise ! (Médecin psychiatre 1)*

L'arrimage entre les soins de santé mentale aux aînés et les organismes communautaires impliqués dans les actions sociales auprès de cette population âgée est toutefois peu assuré dans la région, malgré les tables régionales de concertation des personnes aînées constituées en 2005 par le secrétariat des aînés du Ministère de la famille. Cette instance n'est en effet pas connue des professionnels de psychiatrie, même si elle est investie des professionnels du soutien à domicile des personnes en perte d'autonomie.

---

<sup>110</sup> La mission de psychiatre référent est déployée à Drummondville auprès de sept GMF sur les neuf implantées et auprès des professionnels de suivi d'intensité variable dans la communauté, positionnement, nous l'avons souligné, que la direction de santé mentale du CIUSSS qualifie de remarquable dans la région.

Ces tables régionales de concertation des personnes âgées (TACPA) ont été mises en place par région administrative. Dans la région Centre-du-Québec, cette instance est particulièrement active. Elle se qualifie d'organisme pivot sur les questions concernant les aînés dans la région et favorise l'arrimage des services communautaires aux soins à domicile. Une Coordinatrice des services aux personnes en perte d'autonomie du CIUSSS Mauricie-Centre-du-Québec est membre affilié au Conseil d'administration. (Table régionale de concertation des personnes âgées du Centre du Québec, 2015). Cette instance, dont nous avons rencontré onze membres actifs en octobre 2015, est particulièrement structurée et développe des actions d'information, de coordination à partir d'un plan d'action régional :

*Depuis juillet 2014, la TRCPACQ bénéficie d'une enveloppe, dans le cadre du Fonds régional pour l'amélioration des conditions de vie des personnes âgées du Centre-du-Québec (2013-2017), pour l'actualisation de son plan d'action régional concerté. Ce plan d'action regroupe cinq projets majeurs qui sont : favoriser la participation sociale des personnes âgées, favoriser les relations intergénérationnelles, soutenir les personnes âgées vulnérables, favoriser l'amélioration des conditions de vie des personnes âgées et lutter contre la maltraitance envers les personnes âgées. (Un membres de la table régionale de concertation des aînés).*

Les membres de ces organismes communautaires peuvent bien évidemment devenir des acteurs de déstigmatisation et d'arrimage dans les soins d'une population âgée ou de ses aidants souvent en perte de repère et en souffrance, si des liens sont développés.

## **2015 ET APRÈS : L'émergence de la gérontopsychiatrie au carrefour des pratiques et des organisations**

La pratique débutante du médecin gérontopsychiatre se déploie depuis fin 2015, dans l'espace social de Drummondville, à partir de deux lieux fonctionnels : la clinique externe de psychiatrie de l'Hôpital Sainte Croix et le service ambulatoire gériatrique situé dans le Centre d'hébergement Frederick-George-Heriot, parmi l'équipe d'évaluation des personnes en perte d'autonomie, ainsi qu'en soutien aux équipes du CHSLD.

Cette période est aussi celle du départ des pionniers et du passage de relais, les Docteurs Boyer et Dragon prenant leur retraite. L'arrivée d'une jeune génération d'omnipraticiens et d'un gérontopsychiatre amène à restructurer la pratique gériatrique, en lien avec la psychiatrie, pour

assurer le relais. De son côté, au sein du CIUSSS, une restructuration de l'offre des soins et services aux personnes âgées via une cogestion médico-administrative mise en place au sommet de l'organisation, vient recomposer le périmètre (comprenant entre autres le regroupement des UCGD et des URFI, vision de la mission du SAG en redéfinition...).

La pratique récente de la gérontopsychiatrie au sein de la clinique externe de psychiatrie met en évidence qu'en assurant les consultations des personnes de plus de 65 ans pendant les quatre premiers mois, la liste d'attente des patients est épurée. Il semble ainsi probant que les patients âgés ayant besoin de soins de santé mentale spécialisés sont suivis en majorité par les omnipraticiens et les psychiatres, dans leurs différents milieux de pratique : CLSC et clinique externe psychiatrique, GMF, CHSLD, ce qui semble être similaire à ce que l'on retrouve dans la littérature (Commission de Santé Mentale du Canada, 2011c; Fleury et al, 2008; Fleury, Farand, Aubé et Imboua, 2012).

La jeune femme médecin gérontopsychiatre exerce depuis fin 2015 une journée de consultation de gérontopsychiatrie par semaine au sein du SAG<sup>111</sup>. Des patients ayant des troubles cognitifs lui sont adressés, présentant ou non une comorbidité avec des troubles psychiatriques. Elle est sollicitée également pour un avis spécialisé dans l'unité de l'URTF et l'URFI<sup>112</sup>, actuellement sous la responsabilité d'une jeune femme omnipraticien débutant sa pratique, en remplacement du Dr Boyer. Au CHSLD, elle est également consultante pour des situations de patients nécessitant un avis d'expert sur une composante psychiatrique ou des syndromes comportementaux ou psychologiques lié à la démence (SCPD), pour lesquels elle devient la référence médicale.

Au sein du CHSLD, la jeune femme médecin gérontopsychiatre a pu, après quelques mois de présence seulement, restructurer les demandes de consultations issues des infirmières des unités du CHSLD pour les personnes âgées présentant un SCPD. Une instance et une organisation existait au sein du CHSLD sur cette question particulière, le CCTC (Comité conseil pour les troubles du comportement). Une analyse sur dossier était faite par le Dr Boyer. La neuropsychologue et la

---

<sup>111</sup> Le docteur Boyer étant présent encore une journée par semaine au sein du SAG, dans l'attente de la fin de formation d'une jeune femme omnipraticien.

<sup>112</sup> A noter que l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) est depuis mi 2016 rassemblée avec l'unité de courte durée gériatrique (UCDG), au sein de l'Hôpital Sainte Croix.

psychologue étaient présentes à cette table et assuraient le relais auprès des équipes. Le médecin gériopsychiatre pourtant récemment arrivé au sein de ce milieu, a proposé un modèle différent de gestion de ces demandes d'intervention :

- Toute demande sera suivie d'une consultation médicale (l'équipe en charge du patient aura tenté des approches thérapeutiques ou non au préalable, sans succès) ;
- La référence devra se faire systématiquement de médecin (omnipraticien en charge du patient au CHSLD) à médecin (Gériopsychiatre). Auparavant, les infirmières référaient les patients, sans forcément en informer les omnipraticiens.

Le premier retour suite à ce changement est significatif des attentes du milieu et des changements initiés par ce mouvement de génération : « *Les équipes sont satisfaites. Elles disent que cela les soulage d'avoir un leader médical sur cette question des SCPD* ». (le médecin omnipraticien fondateur).

Il est important toutefois de rappeler que les liens entre les soins de courte durée gériatrique au sein de l'UCDG et la psychiatrie sont épisodiques, en fonction de besoins ponctuels :

*C'est difficile d'y faire entrer un patient...pour des raisons de disponibilité de lits, mais pas seulement. La transition n'est pas fluide. C'est une grosse bataille dès qu'il y a moindrement un aspect psychiatrique...ils sont très réticents à accepter ces cas là...parce qu'ils disent qu'on a la capacité de surveillance, le personnel formé (en psychiatrie) ... On en est encore à vouloir mettre des patients dans des boîtes ! Mais on est de moins en moins capable de faire ça ! Et c'est pareil pour la psychiatrie ! » (Médecin psychiatre 4).*

A l'échelle du CIUSSS, le déploiement de cette structure technocratique fonctionnelle qu'est le CIUSSS vient transformer les structures existantes, de nouveaux projets venant bousculer les ordres établis.

La particularité de cette région, depuis un an, réside principalement dans la construction d'espaces à la fois géographiques et fonctionnels, par la définition des processus partagés et la cogestion médico-administrative, et également structurels par la redéfinition de l'existant, notamment des services gériatriques.



Cette situation ne permet pas de décrire encore la « physiologie » qui découlera des interactions entre l'espace organisationnel, issu des bouleversements apportés par le déploiement du CIUSSS, avec les écologies cliniques.

Des cultures locales différenciées au sein du CIUSSS et une absence historique de collaboration entre RLS caractérisent l'espace organisationnel.

Les trois autres services de psychiatrie de la région sont de taille presque identique : huit psychiatres exercent à Victoriaville, cinq à Trois-Rivières, dix à Shawinigan (Québec médecins, 2016). Le statut de Centre régional assuré par le site de Shawinigan lui confère un poids important, du fait en particulier de sa mission de Centre Intensif dans la communauté sur l'ensemble de la région<sup>113</sup>. Les cultures professionnelles et les pratiques qui s'y insèrent y sont différentes :

*Il n'y a pas un endroit sur le territoire qui travaille de la même façon. Ici à Drummondville, ils sont beaucoup plus centrés sur la communauté, sur l'offre de service de façon globale.... Ils ont ce souci-là de répondre aux besoins de la population de façon globale...Par contre sur les autres territoires ce n'est pas toujours la même chose... parce qu'il y a une pénurie de médecins aussi, un manque de psychiatres...alors on est beaucoup en attente que ça arrive dans mon bureau... Les médecins travaillent très en vase clos, pas de façon ouverte sur la communauté ...mais il va y avoir de la relève, avec des nouveaux psychiatres, et je pense que ça va aider. (Gestionnaire de santé mentale 1)*

*A Shawinigan, il y a un mixte de cultures, je vous dirais. Shawinigan était historiquement un établissement psychiatrique régional. D'ailleurs, il l'est encore au niveau de la longue durée...Il y en a un certain nombre qui partent à la retraite, mais il demeure encore certaines personnes qui sont issus de l'ancienne garde qui en font encore partie...Certains ont été formés par l'ancienne garde et poursuivent dans les mêmes pratiques, donc on se retrouve vraiment avec une mixité de culture à Shawinigan » (Gestionnaire de santé mentale 3)*

La pratique de cogestion médicale est en cours d'implantation. Le médecin co-gestionnaire du programme de santé mentale a été nommé mi-mars 2016 et connaît particulièrement bien le contexte de l'émergence de cette nouvelle surspécialisation. La cogestion médicale au sein du programme de soutien aux personnes âgées, lien entre clinique et gestion, est en cours de mise en place dans les directions santé mentale et SAPA :

---

<sup>113</sup> L'ancien CSSS de l'Énergie (site de Shawinigan) se qualifiait d'ailleurs de « *Chef de file en matière de Santé mentale* » (Centre de santé et services sociaux de l'Énergie, 2014) pour communiquer son offre aux futurs résidents.

*La direction SAPA aura deux codirecteurs : un codirecteur pour les services dans la communauté, UCDG-SAG et un codirecteur pour l'hébergement. Les codirecteurs participeront à la définition des orientations stratégiques et à l'amélioration des trajectoires de soins et de services, ils veilleront à l'allocation optimale des ressources et feront les recommandations appropriées au DSP. Ils assisteront la directrice SAPA et les directeurs adjoints dans leur plan stratégique et la gestion clinique de leurs programmes. (un gestionnaire de la direction SAPA).*

Les programmes de Soins et services aux personnes âgées en perte d'autonomie et de santé mentale sont en cours de restructuration, tant au niveau des structures de production que d'organisation. Les plans d'application des projets des directions santé mentale et de soutien aux personnes âgées du CIUSSS prévoient tous deux le redéploiement de ressources auprès des médecins exerçant en GMF : travailleurs sociaux de santé mentale et infirmières cliniciennes auprès des patients développant une démence. Ces professionnels, investissant ces espaces professionnels qualifiés de « noyau technique auprès du patient » auront sans nul doute à jouer un rôle de pont entre les médecins et la gérontopsychiatrie, en lien avec les gestionnaires de cas œuvrant dans les CLSC et les professionnels de première ligne en santé mentale.

L'espace méso du CIUSSS est en construction, à l'instar des espaces de négociation : le déploiement de la gouvernance est en développement des relais intermédiaires dans l'espace méso organisationnel, en avril 2016.

Le « *middle management* » (Nonaka, 1994) constituant cet espace est en cours de déploiement. Il sera sans doute investi de trois composantes :

- Clinique par les professionnels déployés en soutien des omnipraticiens en GMF : infirmiers cliniciens pour la gestion des cas cliniques de démences et travailleurs sociaux pour consolider les soins aux patients en santé mentale.
- Organisationnelle par l'investissement des nouveaux espaces par l'encadrement intermédiaire.
- Symbolique par la mise en place, l'ancrage des valeurs et des pratiques, le partage des documents d'information, mécanisme de coordination par les normes (Mintzberg, 1998) et « ingénierie » de la diffusion des connaissances (Nonaka, 1994).

Il existe cinq pôles de psychiatrie dans la région Mauricie-Centre-du-Québec : Drummondville, Victoriaville, Trois Rivières, Shawinigan et La Tuque. Dans chacune de ces régions, la direction de santé mentale a pour mission de répondre aux besoins des patients psychotiques vieillissants et des personnes âgées développant des troubles de santé mentale, avec des problèmes d'accessibilité à la fois géographique et psychologiques : « *On a une population qui est quand même assez isolée, je pense que les personnes âgées, peut-être pas nécessairement à Drummondville, mais à Trois-Rivières ils ne viennent pas consulter... je sais qu'on aura beaucoup à aller les chercher ces gens-là.* » (un gestionnaire de santé mentale)

Cette nouvelle pratique de gérontopsychiatrie est estimée devoir être développée. Pour les gestionnaires, à l'échelle régionale :

*Donc, quand on parle d'une vision d'avenir, cette offre de service-là doit être développée, pour cette clientèle-là notamment, et pour la clientèle des psychotiques vieillissants.... Parce que c'est plus complexe à traiter ...moi je la vois comme une surspécialité et il faut développer ce service-là ! Parce qu'on est dans une région où le vieillissement de la population est très élevé ! Pour moi c'est une priorité. C'est sûr que j'aimerais qu'on puisse offrir une offre de service régionale, ça c'est clair. Mais comme on n'a qu'une gérontopsychiatre.... Je pense qu'on va commencer par Drummondville. Mais c'est sûr que c'est une offre de services qu'on devra développer.* (Gestionnaire de santé mentale 1)

Le plan de services de santé mentale est en cours d'élaboration au sein du CIUSSS. Il prévoit un redéploiement des moyens dans les GMF sous forme d'insertion de travailleurs sociaux auprès des médecins de famille, et inclut les besoins de services aux aînés. Ce plan comprend, pour les services aux personnes âgées, deux axes :

- Le soutien aux omnipraticiens et aux psychiatres et le transfert de connaissances :

*Pour avoir un avis psychiatrique sur quelqu'un qui a des problèmes cognitifs reliés à son vieillissement, les psychiatres ne se sentent pas à l'aise de le faire, et avec raison aussi. Je pense que d'avoir une gérontopsychiatre sur notre territoire, et puis éventuellement on pourrait peut-être en avoir d'autres...pour que tout le monde puisse bénéficier de cette expertise et pour mieux suivre la clientèle. Je pense qu'elle aurait beaucoup à soutenir ses collègues, ce qui permettrait de mieux les prendre en charge et les assumer* (Gestionnaire de santé mentale 2, corroboré par deux collègues).

- L'arrimage des programmes de santé mentale et de soutien à l'autonomie des personnes âgées :

*Cela fait partie de notre plan de mise en œuvre d'objectifs en santé mentale... c'est à dire comment on peut arrimer nos services avec le SAPA..... Dans le sens que ces personnes-là prennent plus d'intensité, pas d'intensité de réadaptation, selon le modèle du Suivi d'intensité variable mais plus d'intensité de services, parce qu'on craint qu'il y ait une perte d'autonomie.... On craint de laisser ces gens-là en vide de service.... Parce qu'il y a des risques.... Alors là c'est vraiment une problématique qu'on vit !*

*Même chose du côté hospitalier.... Quand on dit même chose c'est surtout au niveau de la communication. On a parfois tendance à voir des personnes âgées en perte d'autonomie dans les lits de médecine avec des problèmes cognitifs qui s'installent. Et on pense qu'il s'agit de problèmes de santé mentale. Et là on l'envoie en santé mentale... Mais ce n'est pas un problème de santé mentale comme une psychose, une dépression, un trouble anxieux, et il s'agit vraiment de déficits cognitifs... et là, on ne comprend pas pourquoi la santé mentale ne prend pas non plus en charge ces gens-là ! Donc, ça, c'est vraiment un problème qu'on (n'identifie) pas correctement.... Il existe des problématiques de toute part...et on ne se parle pas beaucoup ! D'où nous avons du travail à faire dans ce sens-là ! (Gestionnaires de santé mentale 1, corroboré par deux collègues)*

La transformation des structures gériatriques déployée par la direction générale adjointe aux programmes de santé physique généraux et spécialisés et soutien à l'autonomie de la personne âgée (SAPA) en mars 2016 a un impact sur l'organisation des services de gériatrie active à Drummondville, à l'instar des autres zones géographiques de la région. Cette politique, concrètement exprimée dans l'organigramme diffusé le 19 février 2016, repose sur d'une part la transformation des SAGs existants dans la région en quatre plateaux d'évaluation en soutien au médecin de famille, en zone Nord, Sud et Centre :

*Les grandes lignes (pour demain), ce sera une transformation de la gériatrie adaptée aux besoins d'aujourd'hui : développement de l'expertise de la première ligne... donc on renforce la première ligne, avec une clinique de la mémoire, une équipe interprofessionnelle et spécialisée (un gestionnaire du programme SAPA).*

*Pour être clair aujourd'hui le SAG c'est plutôt un hôpital de jour gériatrique. Mais il pourrait devenir une clinique avec deux volets : une clinique de la mémoire, pour une évaluation de deuxième ligne, pour aider la première ligne lorsque les médecins ne peuvent pas poser de diagnostic ; et les infirmières cliniciennes (dans les GMF) pour un suivi auprès de la clientèle souffrant de maladie d'Alzheimer...Je pense qu'il va y avoir une belle place pour une expertise comme la gérontopsychiatrie. » (Gestionnaire du programme SAPA 1).*

Et d'autre par le rassemblement dans une gestion commune des SAG et UCDG :

*Il s'agit du renforcement et de la transformation, vers deux pôles d'expertise, avec la clinique de la mémoire et une révision des UCDG ... avec le support des médecins spécialistes neurologues, des corridors de service efficaces. (Les questions qui se posent sont :) Est-ce qu'on a les mêmes visions les mêmes orientations partout ? Est-ce qu'on admet la même clientèle ? Est-ce qu'on a suffisamment de lits ou trop de lits en région ? Est-ce que sept UCDGs c'est trop ou ce n'est pas assez ? Il faut vraiment re-questionner tout cela. ». (Gestionnaire du programme SAPA 1).*

La gérontopsychiatrie, à partir du site de Drummondville, va ainsi se déployer dans une logique de cogestion médico-administrative en cours de mise en place. Le contexte de gouvernance des soins est particulièrement transformé par, d'une part la structuration régionale des soins et services de santé mentale à partir des services de santé mentale de proximité et des soins et de l'hébergement spécialisés ; et d'autre part à travers des soins et services aux personnes âgées en perte d'autonomie en mutation<sup>114</sup>.

Dans ce cadre, le contexte de l'application du projet de loi 20<sup>115</sup> apporte un élément supplémentaire d'incertitude sur le temps médical réellement disponible<sup>116</sup> en structure d'évaluation gériatrique (considéré comme de la deuxième ligne) lors du passage de relais avec les jeunes médecins de famille au SAG et à l'URFI de Drummondville.

Enfin, un autre facteur important caractérisant la région Centre-du-Québec est sa dynamique citoyenne très active. Notre rencontre avec les membres composant la table régionale de concertation des aînés regroupe les tables de concertation de l'ensemble des RMC de la région<sup>117</sup>. Ces personnes représentent une force importante en matière de défense des droits des personnes âgées dans la collectivité locale, dont l'accès aux soins, le respect de la dignité et se

---

<sup>114</sup> Rassemblement sous la responsabilité d'un même cadre intermédiaire des UCDG et des SAG (gestion des mécanismes d'accès et soutien dans chacune des zones) ; rassemblement des services d'hébergement sous une direction adjointe en zone Nord et Sud ; rassemblement des services de soutien dans la communauté dans une direction adjointe respective aux zones Nord et Sud.

<sup>115</sup> Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée.

<sup>116</sup> Cette Loi impose aux jeunes médecins omnipraticiens de concentrer la majorité de leur temps en soins de première ligne. Lors de la rédaction de ce mémoire, le pourcentage de temps disponible au SAG n'est pas connu.

<sup>117</sup> Ces tables regroupent des organismes communautaires œuvrant à développer soutien et tissu social auprès des personnes âgées, parmi eux la FADOQ, des associations de retraités comme l'AREQ, l'AQDR : association de défense des droits de retraités, ou des organismes de soutien des proches aidants d'aînés comme l'APPUI (voir page ix la définition des sigles).

rapprochent des instances internationales comme le « Comité Global Action on Aging de l'ONU » (Fédération de l'âge d'or du Québec, 2015) pour la FADOQ : A la FADOQ, on a à peu près 22 000 membres de 55 ans et plus<sup>118</sup>, 68 clubs des cinq MRC .... Bien entendu la défense des droits, et aussi, les loisirs ». (Membre de la table régionale de concertation des aînés 2).

Les problématiques que rencontrent les personnes âgées souffrant de troubles mentaux sont parfaitement identifiées, comme l'accès aux soins, occasionnant souvent un certain retard dans le diagnostic et le traitement :

*Il y a aussi des limites. (Il se dit :) c'est normal, quand tu es vieux d'être dépressif ...mais non, ce n'est pas normal ! Il faut faire quelque chose ! Et toutes les nuances de la dépression ...la perte de mémoire.... Non elle est en dépression profonde... non, ce sont des troubles de la mémoire ...Mais là on a de la difficulté à départager les deux, et même au niveau des médecins, c'est très très difficile.... Et là on se questionne sur les troubles primitifs qu'est-ce qui est de l'ordre de la médication à ajuster dans tout ça....* (Membre de la table régionale de concertation des aînés 3).

L'accessibilité est une question, certes de ressources, mais aussi de compréhension de l'offre par l'ensemble des acteurs du système :

*Moi je vais parler en simple citoyenne...Dans un premier temps comprendre la complexité du système, savoir où on va tracer la ligne, cela prend presque six mois avant de comprendre.... Les gens ne sont pas de mauvaise foi, ils ne savent pas ! Il faut créer cette liste au guichet A après au guichet B, avec la liste d'attente très compliquée...Je pense que la collaboration avec les gens du milieu est plus importante...qu'on connaisse les listes, où se rendre facilement...cela serait idéal.* (Membre de la table régionale de concertation des aînés 4, appuyés par ses partenaires).  
*Il y a des privilèges, si on parle de santé mentale... (Nous sommes) au niveau plancher, les premiers à détecter les symptômes... donc à essayer d'utiliser le mieux possible les services* (Membre de la table régionale de concertation des aînés 4)

Et de nouvelles attentes émergent : les réponses aux problèmes de santé des aidants, le partenariat de soins et la déstigmatisation des troubles :

*Les besoins sont énormes, il faut « Déstigmatiser ! »... Cela prendrait une papamobile qui va (au plus près des personnes) ... il y a plein de gens qui ont un paquet de bobos qu'ils n'ont jamais voulu montrer parce qu'ils ont honte...Ici, ils ne sortent pas de leur maison pour venir en ville ! Au niveau de la ville il y a une meilleure sensibilisation, en ruralité ce sont les voisins qui se retrouvent avec les problèmes mais souvent les voisins ne voudront pas prendre en charge et commencer à amener la personne pour*

---

<sup>118</sup> Ces 22 000 membres représentent 48 % des personnes de plus de 65 ans dans la région Centre du Québec.

*se faire diagnostiquer, donc ils vont pallier aux besoins immédiats .... On a de la sensibilisation à faire dans les familles (Membre de la table régionale de concertation des aînés 4).*

En somme, l'ensemble de cette description diachronique de l'émergence de la gérontopsychiatrie à Drummondville et plus largement au sein du CIUSSS de la Mauricie-Centre-du-Québec, va nous permettre d'une part d'identifier les éléments différentiels avec celui de Sherbrooke et de la région de l'Estrie, et d'autre part d'identifier les forces en présence localement, ainsi que les alliances et les concurrences dans ces espaces cliniques et organisationnels, afin de proposer des recommandations pour son développement.

## 2. Créer une dynamique synchronique intégrative de la gériopsychiatrie en Mauricie-Centre-du-Québec

A partir de cette description diachronique de la gériopsychiatrie émergente offrant ses services dans l'espace social de Drummondville dans un premier temps, et ayant un potentiel de développement dans l'espace régional, nous pouvons identifier les alliances qui vont soutenir son émergence dans deux espaces privilégiés :

La première alliance est ancrée dans la spécialité dont elle est issue : la psychiatrie.

Contrairement à la dynamique observée à Sherbrooke lors de l'émergence de la gériopsychiatrie, l'espace social de la psychiatrie<sup>119</sup> est en attente de cette offre surspécialisée. A Drummondville, le Docteur Turcotte fait partie de cette équipe de psychiatre et a, en quelque sorte, apporté en son sein cette expertise bien venue.

Une forte différenciation caractérise le positionnement professionnel de cette équipe, montrant une cohésion sans faille face au partage des tâches, notamment des gardes. Une maxime exprimée par le médecin gériopsychiatre nouvellement arrivée dans cette équipe caractérise ce fonctionnement d'équipe : « *Dans cette équipe, c'est UN POUR TOUS ET TOUS POUR UN* ». Les psychiatres expriment ainsi l'arrivée en leur sein de cette surspécialiste : « *On est fier d'accueillir une surspécialiste* » ; « *On va faire attention à toi et je m'en assurerai* » (un médecin psychiatre), « *Tu représenteras un PLUS dans notre équipe* » (un médecin psychiatre, corroboré par l'ensemble des psychiatres de l'équipe).

Cette différenciation se montre aussi dans les pratiques vis-à-vis de ce qui est, ou a été expérimenté lors des contacts avec les milieux universitaires : « *Dans notre expérience (de milieu universitaire), la pré-évaluation de l'infirmière est tellement longue... Les recommandations ...on*

---

<sup>119</sup> L'équipe des psychiatres de Drummondville est composée de huit médecins psychiatres, une femme médecin pédopsychiatre, et une femme médecin gériopsychiatre. Cette équipe est considérée comme le fer de lance de la spécialité dans la région et un appui pour le déploiement du programme de santé mentale en dans le CIUSSS. Ces médecins psychiatres ont, de plus une influence forte dans l'espace élargi du CIUSSS car le médecin co-gestionnaire du programme de santé mentale du CIUSSS est issu de cette équipe.



*a vu 15 pages ...et en fait, avec toujours les mêmes conclusions. ».* Ainsi, la culture professionnelle de ce milieu peut être qualifiée par les mots rapidité, simplicité et réactivité.

La seconde alliance en construction est celle qui prend racine dans l'offre d'évaluation et de réadaptation gériatrique, au sein de l'espace clinique de la gériatrie au Centre d'hébergement George Heriot.

Deux facteurs principaux favorisent la construction de cette alliance : un changement de promoteur de l'évaluation gériatrique, amorçant un changement générationnel (jeunes médecin omnipraticiens et gériopsychiatre) et son corollaire : l'attente de nouvelles pratiques de collaboration. Le départ du docteur Boyer amène en effet une modification de la culture professionnelle dans l'espace clinique des soins aux personnes âgées. Son remplacement au sein du Centre Frederick-George-Heriot sera assuré par deux jeunes médecins de famille. Ce médecin sénior, promoteur de l'évaluation gériatrique à Drummondville, a d'ailleurs d'emblée ouvert les portes de cet espace clinique pour créer une complémentarité avec les jeunes omnipraticiennes. Ce changement, correspondant à l'arrivée du jeune médecin gériopsychiatre, modifie d'emblée les pratiques de collaboration.

Le médecin subsécialiste, en s'appuyant sur les forces et alliances cliniques et organisationnelles qui sont celles présentes dans l'espace de Drummondville, va devoir créer une dynamique identique à celle qui a posé les bases de la gériopsychiatrie dans l'espace social de Sherbrooke. Il s'agit de définir l'objet gériopsychiatrie, de créer une dynamique soutenant ce nouvel objet clinique dans cet espace social caractérisé, ainsi que les conditions de gestion facilitant son institutionnalisation.

### **Définir l'objet gériopsychiatrie**

Il est souvent admis que l'objectif d'un modèle clinique ou organisationnel, fruit de longues recherches et d'expérimentations, doit être appliqué à l'identique pour reproduire les résultats espérés. Bien souvent, ce n'est pas ce qui se produit. Seule la nécessité de la construction d'un modèle est transférable, pas son contenu exhaustif.

L'étude de notre cas d'exploration et sa réflexion sur notre terrain d'exploitation éclaire notre propos.

**1) La première étape de la définition de l'objet gérontopsychiatrie sera d'identifier et cibler la (ou les) population(s)<sup>120</sup> à laquelle (auxquelles) s'adresse cette nouvelle surspécialité.**

Dans le contexte de Sherbrooke, le choix initial de la fondatrice a été de privilégier la clientèle des personnes âgées présentant des troubles de santé mentale dans un contexte de démence, ou développant des problèmes psychiatriques après 65 ans. Ce choix a été un des points clés constitutif du modèle clinique développé. Il était guidé par l'absence de réponse apportée à cette population en souffrance et la possibilité de bénéficier de la dynamique de co-émergence avec la nouvelle discipline médicale qu'était la gériatrie et aussi avec les médecins de famille intéressés par les soins aux personnes âgées, et par la nécessité de circonscrire son activité pour contrôler les risques de dispersion et d'éclatement. Les patients suivis par le programme de psychiatrie avançant en âge bénéficiaient pour leur part d'une réponse existante, bien que non spécialisée, par leur psychiatre, les médecins gérontopsychiatres pouvant être consultés en soutien, soutien que ces derniers utilisent cependant à la marge<sup>121</sup>.

Dans le contexte de Drummondville, la double alliance clinique de départ (bien que différente) fonctionne tout autant qu'à Sherbrooke comme un ancrage local de cette nouvelle pratique. Elle permet ainsi aux patients suivis tant par le programme de santé mentale (patients psychotiques vieillissants ou développant des troubles de santé mentale après 55 ans), qu'aux patients s'adressant au système de soins pour une évaluation gériatrique, de bénéficier d'une expertise gérontopsychiatrique.

Le point fort de cette stratégie de démarrage est de pouvoir répondre d'emblée aux trois clientèles âgées concernées par l'offre de soins de gérontopsychiatrie, ce qui se trouve être en

---

<sup>120</sup> Rappel de la classification des trois populations de personnes âgées souffrant de troubles de santé mentale :

1. La clientèle dite clientèle 1, de patients présentant une problématique psychiatrique de longue date, qui un jour ont plus de 65 ans : schizophrènes chroniques, maladies affectives sévères, etc....
2. La clientèle dite clientèle 2, qui développe des problèmes psychiatriques après 65 ans : dépression majeure, mais sans antécédents, ou sans antécédents significatifs ;
3. Et la troisième clientèle : celle qui développe des symptômes psychiatriques associés à la démence, donc tout ce qu'on appelle symptômes comportementaux et psychologiques associés à la démence, dépression associée...

<sup>121</sup> Voir figure 3 page 57

cohérence avec les besoins démographiques et contextuels en région décrits dans la description du contexte régional et retrouvé dans l'annexe 1.

Le défi sera toutefois de gérer le caractère inflationniste de la demande lorsqu'elle va s'accroître dans l'ensemble des domaines et lieux d'intervention.

**2) En parallèle, la construction d'un modèle repérant dans l'environnement vient compléter la définition de l'objet gérontopsychiatrie.**

La fonction du modèle est bien entendu la même que celle de Sherbrooke, mais son contenu devra être adapté aux conditions locales. Ainsi ancré et défini, ce modèle a pour objectif de structurer les échanges dans cette microsociété clinique en transformation. Rappelons qu'il agit comme une membrane régulatrice, à la fois protectrice et favorisant les échanges nécessaires à son développement tout en maintenant la cohérence interne et externe.

Il s'agit bien de définir un style de pratique correspondant à la culture partagée à Drummondville, telle que nous l'avons identifiée : rapide, simple et réactif.

Comme dans l'espace clinique de Sherbrooke (avec le choix populationnel) le modèle clinique est la base de la « *juridiction* » (Abbott, 1995) régulant les échanges entre professionnels. Il va permettre d'assoir les règles de fonctionnement de cette nouvelle offre dans ses liens avec l'équipe de psychiatrie, ainsi que dans l'investissement de l'espace d'évaluation gériatrique du SAG en mutation, tout autant que la structuration des échanges avec les omnipraticiens, eux-mêmes exerçant leur pratique à la fois à l'intérieur (au sein du SAG, de l'URTF, de l'UCDG et de l'URFI) et à l'extérieur du système.

Le positionnement de consultant en soutien aux médecins « généralistes », omnipraticiens ou psychiatres, considérés comme le « noyau technique auprès du patient » est tout autant cohérent dans cet espace clinique que dans celui de Sherbrooke :

*Le patient qui a 72 ans, qui fait des dépressions à répétition, c'est le psychiatre qui va le suivre...pas de problématique complexe ! Tandis que le patient qui a 72 ans, qui fait des dépressions à répétition, et qui a une maladie de Parkinson...des troubles cognitifs, une insuffisance rénale... etc...là pour l'omnipraticien, cela peut devenir lourd...et c'est là que le gérontopsychiatre est le plus utile ! Les autres cas, les psychiatres sont très bon pour les suivre...c'est donc plus la clientèle qui présente des comorbidités, ou des profils cliniques complexes ! (Le médecin gérontopsychiatre fondatrice)*

La double fonction de ce positionnement est bien d'une part de créer des liens dans un processus respectant d'une part les frontières interprofessionnelles garantissant ainsi une non concurrence (Abbott, 1995), d'autre part les responsabilités et le lien privilégié médecin/ patient, le médecin envoyeur restant le pivot de la prise en charge.

Le modèle ainsi repéré et utilisé permet de créer les liens indispensables au transfert de connaissance à ce « noyau technique auprès du patient » :

*L'omnipraticien agit à titre de gestionnaire de cas. Il coordonne, demande des consultants, discute parfois avec eux mais la décision n'est pas intégrée ni multidisciplinaire à 100%. L'omnipraticien reste en charge (du patient) et décide souvent en solo..... Le gérontopsychiatre devrait être accessible, avec un plan de match clair pour demander les consultations, j'aimerais savoir quelle est son expertise, qu'on ne soit pas gênée de demander, que le gérontopsychiatre soit présent dans nos équipes et même en fasse partie !.....Je m'attendrais aussi à ce qu'elle puisse nous donner des formations ponctuelles et profiter de son expertise et idées. (Médecin omnipraticien 2).*

En effet, nous avons mis en évidence que la qualité du transfert de connaissance dépend de la force des liens construits entre surspécialiste et « généraliste ». La dynamique est ainsi initiée dès son début de pratique par le Docteur Turcotte dans l'espace clinique de Drummondville, tant auprès de ses collègues psychiatres « généralistes » lors des références de plus en plus nombreuses qu'elle reçoit, qu'auprès des omnipraticiens :

*Je prends le temps de discuter avec l'omnipraticien, d'expliquer pourquoi je fais cela...ils me posent des questions...et ils terminent avec enthousiasme en me disant : Ah, la prochaine fois que je verrai cela, je vais mieux savoir quoi faire...et je pense que c'est cela qui est important ! Ils ont besoin de ce soutien-là ...mais il faut quand même l'amener de façon humble ! (Le médecin gérontopsychiatre fondatrice).*

Cette jeune femme médecin gérontopsychiatre pourra ainsi s'appuyer, une fois son expertise confirmée, sur l'expérience de ces omnipraticiens afin de consolider son ancrage dans un espace clinique plus large.

Le défi de la construction de ce modèle réside, en l'absence d'un noyau dur clinique suffisamment étayé, et de par l'exercice solitaire du médecin surspécialiste, dans le risque de

dispersion ou d'éclatement pouvant devenir difficilement gérable lors de son extension géographique.

## **Tisser des liens dans l'environnement clinique et organisationnel**

### **1) Constituer un noyau dur de base porteur de la gérontopsychiatrie**

A l'instar de la dynamique d'émergence constatée dans l'espace clinique de Sherbrooke, la tâche première du médecin surspécialiste est de constituer localement un noyau dur de base porteur de la gérontopsychiatrie, dans le tissu social de Drummondville dans un premier temps.

Comme nous l'avons décrit dans la construction diachronique, cette jeune femme médecin débute seule sa pratique surspécialisée, c'est-à-dire sans pouvoir s'appuyer sur un autre professionnel de la gérontopsychiatrie. Le noyau dur de base sera donc constitué à travers les liens tissés solidement dès son début de pratique avec les omnipraticiens spécialisés en évaluation et réadaptation gériatrique (ancienne génération en passage de relais à la nouvelle génération), ainsi qu'avec les professionnels spécialisés expérimentés du Centre d'hébergement Frederick-George-Heriot : neuropsychologue, infirmière clinicienne...

Deux facteurs clés lui permettront de tisser ces liens :

- La légitimité professionnelle fondée sur le pouvoir de son expertise, c'est à dire la compétence unique lui permettant de répondre à des situations complexes et aigües dans lesquelles les professionnels utilisateurs se sentent bien souvent démunis.

Cette expertise s'appuie sur ce nouveau savoir, certifié par un diplôme, donnant une légitimité à cette surspécialisation dont le réseau va venir expérimenter les apports. De ces essais concluants va naître la nécessaire consolidation de la confiance mutuelle pour créer un système symbolique suffisamment fort venant soutenir le développement de cette nouvelle pratique. Il s'agit d'incarner cette expertise (Nonaka, 1994).

Cette incarnation est un premier moteur de cette dynamique, et son « carburant » est bien composé des caractéristiques du leadership porté par le leader clinique : capacité à décider, audace, entrepreneuriat, capacité à construire le collectif, à anticiper les conséquences sur le système des

interactions entreprises (Lapierre et al, 1992; Pitcher, 1997). Le médecin gérontopsychiatre aura à soutenir la création du modèle par ses qualités propres à être visionnaire (créer et donner une direction), démontrer audace et témérité pour garantir son autonomie, une capacité à décider et des qualités entrepreneuriales. Il s'agit de mobiliser son intuition pour donner une vision claire et inspiratrice pour les autres.

- La possibilité de s'inscrire dans deux territoires professionnels, la santé mentale et les soins et services aux personnes âgées en perte d'autonomie, lui conférant un pouvoir lié à l'étendue des structures utilisatrices (Abbott, 1995).

Trois défis se posent alors au médecin gérontopsychiatre dans cette micro société clinique :

- Construire son autonomie dans l'interdépendance. L'indépendance de la gérontopsychiatrie d'avec sa discipline d'origine, garantissant les conditions favorables de l'émergence et du déploiement à Sherbrooke ne peut être posée de manière identique dans l'espace de Drummondville, et la recherche d'indépendance avec la psychiatrie, ayant été le soutien du développement de la gérontopsychiatrie à Sherbrooke, doit donc être envisagée de manière différente. Un contrat social avec l'équipe des psychiatres<sup>122</sup> a été anticipé en amont de sa prise de poste par la jeune femme médecin en charge du développement de la gérontopsychiatrie à Drummondville :

*Il faut faire attention à ne pas te surcharger ; tu peux essayer quelques mois d'être sur la liste de gardes<sup>123</sup> mais si tu constates que tu te ramasses avec une grosse cohorte de patients non-géronto et que cela bloque tes plages en clinique externe, tu nous le dis et tu cesses cette tâche voilà tout. On s'entend tous là-dessus (un médecin psychiatre de l'équipe).*

- Maintenir son expertise par une pratique surspécialisée suffisante au démarrage.

Nous pouvons ici identifier comme un « objet frontière » (Abbott, 1995; Abbott, 2003) cette question des gardes<sup>124</sup> partagées avec les médecins psychiatres. Le défi sera, pour elle, de maintenir

---

<sup>122</sup> De plus, ce contrat social est défini dans le cadre du PREM unique de psychiatrie, l'exercice de cette surspécialité ne disposant pas d'un cadre légal identifié pour la gérontopsychiatrie.

<sup>123</sup> Tour de garde assuré seulement en fin de semaine assuré (avec relais des patients par les psychiatres de l'équipe à tour de rôle)

<sup>124</sup> Rappelons que le PREM de gérontopsychiatrie, contrairement à la pédopsychiatrie, n'a pas encore de reconnaissance légale.

une pratique suffisante de surspécialiste en gérontopsychiatrie en ne permettant pas un empiètement par le suivi d'une cohorte de patients relevant de la psychiatrie adulte dans sa pratique, notamment en période de manque de psychiatre.

- S'inscrire dans une culture de forte indépendance partagée par les omnipraticiens expérimentés.

Comme nous le précisons dans notre exposé des résultats de l'étude du terrain d'exploration, pour accompagner la phase d'institutionnalisation, l'aptitude à être en phase avec la culture du milieu est fondamentale. La capacité présentée par cette jeune femme médecin à être près des gens par la simplicité des échanges et la générosité correspond à la valeur partagée dans l'espace professionnel de Drummondville. L'est tout autant sa capacité à donner sens à l'action, son jugement raisonnable et son ouverture d'esprit, tout autant que sa ténacité, sont des qualités essentielles pour créer le collectif.

## **2) Anticiper une stratégie de développement progressive**

La définition d'une stratégie de développement à partir de ce noyau solide qu'est ce premier cercle concentrique (Drummondville) est donc essentiel pour garantir la solidité à venir de la réponse régionale (Abbott, 1995; Nonaka, 1994). La qualité de visionnaire dont dispose le leadership clinique de cette jeune femme médecin surspécialiste prend ici toute son importance et son acuité.

En effet, lors de chacune des extensions des cercles de pratique, des alliances seront à construire et des liens nouveaux seront à consolider, selon les mêmes processus de création de la confiance nécessaire au partage des savoirs que nous avons nommé transfert de connaissances.

Ces liens privilégiés ne peuvent être construits avec l'ensemble des sites en même temps, même si le périmètre géographique d'une heure de distance est défini préalablement. Cette stratégie découle de la logique de développement du CIUSSS, tant dans le programme de Santé mentale que dans celui du programme SAPA, et devra converger des éléments de contexte et de la dynamique interne, tant professionnelle qu'organisationnelle, comme nous l'avons vu à Sherbrooke.

Le premier cercle. La réponse aux besoins surspécialisés dans le cadre de la mutation des SAGs vers des cliniques de la mémoire est un premier cercle possible. Il s'annonce de fait avec le

mouvement de transformation en cours et un groupe projet doit commencer son travail à l'automne 2016. En effet, dans cet espace intermédiaire, des liens privilégiés pourront être tissés avec un autre espace professionnel partenaire dont la fonction est inter reliée avec la gérontopsychiatrie : les gériatres, surspécialistes également (Royal college of physicians and surgeons of Canada, 2015), exerçant en région. Ce mouvement agrandira ainsi le cercles des espaces professionnels et le tissage de liens multiples ;

Le second cercle sera la réponse aux équipes de psychiatrie de Victoriaville (Arthabasca-de-L'Érable en zone sud) et de Trois Rivières (en zone centre et à une heure de distance).

Le troisième cercle sera la réponse aux autres CHSLD, localement dans l'espace de Drummondville, puis en zone sud progressivement.

Il est fondamental, même si le facteur temps est essentiel dans le développement de cette nouvelle pratique, d'avoir élaboré dès le début cette stratégie de développement afin qu'elle serve de guide, de fil conducteur dans ces étapes successives. La qualité de visionnaire déployée par le leadership clinique pend ici toute son importance.

Nous le reprendrons plus loin, mais il est important de souligner ici que cette construction d'une stratégie de développement jouera un rôle d'« objet frontière » entre la vision clinique portée par le médecin gérontopsychiatre et celle déployée par l'encadrement organisationnel.

Deux défis se posent alors :

- Gérer la tension entre la vision locale de la pratique surspécialisée de la gérontopsychiatrie portée par l'équipe des psychiatres et la stratégie de développement régionale :

*Nous, on aimerait que son point de service soit en clinique externe parce que cela va être beaucoup plus convivial. Le support avec ses collègues va être beaucoup plus facile...on va pouvoir ...la collégialité va être beaucoup plus intéressante...C'est sûr qu'elle va passer une bonne partie de son temps au CHSLD...mais je pense que c'est important que son point d'ancrage soit en clinique externe de psy. Parce qu'on a souvent des cas à discuter. On se parle souvent des cas complexes... Parce que se retrouver seul...ça c'est le pire de cas qui puisse arriver de se retrouver seul. (un médecin psychiatre de l'équipe).....Je pense qu'on va rester local, et cela va rester longtemps ! (Médecin psychiatre 2).*

- La limite imposée par l'exercice solitaire au sein du noyau dur de base de gérontopsychiatrie.



## **Faciliter l'institutionnalisation par une dynamique organisationnelle de type « hypertexte »**

Quatre points clés seront à développer pour institutionnaliser le changement dans une dynamique organisationnelle de type « hypertexte » (Nonaka, 1994) : utiliser le mouvement de transformation organisationnel de l'évaluation gériatrique au sein du CIUSSS ; partager la fonction de « *middle manager* » ; déployer les liens académiques de la région ; utiliser les attentes citoyennes, mettre en place le partenariat de soins en gérontopsychiatrie.

### **1) Utiliser le mouvement de transformation organisationnel de l'évaluation gériatrique au sein du CIUSSS**

La transformation de l'espace organisationnel du CIUSSS est ainsi sans nul doute à considérer comme une force d'institutionnalisation à utiliser (et plus particulièrement, la restructuration du programme SAPA et la transformation structurelle des SAG en cliniques de la mémoire). En effet, ce mouvement représente une force dynamique propice à l'arrimage de la nouvelle pratique qu'est la gérontopsychiatrie émergente. Le temps est toutefois nécessaire pour que les structures se mettent en place dans un espace historiquement éclaté en autant de zones que d'ex CSSS et culturellement non homogène.

Le défi rencontré ici va probablement être celui de la concordance des temporalités entre le temps nécessaire à l'ancrage local de la gérontopsychiatrie dans l'espace de Drummondville et la représentation des temporalités liées aux objectifs de développement des directions adjointes dans l'espace géographique régional.

Cette différence est évidente et doit être prise en compte dans les plans stratégiques de développement, indiscutablement. Les rythmes de cette spirale ascendante doivent être conscientisés, discutés pour maintenir l'évolution souhaitée, mais l'espace nécessaire à la création clinique, dans les rouages qui lui sont propres, doit également être respecté.

### **2) Investir la fonction de « champion » (Mintzberg, 1998) du collectif dans l'espace du « *middle management* » (Nonaka, 1994)**

A l'instar du développement de la gérontopsychiatrie à Sherbrooke, le médecin va jouer ce rôle de « middle manager » dans ce premier temps de pratique en participant, notamment, aux groupes de travail organisés dans cet espace intermédiaire<sup>125</sup>.

Sa double appartenance culturelle à la science médicale et au management a non seulement initié ce travail de recherche, mais lui permet une compréhension pointue des dynamiques en jeu. Toutefois, ce double positionnement a ses limites et ce médecin spécialiste ne pourra cependant pas être à la fois sur le terrain clinique et organisationnel en même temps sans s'épuiser rapidement et risque de ne pas lui permettre de développer sa pratique dans sa fonction de soutien des professionnels du réseau et de ce fait, ne pouvoir assurer qu'une pratique parallèle de médecin surspécialiste en solo.

De par ses qualités personnelles, son leadership en cohérence avec les attentes du milieu, les réussites de l'implantation locale, son implantation dans deux territoires professionnels et du fait de la large vision qu'elle aura développé entre ces deux « mondes » symboliques<sup>126</sup>, ce médecin gérontopsychiatre est en bonne position dans l'espace régional pour jouer ce rôle de champion dont nos organisations professionnelles soignantes ont besoin pour innover (Mintzberg, 1998). Un exemple vient corroborer ces affirmations : la question des conditions d'hospitalisation de ces personnes âgées aux comportements perturbateurs et en perte d'autonomie se constituant en « objet frontière » faisant évoluer les cadres admis. En effet, les conditions d'hospitalisation en unité de psychiatrie ne répondent pas à la dépendance physique de ces personnes. Les équipes de l'UCDG ne sont pas familières à leurs comportements. Des solutions innovantes apparaissent, grâce aux premiers résultats de la présence d'un gérontopsychiatre dans l'espace clinique : ces patients sont hospitalisés et suivis par un psychiatre ou le gérontopsychiatre dans les unités du Centre d'hébergement Frederick-George-Heriot, soit à l'URTF, soit en unité de CHSLD.

Afin de soutenir le développement de cette nouvelle pratique et son extension cohérente, le travail d'un groupe collégial inter programme santé mentale et SAPA semble s'imposer. Ce nouvel espace intermédiaire aura pour fonction de créer un espace de créativité, de « justifier »

---

<sup>125</sup> Notons que la participation au groupe projet de transformation des SAG en cliniques de la mémoire a été sollicitée par la direction adjointe SAPA pour l'automne 2016.

<sup>126</sup> Le monde symbolique de la santé mentale et le monde symbolique du soutien à la personne âgée en perte d'autonomie.

(Nonaka, 1994) cette nouvelle connaissance, de « combiner » et d'articuler les visions du « parapluie conceptuel » (Nonaka, 1994) défini par la direction des deux programmes de soins et services, ainsi que les logiques cliniques et organisationnelles. Dans cette organisation « middle-up-down » (Nonaka, 1994).

Le travail de ce groupe sera de proposer à l'organisation une réponse aux défis suivants :

- Créer un outil de régulation des demandes efficient est une responsabilité bien entendu clinique, et des mécanismes doivent être construits pour évaluer la pertinence des demandes et leur orientation si nécessaire<sup>127</sup>. Cette régulation est en effet fondamentale pour jouer un rôle de barrière, de protection du noyau dur de base ;

- Développer l'informatisation des données médicales pour une mise à disposition de tous les utilisateurs (médecins psychiatres, médecins omnipraticiens en GMF, au SAG, à l'URTF, à l'URFI, à l'UCDG, gestionnaires de cas...) des comptes rendus d'évaluation du médecin gérontopsychiatre. Cette informatisation des données médicales et son accès par l'ensemble des professionnels concernés est un vecteur très important, comme nous l'avons décrit en région de l'Estrie, dans l'institutionnalisation de la gérontopsychiatrie. Il doit bien entendu être construit à l'échelle régionale ;

- Créer un système de monitoring de la réponse de cette nouvelle offre à ses deux clientèles par un suivi d'indicateurs pertinents et fiables<sup>128</sup> permettant de suivre le développement stratégique et opérationnel de cette nouvelle offre est essentiel.

Les défis actuels consistent en une absence de soutien technique au médecin surspécialiste et en une absence d'alliance organisationnelle avec l'encadrement intermédiaire.

### **3) Déployer les liens académiques existants dans la région**

Le contexte académique, nous l'avons précisé, est différent de celui présent dans l'espace social de Sherbrooke. La présence de résidents est bien évidemment tout aussi importante pour

---

<sup>127</sup> Nous avons constaté qu'une régulation à distance comme le guichet d'accès en santé mentale (GASM) préconisé par le PASM (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2005, 2015a) est inopérante pour la gérontopsychiatrie en Mauricie.

<sup>128</sup> Suivi de la réponse de la gérontopsychiatrie aux trois populations de personnes âgées concernées par l'offre ; suivi des médecins utilisateurs de l'offre (omnipraticiens en GMF, psychiatres, gériatres, équipes de CHSLD...)

jouer son rôle d'inscription de cette nouvelle offre dans son environnement et dans le transfert de connaissances dans la région.

Le premier lien est naturellement celui existant avec l'Université de Sherbrooke, du fait du positionnement de Drummondville dans le RUIS de l'université et l'habitude de recevoir des résidents de psychiatrie au sein de l'équipe de psychiatres.

Le second lien sera à conforter avec l'Université de Montréal<sup>129</sup>. Il devrait se faire aussi naturellement par les liens déjà construits par le Docteur Turcotte, pendant sa formation de gériopsychiatre, avec l'équipe des gériopsychiatres en charge de la formation universitaire.

De plus, des téléconsultations de gériopsychiatrie sont assurées à Shawinigan, en zone Nord, par l'équipe de gériopsychiatres de l'Institut Universitaire de gériatrie de Montréal, équipe avec laquelle le Docteur Turcotte est en lien depuis sa formation.

D'ailleurs, ce processus a été initié à l'hiver 2015. Le Docteur Turcotte a été nommée Professeur d'Enseignement Clinique (PEC) par l'Université de Sherbrooke et assure la supervision d'étudiants du niveau de l'externat et de la résidence, incluant également un cours spécifique au sujet des démences.

La participation aux réunions collectives organisées par la direction de l'enseignement au sein du CIUSSS, ou par les Universités est essentielle à la construction de ces liens et au développement de la formation académique pratique en gériopsychiatrie.

#### **4) Mettre en place le partenariat de soins en gériopsychiatrie en utilisant les attentes citoyennes et les compétences communautaires locales**

Nous l'avons décrit dans l'espace diachronique, l'espace citoyen que représente la table des aînés est un espace insuffisamment utilisé par les professionnels soignants.

La table des aînés peut devenir un tremplin pour la mise en place d'un partenariat de soin pouvant être proposé aux aidants apportant la compétence de leur vécu, de la connaissance des filières existantes, en complément plus spécialisé aux associations d'aide aux aidants régionales.

---

<sup>129</sup> Rappelons que la zone géographique de Trois Rivières dispose d'un partenariat avec la Faculté de médecine de l'Université de Montréal (campus décentralisé en région). La direction de l'enseignement universitaire et de la recherche du CIUSSS devrait permettre de faciliter les liens.

La réponse à ces attentes citoyennes devra suivre deux voies :

- La première sera de développer une collaboration avec la table de concertation des aînés, en lien avec les professionnels constituant le « noyau technique auprès du patient », dans un but de déstigmatisation des troubles, d'amélioration de l'accès aux soins et de la connaissance des filières d'accès ;

- La seconde sera de mettre en place le partenariat de soins avec l'utilisateur et son entourage, à partir de données probantes existantes<sup>130</sup> sur le partenariat de soins avec le patient et son entourage dans le cadre des troubles de santé mentale des aînés<sup>131</sup>, bien évidemment en lien avec les directions santé mentale et SAPA du CIUSSS.

Tant les usagers partenaires que les membres de l'espace communautaire peuvent jouer un rôle charnière, celui d'un « objet frontière » pour faciliter l'accès aux soins des personnes âgées et leur entourage familial ou amical, et faciliter l'acceptation des soins de gérontopsychiatrie, bien évidemment via leur médecin « généraliste »<sup>132</sup>.

### **5) Soutenir le processus de légalisation de la gérontopsychiatrie dans la province du Québec, en lien avec l'Association des psychiatres du Québec.**

Le défi présenté ici est bien que la dynamique intégrative présentée dans ce modèle soit limitée dans son développement par l'absence de rémunération de l'activité dédiée au transfert de connaissance.

En effet, comme nous l'avons précisé plus haut, il n'existe pas de PREM spécifique pour la gérontopsychiatrie, et par conséquent, la RAMQ ne prévoit pas de rémunération de gérontopsychiatre référent, comme cela existe pour la pédopsychiatrie.

---

<sup>130</sup> Au Québec, au Canada et à l'étranger.

<sup>131</sup> À l'instar de ce qui a été développée sur le partenariat de l'utilisateur via les RUIS de l'Université de Montréal (Pomey et al, 2015) ou le « Programme québécois Pairs Aidants réseau » développé par l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale.(Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, 2016)

<sup>132</sup> En juillet 2016, le comité conseil de la table des aînés a sollicité le Docteur Turcotte pour la publication d'un article dans leur journal local nommé : « *Le propageur* ». D'autres actions d'information, de sensibilisation à visée de déstigmatisation, de travail en commun et avec les équipes de soins communautaires du CIUSSS dans le but d'informer sur les filières d'accessibilité aux soins devraient suivre.

Un travail par l'association des psychiatres du Québec (AMPQ) est en cours, mais le processus de légalisation doit être soutenu par l'ensemble de la communauté des psychiatres<sup>133</sup>. Il existe effectivement un certain paradoxe entre les recommandations du PASM 2015-20120, plaçant les gérontopsychiatres dans un rôle de soutien et de déploiement de leurs connaissances auprès de la première ligne et l'absence de modalités de rémunération pour le faire.

Les résultats d'études médico-économiques solides nous manquent pour évaluer aujourd'hui l'impact des actions de transfert de connaissance sur la réduction des hospitalisations chez les patients bénéficiant d'une co-évaluation ou d'un suivi conjoint, ainsi que des comorbidités évitables pour les patients.

Ces recherches seront sans doute à prioriser dans les prochaines années.

---

<sup>133</sup> Rappel : La force de représentation des gérontopsychiatres reste faible (33 médecins au Québec seulement en 2015), et l'ensemble de la communauté psychiatrique doit être mobilisée.

### 3. Synthèse des recommandations

Nous nous proposons de présenter une synthèse des forces, défis et recommandations pour le soutien de l'émergence et le développement de la gérontopsychiatrie en région Mauricie-Centre-du-Québec à travers le tableau suivant :

<b>DEFINIR L'OBJET GERONTOPSYCHIATRIE</b>	
<b>Idée force :</b> Un modèle ne peut être reproduit à l'identique. Il doit s'appuyer sur les forces porteuses locales, cliniques, organisationnelles et symboliques	
<b>Les forces</b>	Exhaustivité de l'accès pour la clientèle de plus de 65 ans souffrant de troubles de santé mentale complexes.
<b>Les défis</b>	Gérer les demandes (évaluer sa pertinence) et le caractère inflationniste du modèle : risque de dispersion et d'éclatement au fur et à mesure de leur augmentation.
<b>Les recommandations</b>	<p>1 / Finaliser le modèle clinique proposé par la gérontopsychiatrie émergente, fondé sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le critère de complexité et de comorbidité de la situation clinique</li> <li>- Un positionnement de consultant, en soutien du « noyau technique auprès du patient », proposant des recommandations cliniques (médicamenteuses et non médicamenteuses)</li> </ul> <p>La souplesse du modèle devra permettre un positionnement plus impliqué pouvant inclure une co prise en charge avec le médecin demandeur.</p>

	<p>2 / Diffuser le modèle auprès de l'ensemble des médecins psychiatres, omnipraticiens en GMF, auprès de l'équipe de l'UCDG<sup>134</sup>, les omnipraticiens exerçant en CHSLD et les équipes soignantes<sup>135</sup> pour consolidation de l'ancrage dans les deux programmes de soins ;</p> <p>3 / Diffuser le modèle auprès des gestionnaires des deux directions adjointes de santé mentale et SAPA des zones Sud et Centre de la région Mauricie-Centre-du-Québec.</p>
	<p>4 / Définir les fonctions et compétences des membres du noyau dur de base de gérontopsychiatrie qui permettra le développement du modèle, en cohérence avec la culture du milieu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infirmière clinicienne dont la fonction sera un rôle de pivot d'expertise, orientée sur le transfert de connaissance aux collègues et équipes constituant le « noyau technique auprès du patient » (élaboration des outils d'évaluation, formation des équipes, soutien aux méthodes non médicamenteuses...) et non sur la pré-évaluation nursing, sauf demande et besoin particulier.</li> <li>- Secrétariat assurant la coordination et la transmission des informations auprès des utilisateurs.</li> </ul> <p>Une importance particulière sera portée, lors du recrutement, sur la complémentarité des caractéristiques du leadership de ces collaborateurs avec celle du leader clinique.</p>

<sup>134</sup> Rappelons que ces mêmes omnipraticiens hospitalisent les patients âgés à l'UCDG et en gardent la responsabilité clinique et ont pour la plupart une double activité en GMF et en CHSLD.

<sup>135</sup> Même si le médecin omnipraticien exerçant en CHSLD reste le prescripteur de la demande de consultation du gérontopsychiatre, les infirmiers suggèrent ou orientent souvent le médecin.



## TISSER DES LIENS DANS L'ENVIRONNEMENT CLINIQUE ET ORGANISATIONNEL

**Idée force :** A partir d'un noyau dur de base, construire les conditions soutenant son expansion.

<b>Les forces</b>	<p>Une légitimité conférée par une expertise reconnue par la formation de surspécialiste.</p> <p>L'investissement de deux territoires professionnels dans une dynamique en spirale.</p>
<b>Les défis</b>	<p>Construire son autonomie dans l'interdépendance, et gérer la tension entre la vision locale de la pratique surspécialisée de la gérontopsychiatrie portée par l'équipe des psychiatres et la stratégie de développement régionale.</p> <p>S'inscrire dans une culture de forte indépendance partagée par les omnipraticiens expérimentés.</p> <p>Maintenir son expertise par une pratique surspécialisée suffisante au démarrage.</p> <p>La limite imposée par l'exercice solitaire au sein du noyau dur de base de gérontopsychiatrie.</p>
<b>Les recommandations</b>	<p>5 / Utiliser ses qualités de leadership pour incarner cette expertise pour créer un système symbolique suffisamment fort soutenant le développement de cette nouvelle pratique</p> <p>6 / Constituer un noyau dur de base, dans un premier temps en s'appuyant sur les ressources locales au SAG (psychologue et neuropsychologue), ainsi qu'en clinique de psychiatrie (structure d'évaluation des demandes).</p>

	7 / Construire son autonomie dans l'interdépendance avec la psychiatrie et maintenir son expertise par une pratique surspécialisée suffisante en ce début de pratique.
	8 / Anticiper et rendre visible la stratégie de développement progressive en trois cercles concentriques à partir de ce noyau solide constitué à Drummondville.
	9 / Construire un partenariat avec les gériatres exerçant en région Mauricie-Centre-du-Québec, autre surspécialité pouvant utiliser ce même modèle de déploiement régional de leur expertise.

<p><b>FACILITER L'INSTITUTIONNALISATION PAR UNE DYNAMIQUE ORGANISATIONNELLE « HYPERTEXTE » (Nonaka, 1994)</b></p> <p><b>Idée force :</b> Utiliser le modèle dynamique de l'organisation hypertexte de Nonaka pour déployer et institutionnaliser cette nouvelle offre clinique en région Mauricie-Centre-du-Québec</p>	
<b>Les forces</b>	Le mouvement dynamique de transformation de l'espace clinique de l'évaluation des personnes âgées en perte d'autonomie.
<b>Les défis</b>	<p>Absence de soutien technique au médecin surspécialiste</p> <p>Absence d'alliance organisationnelle avec l'encadrement intermédiaire</p> <p>Concordance des temporalités entre le temps nécessaire à l'ancrage local de la gérontopsychiatrie et la vision de développement des directions adjointes, notamment des soins et services aux personnes âgées en perte d'autonomie.</p> <p>Absence de modalités de rémunération du temps de l'expert gérontopsychiatre consacré au transfert de connaissance</p>

<b>Les recommandations</b>	10 / Utiliser le mouvement de transformation organisationnel de l'évaluation gériatrique au sein du CIUSS (espaces de création et d'alignement des logiques cliniques et organisationnelles)
	11 / Investir la fonction de « champion » du collectif, et Solliciter la mise en place d'un groupe collégial inter programme santé mentale et SAPA pour :  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Créer un outil efficient de régulation des demandes</li> <li>- Développer le partage informatisé des résultats cliniques (Compte rendus des consultations de gérontopsychiatrie) pour une mise à disposition de tous les utilisateurs</li> <li>- Créer un système de monitoring de la réponse de cette nouvelle offre à ses deux clientèles par un suivi d'indicateurs pertinents et fiables</li> </ul>
	12 / Déployer les liens académiques existants dans la région avec l'Université de Sherbrooke et l'Université de Montréal.
	13 / Mettre en place le partenariat de soins en gérontopsychiatrie en utilisant les attentes et actions citoyennes locales, en lien avec le « noyau technique auprès du patient et de son entourage » les directions santé mentale et SAPA du CIUSSS de la Mauricie-Centre-du-Québec, et la Table de concertation des aînés du Centre du Québec, et de la Mauricie.
	14 / Soutenir le processus de reconnaissance de la gérontopsychiatrie dans la province du Québec, notamment auprès de la RAMQ, en lien avec l'AMPQ (Association des médecins psychiatres du Québec)

Tableau 5 : Synthèse des recommandations pour le soutien de l'émergence et le développement de la gérontopsychiatrie en Mauricie-Centre-du-Québec.

## Chapitre 6 : CONCLUSION

L'objectif général de cette recherche que nous avons poursuivi dans ce mémoire de maîtrise était de déterminer les facteurs facilitant l'implantation d'un programme de soins intégrés de gérontopsychiatrie et en tirer des recommandations pour Drummondville.

Cet objectif a été atteint par deux approches portées par un modèle conceptuel de l'intégration des soins. La première a été, par une analyse en profondeur, de décrire une structure diachronique permettant d'identifier les forces porteuses de développement de la pratique de la gérontopsychiatrie dans l'espace social d'abord de Sherbrooke, puis de Drummondville afin d'en identifier les différences de contexte. La seconde a été d'identifier la dynamique déployée par les différentes sphères professionnelles en interrelation. Ces deux approches nous ont permis d'identifier les forces et les défis sur lesquels s'appuient nos recommandations.

Notre premier constat est celui de l'interpénétration des facteurs cliniques, organisationnels et symboliques que nous avons présentés en boîtes séparées s'influençant les unes les autres. Plus qu'une influence, il s'agit plutôt d'une imbrication que nous pouvons représenter par une spirale ascendante de composition de liens et de couleurs différentes.

Notre deuxième constat porte sur le fait qu'un modèle ne peut être reproduit à l'identique d'une situation locale sur une autre. Seule la nécessité de construire un modèle adapté au contexte local est reproductible, et doit s'appuyer sur les forces porteuses locales, cliniques, organisationnelles et symboliques, à partir des forces et faiblesses identifiées dans un autre modèle construit.

Notre troisième constat porte sur le fait qu'il est possible de diffuser à partir d'un noyau dur de base, dans des conditions soutenant son expansion, c'est-à-dire des liens suffisamment éprouvés et solides, tenant compte du temps nécessaire à la construction de ces liens, tant entre espaces professionnels cliniques qu'organisationnels.

Notre dernier constat consiste en la nécessité d'utiliser le modèle dynamique de l'organisation hypertexte de Nonaka pour déployer et institutionnaliser cette nouvelle offre clinique en région.

Nos principales recommandations portent sur l'importance de :

- Rendre visible le modèle clinique de développement de cette nouvelle offre, afin de l'ancrer dans l'espace local clinique et organisationnel, puis dans l'espace régional;
- Tisser les liens assurant son développement : définir le noyau dur de base porteur de ce développement, utiliser ses qualités de leadership afin d'incarner cette expertise et construire son autonomie dans l'interdépendance, développer un partenariat avec les médecins gériatres exerçant en région ;
- Anticiper et rendre visible la stratégie de développement de cette nouvelle pratique au sein de l'espace régional ;
- Faciliter l'institutionnalisation par une dynamique organisationnelle que Nonaka (1994) qualifie d'« hypertexte » : utiliser les dynamiques organisationnelles, investir la fonction de « champion du collectif » (Mintzberg, 1998) pour créer un outil de régulation des demandes, développer le partage informatisé des conclusions médicales, créer un système de monitoring de la réponse de cette nouvelle offre, déployer et utiliser les liens académiques, utiliser les attentes citoyennes et mettre en place un partenariat de soins ;
- Soutenir le processus de reconnaissance de la gérontopsychiatrie au Québec, notamment auprès de la RAMQ, en lien avec l'AMPQ (Association des médecins psychiatres du Québec).

## Bibliographie

- Abbott, A. (2003). Écologies liées : à propos du système des professions. Dans Éditions de la Maison des sciences de l'homme (dir.), *In Menger, P. (Ed.), Les professions et leurs sociologies : modèles théoriques, catégorisations, évolutions* (p. 274). Repéré à <http://books.openedition.org/editionsmsmh/5721>
- Abric, J. (2003). La recherche du noyau central dans les représentations sociales. *ERES Hors collection*, 59-80.
- Agence de la Santé et Services Sociaux de la Mauricie-Centre-du-Québec (2007). *Cadre de référence intégré : complément de la mise en oeuvre 2005-2010 des services aux personnes âgées de la Mauricie-Centre -du-Québec*. Québec: Agence de la Santé et Services Sociaux de la Mauricie-Centre-du-Québec. Repéré à [http://www.agencesss04.qc.ca/images/images/documents/2007/cadredereferenceintegre\\_mai%202007\\_original.pdf](http://www.agencesss04.qc.ca/images/images/documents/2007/cadredereferenceintegre_mai%202007_original.pdf)
- Agence de santé et services sociaux de l' Estrie. (2005). *Programmes-services santé mentale : contexte, orientations générales et plan régional de mise en oeuvre*. Document inédit.
- Agence de santé et services sociaux de la Capitale Nationale (2010). *Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) : bilan de la démarche*. Québec: Agence de santé et services sociaux de la Capitale Nationale.
- Agence de santé et services sociaux de la Capitale Nationale (Dir.). (2006). *Projet Régional d'organisation de services intégrés : volet de mise en oeuvre*. Québec: ASSS Capitale Nationale.
- Agence de santé et services sociaux de la Mauricie-Centre-du-Québec (2011). *Plan stratégique 2010-2015 de la Mauricie et du Centre-du-Québec* Québec: Agence de la Santé et Services Sociaux Mauricie-Centre-du-Québec.
- Agence de santé et services sociaux de Montréal (2011). *Santé Mentale et vieillissement : plan de mise en oeuvre à Montréal*. Agence de santé et services sociaux de Montréal.
- Agence de santé et services sociaux de Montréal (2013). *Constats et recommandations concernant l'accès et la continuité des services de Santé Mentale à Montréal*. Agence de santé et services sociaux de Montréal.
- Ahgren, B. et Axelsson, R. (2005). Evaluation integrated health care : a model for measurment. *International Journal of Integrated care*, 5(08), 1-9.
- Alimo-Metcalf, B. (1998). 360 degree feedback leadership and development. *International Journal of selection and assessment*, 6(1), 35-44.
- Anderson, R., Reuben, R. et Daniel, J. (2000). Managing Health Care Organizations : where professionalism meets complexity science. *Health care and manage Rev*, 25(1), 83-92.
- Andersson, J. et al, e. (2012). Actor of arena : constructing translations of a law on interorganizational integration. 26(6), 77-793.

- Association médecins gériatres du Québec (2012). *Les Gériatres au Québec à l'aube du vieillissement démographique*. Repéré à [http://www.amgq.ca/telechargement/Documents/Le Geriatre au Quebec/G LesGeriatresAuQuebec Doc2\\_v6\\_SansFiligrane.pdf](http://www.amgq.ca/telechargement/Documents/Le_Geriatre_au_Quebec/G_LesGeriatresAuQuebec_Doc2_v6_SansFiligrane.pdf)
- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (2014). *Les quatre visages du DSP*. Repéré à [https://www.amq.ca/images/Medecins-gestionnaires/DSP/Role-DSP/2.1.1.1\\_Quatre\\_visages\\_du\\_DSP\\_-\\_VF\\_2014-06-13.pdf](https://www.amq.ca/images/Medecins-gestionnaires/DSP/Role-DSP/2.1.1.1_Quatre_visages_du_DSP_-_VF_2014-06-13.pdf)
- Association québécoise pour la réadaptation psychosociale. (2016). Pairs Aidants réseau. Repéré à <http://aqrp-sm.org/pairs-aidants-reseau/>
- Banque de données des statistiques officielles. (2015). Vieillesse: réalités sociales, économiques et de santé. Repéré à <http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/vitrine/vieillesse/index.html?theme=population&tab=4>
- Beck, U. (2001). *La société du risque, sur la voie d'une autre modernité*. Paris: Aubier Editions (1re ed. Suhrkamp Verlag, 1986).
- Béland, F., Bergman, H., Lebel, P., A. Mark Clarfield, A. M., Tousignant, P., Contandriopoulos, A. P. et Dallair, L. (2006). A System of Integrated Care for Older Persons with disabilities in Canada : results from a randomized controlled trial. *Gerontological Society of America*, 61A(4), 367–373.
- Bergman, H. et al., e. (2009). *Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : Une vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence*. Québec, Canada: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Blake, R. et Mouton, J. (1964). *The managerial grid : key orientations for achieving production through people*. Houston, Texas: Gulf Pub. Co.
- Boon, H., Verhoe, M., O'Hara, D. et Findlay, B. (2004). From parallel practice to integrative health care : a conceptual framework. *BMC Health Services Research*, 4(15).
- Braut, I., Denis, J. L. et Roy, D. (2008). Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé. *Pratique et Organisation des Soins*, 39(3), 167-173.
- Brint, S. (1993). Eliot Freidson : contributions to the sociology of professions. *Works and occupations*, 20(3), 259-278.
- Brousselle, A., Lamothe, L., Sylvain, C., Foro, A. et Perreault, M. (2004). *Comment favoriser l'intégration des services pour les personnes souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie*. Communication présentée Centre de recherche de l'hôpital Charles Lemoyne, Longueuil.
- Brousselle, A., Lamothe, L., Sylvain, C., Foro, A. et Perreault, M. (2010). Integrating services for patients with mental and substance use disorders : What matters? *Health Care Manage Review*, 35(3), 212–223.

- Centre collégial d'expertise en gérontologie- CEGEP Drummondville. (2016). Repéré à <http://www.cegepdrummond.ca/formation-continue/centre-collegial-dexpertise-en-gerontologie/>
- Centre de santé et services sociaux -Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (2015). *Rapport annuel 2014-2015 - partie 1*. Sherbrooke: CIUSSS de l'Estrie.
- Centre de santé et services sociaux de Drummond. (2013). Historique. Repéré à <http://www.csssdrummond.qc.ca/Web/Page.aspx?Id=15>
- Centre de santé et services sociaux de l'Énergie. (2014). Résidence - Psychiatrie. Repéré à [http://www.etrehumain.ca/fr/formation\\_et\\_stages/l\\_enseignement\\_de\\_la\\_medecine/programme\\_de\\_stages/residence\\_psychiatrie.asp](http://www.etrehumain.ca/fr/formation_et_stages/l_enseignement_de_la_medecine/programme_de_stages/residence_psychiatrie.asp)
- Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. (2015). Historique. Repéré 2016 à <http://www.chus.qc.ca/le-chus/historique/>
- Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l' Estrie-CHUS. (2015). Fondements. Repéré à <http://www.santeestrie.qc.ca/notre-ciuss/fondements/>
- Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Mauricie et Centre du Québec. (2015a). CA CommUNIQUE. Repéré à <http://ciusssmq.ca/a-propos-de-nous/conseil-administration/Pages/CA-CommUNIQUE.aspx>
- Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Mauricie et Centre du Québec. (2015b). *MÉCANISMES DE COORDINATION*. Document inédit.
- Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Mauricie et Centre du Québec. (2015c). A propos de nous. Repéré à <http://ciusssmq.ca/a-propos-de-nous/Pages/accueil.aspx>
- Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Mauricie et Centre du Québec. (2016a). Organigramme hiérarchique CIUSSS. Repéré à <http://ciusssmq.ca/a-propos-de-nous/le-ciuss/Pages/Organigramme.aspx>
- Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Mauricie et Centre du Québec. (2016b). *Structure-encadrement-superieur\_DA\_MAJ-2016-01-12\_VF*©. Document inédit.
- Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations. (2015). Une population vieillissante. Repéré 2016 à <http://qe.cirano.qc.ca/theme/demographie/population>
- Champagne, F. (2002). *La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé*. Canada: Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- Collège des médecins de famille du Canada (2009). *Les soins de première ligne centrés sur les patients au Canada : Concept du Medical Home*. Repéré à <http://www.cfpc.ca/projectassets/templates/resource.aspx?id=890&langType=3084>
- Collins (2004). *Collins Canadian English Dictionary and Thesaurus* Harper Collins Publishers Canada.



- Commissaire à la Santé et au Bien Être (2012). *Etat de la situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux : pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*. Québec: Commissaire à la Santé et au Bien Être.
- Commission de Santé Mentale du Canada (2011a). *Lignes directrices pour la planification de services complets en santé mentale. Sommaire*. Repéré à [http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/Seniors\\_MHCC\\_Seniors\\_Guidelines\\_ExecutiveSummary\\_FRE\\_1.pdf](http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/Seniors_MHCC_Seniors_Guidelines_ExecutiveSummary_FRE_1.pdf)
- Commission de Santé Mentale du Canada (2011b). *Lignes directrices relatives à la planification et la prestation de services complets en santé mentale pour les aînés canadiens*. Repéré à [http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/csmc\\_lignes\\_directrices\\_pour\\_les\\_aines\\_0\\_1.pdf](http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/csmc_lignes_directrices_pour_les_aines_0_1.pdf)
- Conrad, D. et Shortell, S. (1996). Integrated health systems: promise and performance. *Front Health Serv Management*, 13(1), 3-40.
- Contandriopoulos, A. P., Denis, J., Touati, N. et Rodriguez, N. (2001). Intégration des soins : dimensions et mise en oeuvre. *Rupture, revue transdisciplinaire en santé*, 8, n°2, 38-52.
- Creswell, J. W. (2003). *Research design : qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. London Sage Publications Inc.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry and research design : choosing among five traditions (2nd ed)*. Thousand Oaks (CA): Sage Publications Inc.
- Crozier, M. et Friedberg, E. (1977). *L'Acteur et le système*. Paris: Editions Le Seuil.
- CSSS-Institut Universitaire de gériatrie de Sherbrooke. (2012). *Cadre de référence : Symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence (SCPD) en soins de longue durée*. Document inédit.
- Czarniawska-Joerges, B. et Sevón, G. (1996). *Translating organizational change*. Berlin et New York: Walter de Gruyter.
- Czarniawska, B. et Joerges, B. (1996). *Translating Organizational Change*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Demers, C. (1993). La diffusion d'un changement radical : un processus de redéfinition et de restructuration de l'organisation. *Communication et organisation*, 3, 1-16.
- Denis, J. (2002). *Comment les méthodes et les capacités de gouvernance et de gestion favorisent-elles ou inhibent-elles le changement du système ?* Ottawa, Canada: Gouvernement du Canada.
- Denis, J., Lamothe, L. et Langley, A. (2006). Reforming health care : levers and catalysts for change (*Innovations in Health Care : A Reality Check* (p. 3-16). Alberta: L. Casebeer, A. Harrison and A. L. Mark Editions.
- Devers, K. J. (1999). How Will We Know "Good" Qualitative Research When We See It ? Beginning the Dialogue in Health. *Health Services Research*, 34(5 Pt 2), 1153–1188.

- Di Pollina, L., Gillabert, C. et Kossovsky, M. (2008). Réseaux de soins intégrés gériatriques. *Revue médicale suisse*, 4:2044-7, 2044-2047.
- Dictionnaire de français Larousse. (2016). Repéré à [http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/s\\_impliquer](http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/s_impliquer)
- Dufour, Y. et Steane, P. (2013a). Implementing disruptive innovation : A wicked problem for health care managers ? *Management Prospective. Management & Avenir Santé*, 1, 33-52.
- Dufour, Y. et Steane, P. (2013b). Implementing disruptive innovation : a wickled problem for health care managers ? *Management & Avenir santé*, 1(1), 33-52.
- Eisenhardt, K. (1989). Building theory from case study research. *Academy of management*, 14(4), 532.
- Encyclopédie Universalis. (2016). DIACHRONIE ET SYNCHRONIE, linguistique Repéré à <http://www.universalis.fr/encyclopedie/diachronie-et-synchronie-linguistique/>
- Encyclopédie Universalis. (2016). DIACHRONIE ET SYNCHRONIE, linguistique. Repéré à <http://www.universalis.fr/encyclopedie/diachronie-et-synchronie-linguistique/>
- Evans, J. et Ross Baker, G. (2012). Shared mental models of integrated care : aligning multiples stakeholder perspectives. *Journal of Health Organization and Management*, 26(6), 713-736.
- Farand, I., Fleury, M. J. et Thiebaut, G. C. (2014). Politiques et plans d'action en santé mentale dans l'OCDE. *Santé mentale au Québec*, XXXIX(1), 65-84.
- Fédération de l'âge d'or du Québec. (2015). Qui sommes nous. Repéré à <http://www.fadoq.ca/fr/A-propos/Qui-sommes-nous/>
- Fleury, M. J. (2006). Integrated service networks : The Quebec case, *Health Services Management Research*, 19, 153-155.
- Fleury, M. J. et al, e. (2008). Rôle des médecins omnipraticiens en santé mentale au Québec : Rapport final. Montréal: Institut universitaire en santé mentale Douglas et al.
- Fleury, M. J., Farand, L., Aubé, D. et Imboua, A. (2012). La prise en charge des troubles de santé mentale par les omnipraticiens du Québec. *Canadian Family Physician • Le Médecin de famille canadien*, 58, 725-731.
- Foucault, M. (2004). *Naissance de la biopolitique, Cours au collège de France 1978-1979*. Paris: Editions Gallimard et Du Seuil.
- Freidson, E. (1970). *Profession of medicine : A study of the sociology of applied knowledge*. Chicago: University of Chicago press.
- Guba, E. G. et S. Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.) (dir.), *Handbook of qualitative research* (p. 105-117). Thousand Oaks (CA): Sage publications Inc.
- Ham C, Dixon A et B, B. (2012). *Transforming the delivery of health and social care : the case for fundamental change*. London: The Kings's Found.

- Hébert, R., Tourigny, A. et Gagnon, M. (2004). *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*. Québec: EDISEM, inc.
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie *Recherche en soins infirmiers* 102(3), 23-24.
- Institut canadien d'information sur la santé (2010). *Le soutien aux aidants naturels au coeur des services à domicile*. Ottawa: ICIS. Repéré à [https://secure.cihi.ca/free\\_products/Caregiver\\_Distress\\_AIB\\_2010\\_FR.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/Caregiver_Distress_AIB_2010_FR.pdf)
- Institut de la statistique du Québec (2014). *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2011-2061*. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/perspectives/perspectives-2011-2061.pdf>
- Institut de la statistique du Québec. (2015a). Population et démographie, Estimation de la population des municipalités du Québec. Repéré à [http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/structure/mun\\_15000.htm](http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/structure/mun_15000.htm)
- Institut de la statistique du Québec. (2015b). Profils statistiques par région et MRC géographiques. Repéré à [http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/region\\_00/region\\_00.htm](http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/region_00/region_00.htm).
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2012). *Annexes du rapport Services spécialisés destinés aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer : revue de littérature*. Québec: Institut National d'Excellence en Santé et Services Sociaux
- Institut universitaire de santé mentale de Québec. (2011). *L'organisation régionale de soins et services en santé mentale de l'IUSM de Québec : révision des programmes-clientèles et unités de services*. Document inédit.
- Institut universitaire de santé mentale de Québec. (2012). *Programme de gérontopsychiatrie : volet de services*. Document inédit.
- Kates, N. et Mach, M. (2007). Chronic dease management for depression in primary care : a summary oh the current litterature and implication for pratctice. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 77-85.
- Kilpatrick, K. et al, e. (2011). Boundary work and the introduction of acute care nurse practitioners in healthcare teams. *Journal of advanced nursing*, 68(7), 1504-1515.
- Kitzinger, J. (1994). The methodology of focus groups : the importance of interaction between research participants. *Sociology of health & illness*, 16(1), 105-121.
- Krueger, R. A. et Casey, M. A. (2000). *Focus Groups : A Practical Guide for Applied Research (3ème éd)*. Thousand Oaks (CA): Sage publication Inc.
- Lamarque, P., Lamothe, L. et Bégin, C. (2001). L'intégration des soins : enjeux structurels et organisationnels ou humains et cliniques. *Revue transdisciplinaire en santé*, 8, 71-92.
- Lamarque, P., Pineault, R. et al, e. (2010). The experience of primary health care users : a rural-urban paradox. *Canadian journal rural medicine*, 15(2), 61-67.

- Lamarche, P., Roberge, D., Pinault, R. et al, e. (2008). *Les modèles d'organisation des services de première ligne et l'expérience de soins de la population*. Québec: Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.
- Lamothe, L. (2002). La recherche de réseaux de services intégrés : un appel au renouveau de la gouverne. *Gestion*, 27 n°3, 23-30.
- Lamothe, L. (2005). La dynamique interprofessionnelle : La clé de voûte de la transformation de l'organisation des services de santé», dans *L'hôpital en restructuration - Regards croisés sur la France et le Québec* (Montréal: Presses de l'Université de Montréal
- Lamothe, L. (2006). Le rôle des professionnels dans la structuration des réseaux : Une source d'innovation. Dans G. Morin (dir.), *La gouverne et la régulation des services de santé et services sociaux au Québec*. Montréal.
- Lamothe, L. et Denis, J. (2007). The emergence of new organizational forms: The case of networks of integrated services in healthcare", dans *Managing change in the public services (Managing change in the public services, Mike Wallace, Michael Fertiq et Eugene Schneller (dir.)* (p. 57-74). Malden, MA, USA, : Blackwell Publishing.
- Langley, A. (1999). Strategies for theorizing from process data. *Academy of management review*, 24(4), 691-710.
- Lapierre et al, L. (1992). *Imaginaire et leadership*. Montréal: Québec Amérique.
- Lapierre, L. (2011). *La subjectivité et la gestion*. Québec (Québec) Canada: Presses de l'Université du Québec.
- Lesage, A. (2015a). 50 ans de service public pour les politiques et l'organisation de services de psychiatrie communautaire au Québec. Partie I. *Santé Mentale au Québec*, 40(2), 121-135.
- Lesage, A. (2015b). 50 ans de service public pour les politiques et l'organisation de services de psychiatrie communautaire au Québec. Partie II. *Santé Mentale au Québec*, vol. 40(2), 137-149.
- Leutz, W. (1999). *Five laws for integrating medical and social services : lessons from the united states and the united kindom*. Waltham Massachusetts: Brandeis University.
- Lewin, K., Lippit, R. et White, R. K. (1939). Patterns of aggressive behavior in experimentally created social climates. *Journal of Social Psychology*, 10, 271-301.
- Likert, R. (1961). *New patterns in management*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Miles, M. et Huberman, A. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles: De Boeck Editor.
- Miller, D. (1999). Notes on the study of configurations. *Management International Review*, 39(2), 27-37.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (2005). *Plan d'action en santé Mentale 2005-2010 : la force des liens*. Québec.

- Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. (2014). Équipe ambulatoire symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) : Les paramètres organisationnels Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001087/>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (2015). *Plan d'action en Santé mentale 2015-2020 : Faire ensemble et autrement*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. (2016). Plan régionaux d'effectifs médicaux (PREM) 2016-2020 Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/medecine/prem/download.php?f=3e37bb5f33a4b95942ee727eb3dd2b38>
- Mintzberg, H. (1985). *Structure et dynamique des organisations*. Paris: Éditions d'organisation.
- Mintzberg, H. (1998). *Management, voyage au centre des organisations*. Paris: Éditions d'organisation.
- Nancarrow, S. A. et Borthwick, A. M. (2005). Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce. *Sociology of health and illness*, 897-919.
- National council of state boards of nursing (2009). *Changes in health care professions scopes of practices : legislative considerations*. Canada: National Council of State Boards of Nursing. Repéré à [https://www.ncsbn.org/ScopeofPractice\\_09.pdf](https://www.ncsbn.org/ScopeofPractice_09.pdf)
- Nonaka, I. (1994). A dynamic theory of rganizational knowledge creation. *Organization science*, 5(1), 14-37.
- Nonaka, I. (2008). *The Knowledge-Creating compagny*. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Publishing.
- Organisation Mondiale de la Santé (2008). *MHgap Programme d'action : Comblent les lacunes en Santé mentale*
- Organisation Mondiale de la Santé (2013). *Plan d'actions pour la Santé Mentale 2013-2020*.
- Organisation Mondiale de la Santé (2015). *World report on aging and health*. Luxembourg: OMS.
- Organisation Mondiale de la Santé et Association Mondiale de Psychiatrie. (2002). Réduire la stigmatisation et la discrimination envers les personnes âgées souffrant de troubles mentaux : Un protocole technique d'accord (p. 20). Genève: OMS.
- Paquette, I., Amyot, A. et Létourneau, G. (2015). L'écllosion de la gérontopsychiatrie à l'université de Montréal, une histoire à découvrir. *Santé mentale au Québec*, 40(2), 205-227.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & Evaluation Methods*. Thousand Oaks (CA): Sage Publication Inc.
- Pitcher, P. (1997). *Artistes, Artisans et technocrates dans nos organisations : rêves, réalités et illusions du leadership*. Montréal (Québec): Editions Québec Amérique.
- Pomey et al, M. P. (2015). Le « Montréal model » : Enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé publique, HS(S1)*, 41-50.

- Québec médecins. (2016). Repéré à [http://www.quebecmedecin.com/medecin/rechercher-un-medecin.htm?data\[Doctor\]\[specialties\]](http://www.quebecmedecin.com/medecin/rechercher-un-medecin.htm?data[Doctor][specialties])
- Raymond Chabot Grant Thornton. (2015). Portrait du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. Repéré à [http://ciusssmq.ca/a-propos-de-nous/Documents/CIUSSS%20Mauricie-Centre-du-Qc\\_Portrait\\_2015-07-13.pdf](http://ciusssmq.ca/a-propos-de-nous/Documents/CIUSSS%20Mauricie-Centre-du-Qc_Portrait_2015-07-13.pdf)
- Réseau universitaire intégré de santé de l'Université de Sherbrooke. (2015). Territoire. Repéré à <http://www.ruisherbrooke.ca/cartes-du-territoire/>
- Robert, A. et Bouillaguet, A. (1997). *L'analyse de contenu*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Rouleau, L. et Balogun, J. (2008). Exploring middle managers : strategie sensemaking role through practical knowledge. *Les cahiers de recherche du GéPs*, 2(7).
- Roy, D., Litvak, E. et Paccaud, F. (2010). *Des réseaux responsables de leur population. Moderniser la gestion et la gouvernance des réseaux*. Québec: Le point en administration de la santé et des services sociaux.
- Royal college of physicians and surgeons of Canada (2011). *Subspeciality training requirements in geriatric psychiatry*. Ottawa. Repéré à <http://www.royalcollege.ca/cs/groups/public/documents/document/mdaw/mdg4/~edisp/088015.pdf>
- Royal college of physicians and surgeons of Canada (2015). *Subspeciality training requirements in geriatric medicine*. Ottawa. Repéré à [http://www.royalcollege.ca/cs/idcplg?IdcService=GET\\_FILE&dID=131815&dDocName=095804](http://www.royalcollege.ca/cs/idcplg?IdcService=GET_FILE&dID=131815&dDocName=095804)
- Scott, W. R. (1995). *Institutions and Organizations*. London (UK): Sage publication, Inc.
- Shortell, S. et al, e. (2000). Integrating Health Care Delivery. *Health Forum Journal* 43(35–9).
- Société Alzheimer du Canada. (2010). Raz-de-marée : Impact de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes au Canada (p. 1-24). Toronto: Société Alzheimer du Canada.
- Stacey, R. (1996). Emerging strategies for a chaotic environment. *Long range planning*, 29, 182-189.
- Sullivan, H. et Williams, P. (2012). Whose kettle ? : Exploring the rôle of objects in managing and mediating the bounaries of integration in health and social care. *Journal of Health Organization and Management*, 26(6), 697-712.
- Suter, E., Oellke, N., Ader, C. E. et al, e. (2007). *Health Systems Intégration, définition, process and impact : a research synthesis*. Alberta: Alberta health Services.
- Sylvain, C. (2012). *La mise en œuvre de services cliniques intégrés sous l'angle du sensemaking organisationnel : le cas des services intégrés en santé mentale et en dépendance*. (Ecole de Santé Publique Montréal).
- Sylvain, C. et Lamothe, L. (2012). Sensemaking : a driving force behind the integration of professional practices *Journal of health organization and management*, 26(6), 737-757.

- Table régionale de concertation des personnes âgées du Centre du Québec. (2015). Organisation. Repéré à <http://aines.centre-du-quebec.qc.ca/organisation>
- Travailler en santé et services sociaux en Mauricie et Centre du Québec. (2016). Mon choix Mauricie Centre-du-Québec- Travailler en santé. Repéré à <http://www.travaillerensante.com/mon-choix-mauricie-centre-du-quebec/>
- Weber, M. (1917). *Essais sur la théorie de la science : Essai sur le sens de la "neutralité axiologique" dans les sciences sociologiques et économiques*. Paris: Librairie Plon.
- Weick, K. E. (1995). *Sensemaking in organizations*. Thousand Oaks (CA): Sage publications Inc.
- Wistows, G. et Dickinson, H. (2012). Intégration : work still in progress. *Journal of Health Organization and Management*, 26(6pp), 676-684.
- Zalenick, A. (1992). Managers and Leaders Are They Different ? *Harvard Business Review*, 82(1), 74-81.

## **Annexe 1 : Description des besoins sous l'angle démographique et épidémiologique**

La santé mentale est définie comme « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, faire face au stress normal de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté » (Commissaire à la santé et au bien être, 2012a, p. 5). Les politiques, législation et plans situent leurs préconisations ou actions dans le respect et la promotion des droits humains de la personne souffrant de troubles mentaux, la promotion de la santé dans le contexte social et environnemental la soutenant.

Les aînés voient leur vulnérabilité liée aux troubles mentaux se cumuler avec la perte d'autonomie consécutive aux pathologies chroniques somatiques, situation souvent aggravée par la stigmatisation sociétale provoquée par les troubles du comportement (Commission de santé mentale du Canada, 2011b).

Le Docteur Marie-France Tourigny-Rivard (Commission de santé mentale du Canada, 2011b) présente la population des aînés ayant besoin de soins de santé mentale en quatre grandes catégories :

1) Les personnes vieillissantes ayant présenté des troubles mentaux à l'âge adulte (le plus souvent avec des comportements addictifs importants). La littérature précise que la prévalence dans la population des aînés est la même que dans la population adulte, soit environ 1 à 2 %. Toutefois, les besoins de soins et de soutien de ces personnes lors de la vieillesse sont majorés par les comorbidités liées à la dépendance aux substances toxiques (alcool 40 à 60% et nicotine 90%), et aux pathologies somatiques ;

2) Celles dont la maladie apparaît tardivement (les troubles dépressifs, les troubles anxieux). Parmi cette population, nous avons précisé plus haut que la littérature montre une prévalence de la dépression importante, souvent sous diagnostiquée chez les personnes âgées car masquée par d'autres symptômes somatiques ou cognitifs, et parfois banalisée comme « trouble lié au vieillissement », et que son incidence chez les personnes vivant en centre d'hébergement est majeure ;



3) Les personnes présentant des troubles dépressifs dans le contexte de la maladie d'Alzheimer et d'autres démences (dont le diagnostic différentiel est souvent difficile). Les données probantes montrent qu'à la phase diagnostique de la maladie d'Alzheimer, il est recommandé de faire intervenir plusieurs disciplines : la gériatrie, la neurologie et la gérontopsychiatrie ;

4) Et enfin les personnes présentant des maladies neurologiques avec troubles mentaux associés.

Il est estimé que 15 % de la population âgée souffre de dépression. Cette incidence grimpe à 44 % dans les établissements de longue durée (Commission de santé mentale du Canada, 2011b). Un rapport de 2010 de l'Institut d'Information sur la Santé montre que lorsque ces personnes bénéficient de soins de santé mentale, elles affichent un meilleur état de santé globale (Institut canadien d'information sur la santé, 2010).

La prévalence des troubles anxieux est inférieure mais à prendre en considération : 5 à 10 % des aînés sont concernés et la peur de chuter est considérée comme les touchant particulièrement : 24 à 59 % des personnes de plus de 65 ans vivant dans la communauté nécessitent des soins spécialisés pour les troubles anxieux graves (Commission de santé mentale du Canada, 2011b).

La prise en charge des démences est également un enjeu de santé publique lié au vieillissement de la population. La société canadienne estime que le nombre de personnes atteintes d'une démence sera d'1 million de personnes au Canada en 2038 (la prévalence en 2008 est multipliée par 2,3%). (Société Alzheimer du Canada, 2010). Dans l'évolution de la maladie, 90% de ces personnes présentent des troubles comportementaux associés comme la dépression, des troubles psychotiques avec délires, agressivité et agitation (Commission de Santé Mentale du Canada, 2011c). Les soins de santé mentale sont nécessaires lors de ces soins complexes et l'articulation des disciplines est primordiale (Commission de Santé Mentale du Canada, 2011c)

Enfin, le (Institut canadien d'information sur la santé, 2010) des personnes âgées en souffrance est fondé sur des données récentes de l'Institut Canadien d'Information sur la Santé (2010). D'après cette étude, lorsqu'un aidant assure cette fonction de soutien pendant 21h et

plus, il risque de présenter des symptômes de détresse et développer une dépression (32%), des troubles cognitifs (37%) et, si la personne aidée présente des comportements agressifs, le risque s'élève à 52%.

Ces constats touchent la presque totalité de l'entourage de la population des aînés souffrant de troubles mentaux car 2% seulement vivent sans aide dans la communauté. L'étude fait référence à une évaluation économique des soins assurés par les aidants. Elle estime à 80% les soins réalisés par ces derniers auprès des aînés. Le poids économique correspondant pourrait ainsi être évalué à 25 Milliards de dollars canadiens pour l'ensemble de la population fédérale chaque année (Hollander, Liu et Chappell, 2009). Ces estimations économiques, ainsi que les conséquences sur la santé des aidants parlent d'elles-mêmes aux décideurs qui inscrivent dans les priorités des plans de santé mentale au Québec le soutien aux aidants (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2005, 2015a).

Ces données épidémiologiques mettent en évidence des besoins impressionnants auxquels la gérontopsychiatrie, quelles que soient les régions, ne pourra jamais répondre avec ses seuls moyens, ce qui d'ailleurs, serait en contradiction avec les principes fondateurs des modèles d'organisation des soins promus par les lignes directrices canadiennes et provinciales.

## **Annexe 2 : Organisation de la réponse aux aînés dans le système de santé au Canada et au Québec**

### **Au Canada, Selon le Conseil de Santé Mentale Canadien**

Inspirées du modèle Ontarien développé en 2003, les recommandations du Collège des médecins de famille du Canada promeuvent le concept de « Foyer médical » pour les soins de santé primaires, particulièrement aux personnes âgées présentant des situations complexes, diminuant ainsi le recours aux urgences de 29% et de 6% les hospitalisations. Ce Foyer médical coordonne les services médicaux sur un lieu regroupé et possède les caractéristiques suivantes (Collège des médecins de famille du Canada, 2009, p. 22) :

- « 1. Les patients ont un médecin de famille personnel qui dispense et dirige leurs soins médicaux ;*
- 2. les soins s'adressent à l'entité globale du patient ;*
- 3. les soins sont coordonnés, continus et complets, les patients ayant accès à une équipe interprofessionnelle ;*
- 4. l'accès aux rendez-vous est accru ;*
- 5. la pratique comprend une technologie de l'information bien soutenue, dont des dossiers médicaux électroniques ;*
- 6. la rémunération soutient ce modèle de soins ;*
- 7. l'amélioration de la qualité et la sécurité des patients sont les principaux objectifs».*

Les principales caractéristiques du modèle gériatrique recommandé par la littérature (Hollander, Chappell, Prince et Shapiro, 2007) à partir de l'analyse des programmes intégrés du Québec (Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA) ; Programme de recherche sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie (Hébert et al., 2004)) sont :

- Un système d'accès unique ;
- Une gestion de cas ;
- Une bonne coordination au sein des différents secteurs ;
- Une évaluation gériatrique personnalisée.

Le modèle promu par le Conseil de santé mentale Canadien est fondé sur les données probantes disponibles en 2011 concernant les soins intégrés. Il s'agit de « concevoir un autre modèle de soins » pour les aînés souffrant de troubles mentaux (CSMC 2011). L'Association mondiale de psychiatrie et l'OMS (2002) fondent les bases du modèle : former des équipes communautaires multidisciplinaires (en santé mentale gériatrique) et créer des partenariats avec les consommateurs, les organisations non gouvernementales, les pourvoyeurs de soins primaires, les services sociaux, les pourvoyeurs de soins de longue durée et les autres services médicaux. Pour en résumer l'offre au minimum requis, l'accent est mis sur une équipe communautaire mobile, le soutien aux établissements de soins de longue durée, la possibilité d'hospitalisation de moyenne ou longue durée spécialisée.

Centré sur le médecin de famille (pouvant exercer en cabinet privé, en clinique de santé mentale, en groupes de soins communautaires ou en service de counseling), l'offre de soins et services de santé mentale aux aînés comprend (Commission de Santé Mentale du Canada, 2011a, 2011c):

- 1) Des soins à domicile par des équipes pluridisciplinaires et de santé mentale communautaire ;
- 2) Un centre de jour pour adultes (avec accès possible à une équipe mobile de gérontopsychiatrie, ou de santé mentale, ou de gériatrie selon les contextes ;
- 3) Un accès au « *counseling* » ayant pour objet l'évaluation cognitive ou fonctionnelle, la psychothérapie ;
- 4) Un service d'hospitalisation en santé mentale ;
- 5) Un service d'intervention de crise (le personnel étant formé ou ayant accès aux compétences spécialisées) ;
- 6) Un service d'hospitalisation de courte durée (adultes ou personnes âgées) ayant accès aux compétences spécialisées ;
- 7) Des consultations externes spécialisées ;

- 8) Des services intensifs de soutien et de traitement dans la communauté pour situations complexes ;
- 9) Des services de liaison dans les hôpitaux.
- 10) Un service de gérontopsychiatrie (concernant 3% des besoins d'hospitalisation des personnes âgées) dont la mission est le traitement des situations complexes des aînés ; le soutien à la première ligne et la liaison entre les services ;
- 11) Une équipe mobile de soins de gérontopsychiatrie (particulièrement dans les régions rurales et éloignées) ;
- 12) Des établissements de soins de longue durée.

Ainsi que la mise à disposition de la population ayant besoin de soins en santé mentale :

- Services médicaux et sociaux intégrés de première ligne ;
- Services de crise psycho-sociale disposant d'un accès téléphonique disponible 24h/24 ; un service mobile d'intervention de crise ; des places d'hébergement de crise permettant le suivi à court terme ; un service d'urgence.

Les lignes directrices relatives à la planification et la prestation de services complets en santé mentale pour les aînés canadiens (CMSC 2011) encouragent les décideurs à développer des stratégies de prévention primaire, secondaire et tertiaire axées sur le rétablissement. Elles décrivent un système de soins intégré et flexible, varié selon les contextes, et développé à l'échelle locale selon des ressources disponibles. Le modèle de soins de santé mentale aux aînés comprend ainsi au minimum :

- Un soutien communautaire,
- Des services de soins primaires inscrits dans la communauté ;
- Des services d'hospitalisation en soins généraux et en soins spécialisés, y compris des équipes mobiles de soins en gérontopsychiatrie ;

Elles incluent le soutien aux aidants et aux pourvoyeurs de services.

Ces ressources intégrées fonctionnent sous un mode systémique, chaque composante du réseau devant pouvoir aiguiller une personne âgée au bon endroit et au bon moment.

Des mécanismes officiels doivent décrire des règles claires de fonctionnement, les structures spécialisées s'harmonisant au système de santé mentale et de santé globale. Le schéma décrivant le modèle et reproduit ci-dessous a donc la forme d'un cercle composé des différents services mobilisables pour le patient, voulant sortir du schéma habituel et hiérarchique des soins primaires, secondaires et tertiaires, et n'en précise pas les responsabilités. Il reflète la croyance fondatrice que les soins de santé mentale doivent se retrouver dans tous les aspects du continuum de soins de la personne âgée.

### **Au Québec, Selon le Ministère de la Santé et des Services Sociaux**

Le modèle de soins de santé mentale au Québec est décrit dans le Plan de santé mentale 2005-2010: la force des liens, approfondi en 2015 dans la révision sous le slogan : faire ensemble autrement (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2005, 2015a). Il est fondé sur la liberté de choix, la participation citoyenne et la lutte contre la stigmatisation, la promotion de la santé mentale et sa prévention le rétablissement, le soutien par les pairs et celui des aidants. Ses principes d'organisation pour ses régions est fondé sur un « système hiérarchisé » en « niveau de services » : première, deuxième et troisième ligne, constituée de services « surspécialisés ». L'organisation des soins de santé mentale aux aînés n'y est abordée qu'à travers les soins aux personnes adultes.

En 2011, l'Agence de la Santé et des services sociaux de Montréal promeut un système intégré des programmes de Soutien à l'Autonomie des Personnes Âgées (SAPA) et de Santé Mentale. Cette approche novatrice n'est pas reprise en 2013 dans l'évaluation du PASM (Agence de santé et services sociaux de Montréal, 2011, p. 36; 2013). La Région de Québec définit l'offre de soins et services aux aînés souffrant de troubles mentaux d'offre spécialisée et régionale en gérontopsychiatrie reposant sur les établissements hospitaliers de la région (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2005, pp. 36-38).

L'analyse des guidelines (Agence de santé et services sociaux de la Capitale Nationale, 2010, 2006; Agence de santé et services sociaux de Montréal, 2011, 2013; Commission de Santé Mentale du Canada, 2011a, 2011c; Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2005, 2015a), sur lesquelles viennent s'appuyer l'offre de gérontopsychiatrie, va nous permettre de construire un modèle de soins intégrés de cette surspécialité venant s'articuler aux

spécialisations et programmes existants : celui de la Santé Mentale et celui des Soins et services Intégrés aux Personnes Âgées (SIPA).

L'offre de soins et services comprend :

**1) Pour la première ligne :**

- La disponibilité d'un « psychiatre répondant » en tant que soutien aux services de première ligne. Il peut faire partie du Centre de Santé et Services Sociaux (CSSS), ou avoir signé une entente avec le CSSS, ou faire partie d'un Réseau Universitaire Intégré en Santé (RUIS).

- La mise en place d'un guichet d'accès ayant pour objet l'évaluation de la complexité de la demande et l'orientation soit vers les soins de première ligne, soit vers l'hospitalisation.

- Des équipes de santé mentale de première ligne dans les CSSS en continuité avec l'existant. Le plan ne précise pas s'il s'agit d'équipes pluridisciplinaires ou si les services travaillent en collaboration sans faire partie de la même équipe.

Les missions dévolues aux acteurs de première ligne sont la promotion de la santé mentale et la prévention, le diagnostic, le traitement et la réadaptation.

- Des établissements de soins de longue durée spécialisés.

**2) Pour la deuxième ligne :**

- Des services d'hospitalisation de courte durée ;

- Des consultations spécialisées ;

- Des équipes de suivi intensif dans le milieu (SIM) ;

- Des équipes de suivi d'Intensité Variable (SIV).

**3) Pour la troisième ligne :** l'offre est définie par des services de soutien à la première et deuxième ligne par une expertise spécialisée définis par le Ministère, le plus souvent des RUIS.

**Le processus de révision du plan de santé mentale 2015 -2020**<sup>136</sup> (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2015a) n'apporte pas plus de précisions, d'après ces spécialistes, sur les soins de gérontopsychiatrie. Ces derniers estiment encore une fois ne pas avoir été consultés. L'actualisation du PASM est principalement centré sur les jeunes et les adultes, reprécisant les structures mises en place par le précédent plan : GASM, psychiatre référent (PRSM), auquel a été ajouté le professionnel référent en santé mentale, structures de suivi dans la communauté<sup>137</sup>. Ce dernier plan met une emphase encore plus forte sur les soins dans la communauté et le rôle du médecin de famille et précise des cibles de résultats en termes de délai de réponse et de redéploiement des services de soutien dans la communauté.

Les services de santé mentale aux personnes âgées y sont abordés sous l'angle de la croissance démographique de cette population, de la complexité et de l'interrelation des troubles de santé mentale avec les troubles physiques et les effets du vieillissement sur les fonctions cognitives (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2015a, p. 47). Cette offre est principalement abordée sous l'angle du transfert de connaissances aux professionnels de première ligne :

*Il faut reconnaître au médecin de famille, au psychiatre généraliste et aux intervenants psychosociaux de première ligne et des services spécialisés leur rôle central dans les services à offrir à ces citoyens..... À cette fin, les services spécialisés de gérontopsychiatrie devront s'investir principalement dans le soutien aux autres dispensateurs et assurer le transfert de connaissances et de compétences à leurs partenaires, réservant leur expertise clinique aux cas les plus complexes. » (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2015a, p. 4).*

Le PASM incite ainsi les centres intégrés à prioriser ces défis, sans préciser toutefois les mécanismes d'intégration<sup>138</sup>. Cette absence de précision peut être à la fois un manque, accentuant la différenciation des programmes : « *L'absence de mécanismes d'intégration plus puissants permet de préserver l'intégrité des composants du système et leur différenciation.* » (Farand, Fleury et Thiebaut, 2014, p. 74), mais peut également être utilisé comme espace de

---

<sup>136</sup> MSSS (2015). Plan d'action en santé mentale 2015-2020. Faire ensemble autrement

<sup>137</sup> Suivi d'intensité variable ; Suivi intensif dans la communauté (SI)

<sup>138</sup> A noter que les liens avec le programme Soutien à l'Autonomie des Personnes Âgées sont cités uniquement en annexe II du PASM, dans la présentation du cheminement d'un usager au sein du continuum de soins en santé mentale, en tant que service spécifique inter relié, à l'instar du programme jeunesse, dépendance, itinérance, déficience physique, Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (PASM 2015-2020. p 72).



création pour des structures souples, utilisant les services mixés de programme de services différents dans des trajectoires de services pour une population âgée.

Pour compléter la description de la réponse aux aînés dans le système de santé au Québec, il faut toutefois préciser que la reconnaissance de la surspécialité de gérontopsychiatrie est récente (2011 pour le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ; 2015 pour le Collège des médecins du Québec). L'effectif total au Québec est de 33 gérontopsychiatres en 2015. Citant Paquette et al : « À l'été 2015, selon le répertoire en ligne du CRMCC, on dénombre 162 gérontopsychiatres certifiés, dont 33 au Québec (<http://www.collegeroyal.ca>) » (Paquette, Amyot et Létourneau, 2015, p. 210).

## Annexe 3 : La classification des types de leaders selon Pitcher (1997)

Pitcher (1997), dans son ouvrage « *Artistes, Artisans et technocrates dans nos organisations : rêves, réalités et illusions du leadership* », nous demande de lire cette classification et les traits de personnalité y afférent comme des « archétypes », dont la fonction vise à faire comprendre un fonctionnement dont nous pouvons déduire une représentation et sans doute une dynamique d'ensemble de ces types de personnalité. L'auteur va d'ailleurs finement proposer des sous-catégories à ces types de personnalité selon leur positionnement dans la « *carte des profils* » (Pitcher, 1997, p. 95), qu'elle qualifie de « *mise en perspective* » par des « *cercles qui représentent « les personnages mis en relation l'un avec l'autre » et non pas dans « l'isolement artificiel et analytique où je les ai présentés* » (Pitcher, 1997, p. 94).

La grille de lecture des trois « types de leaders » qualifiant les trois personnalités de managers, selon les résultats de Pitcher :

Adjectifs de base selon le :	Artiste	Artisan	Technocrate
Comportement	Inspirateur Drôle Entrepreneurial Audacieux Téméraire Imprévisible Changeant Stimulant	Travailleur Dévoué Prévisible Obligéant A de l'humour Poli Ponctuel	Méthodique Tatillon Intransigeant Difficile Résolu Énergique Travailleur Têtu / Présomptueux Imperméable
Façon de penser	Visionnaire Intuitif Imaginatif Ouvert d'esprit	Informé Réfléchi Réaliste Sensé / Raisonnable	Méticuleux Minutieux Analytique Brillant

	Non conformiste	Sage Ouvert d'esprit Conventionnel Conservateur	Perspicace Rigide Obstiné
Tempérament (affects)	Près des gens Décontracté Chaleureux Généreux	Direct Honnête Responsable Aimable Posé / Équilibré Constant / stable  Contrôlé	Sérieux Distant Austère Intense Redoutable Cérébral (à distance de l'affect) Mauvaise connaissance de soi (manque d'insight)

Tableau 6 : Types de leaders et qualificatifs selon P. Pitcher

Grille à laquelle j'ajouterai d'autres apports extraits de la lecture de Pitcher :

	<b>Artiste</b>	<b>Artisan</b>	<b>Technocrate</b>
Valeurs données à	Affectif : amour des autres, mais aussi de l'organisation en tant qu'entité.	Expérience Culte de l'excellence Respect des outils : un outil pour chaque chose Tradition Évolution par essai\erreur	Centralisation Méthode et rigueur Planification 0 défaut 0 risque Contrôle de l'émotion

Vision du monde	S'écarte des façons classiques de penser, communes, qu'elles soient anciennes ou modernes	« Le changement si nécessaire mais pas nécessairement le changement »	A travers la valeur donnée à la méthode (changeante selon les modes), laquelle devient la seule vision possible. Aveugle car ne peut sortir de sa logique
-----------------	---	---	--

Tableau 7 : Valeurs et vision du monde des trois types de leaders selon P. Pitcher

Enfin, reprenons les schémas de chacun des caractères selon leur manière de sentir, de voir, de penser, d'agir, décrits par Pitcher :

<b>Artiste</b>	Sentir → Voir → Penser → Agir
<b>Émotif</b>	<b>Visionnaire</b>
<b>Entrepreneurial</b>	<b>Imaginatif</b>
<b>Artisan</b>	Sentir → Voir → Penser → Agir
<b>Stable</b>	<b>Réaliste</b>
<b>Responsable</b>	<b>Sage</b>
<b>Technocrate</b>	Sentir → Voir → Penser → Agir
<b>Sérieux</b>	<b>Pointilleux</b>
<b>Résolu</b>	<b>Méticuleux</b>

Tableau 8 : Traits de caractère des trois types de leaders selon P. Pitcher

## Annexe 4 : Grilles d'entrevue individuelle selon fonctions

### GUIDE D'ENTRETIEN MEDECIN FONDATEUR GERONTOPSYCHIATRIE

(TERRAINS D'EXPLORATION : SHERBRROKE  
ET TERRAIN D'EXPLOITATION DRUMMONDVILLE)

1. Parlez-moi, en tant que psychiatre, de ce qui vous a amené à vous intéresser aux personnes âgées ?
  - Combien avez-vous d'années de pratiques ?
  - Comment avez-vous développé votre expertise de gériopsychiatre ?
2. Racontez-moi comment vous vous y êtes pris pour développer cette pratique ?
  - Selon vous, à quels besoins a répondu la gériopsychiatrie ?
  - Sur quel territoire au démarrage ? Par rapport à aujourd'hui ?
  - Quelles ont été étapes importantes de la construction du réseau de soins de gériopsychiatrie ?
  - Par qui et comment les patients vous ont-ils été référés au début ?
  - Qui vous a proposé du soutien ? de quelle nature ?
  - Quel a été le rôle des gestionnaires dans le développement ?
  - Quels principaux leviers avez-vous utilisé ?
  - Avez-vous rencontré des obstacles ? De quelle nature ?
  - Quelles actions ont été menées alors ?
3. Racontez-moi comment cela se passe maintenant ?
  - Pour quelle typologie de patients vous demande-t-on d'intervenir ?
  - Qui vous les réfère ?
  - Qui évalue et oriente le patient ?
  - Comment répondez-vous ?
  - Avec qui travaillez-vous ? Pourquoi ?
  - Avez-vous développé des protocoles ? Par qui sont-ils utilisés ?
4. Pensez-vous que la prise en charge des personnes âgées soit suffisamment coordonnée ?
  - Sur cette échelle<sup>139</sup> à quel niveau situeriez-vous la collaboration ?
  - Pourquoi ?
5. Et pour demain :
  - Y a-t-il des améliorations à prévoir ? Pourquoi ?
  - Si c'est le cas, avec qui les réaliserez-vous ?
  - Quelle organisation médicale souhaiteriez-vous ? Pourquoi ?
  - Comment la gestion peut-elle apporter son soutien ?
  - Qu'est-ce qui vous tient particulièrement à cœur ? Pourquoi ?

---

<sup>139</sup> Voir échelle d'appréciation de la collaboration clinique selon Boon et al (2004) et Ahlgreen (2005) page suivante.

## ECHELLE D'APPRECIATION DE LA COLLABORATION CLINIQUE DANS LE CADRE D'UN RESEAU

Adaptée des modèles de Boon et d'Ahlgreen (2005; Boon et al., 2004)

<b>Pratiques parallèles, Consultations</b>	<b>Pratiques de collaboration</b>	<b>Pratiques de coordination</b>	<b>Pratiques multidisciplinaires</b>	<b>Pratiques interdisciplinaires</b>	<b>Pratiques intégrées</b>
Patients référés, informations partagées	Partage des normes et outils cliniques	Coordination de la trajectoire du patient par professionnel de liaison ou gestionnaire de cas	Décisions partagées, Consultations croisées	Décisions partagées,  Responsable réseau gérontopsychiatrie identifié	Pool de ressources partagées  Gouvernance et  Système d'information partagé

Tableau 9 : Échelle d'appréciation de la collaboration clinique dans le cadre d'un réseau

NB : Cette échelle a été présentée à chaque personne interviewée en entretien.

## GUIDE D'ENTRETIEN MEDECIN GERONTOPSYCHIATRE

(TERRAINS D'EXPLORATION : SHERBROOKE)

1. Parlez-moi, en tant que gériopsychiatre, de ce qui vous a amené à vous intéresser à cette pratique ?
  - Combien avez-vous d'années de pratiques ?
  - Quelles formations avez-vous suivies ?
  - Comment avez-vous développé votre expertise de gériopsychiatre ?
  
2. Racontez-moi comment se sont développés les deux réseaux de gériatrie et de gériopsychiatrie ?
  
3. Racontez-moi comment cela se passe maintenant ?
  - Pour quelle typologie de patients vous demande-t-on d'intervenir ?
  - Qui vous les réfère ?
  - Qui évalue et oriente le patient ?
  - Comment répondez-vous ?
  - Avec qui travaillez-vous ? Pourquoi ?
  - Avez-vous développé des protocoles ? Par qui sont-ils utilisés ?
  
4. Pensez-vous que la prise en charge des personnes âgées soit suffisamment coordonnée ?
  - Sur cette échelle<sup>140</sup> à quel niveau situeriez-vous la collaboration ?
  - Pourquoi ?
  
5. Et pour demain :
  - Y a-t-il des améliorations à prévoir ? Pourquoi ?
  - Si c'est le cas, avec qui les réaliserez-vous ?
  - Quelle organisation médicale souhaiteriez-vous ? Pourquoi ?
  - Comment la gestion peut-elle apporter son soutien ?
  - Qu'est-ce qui vous tient particulièrement à cœur ? Pourquoi ?

---

<sup>140</sup> Voir échelle d'appréciation de la collaboration clinique selon Boon et al (2004) et Ahlgreen (2005).

## GUIDE D'ENTRETIEN INFIRMIERE CLINICIENNE EN GERONTOPSYCHIATRIE

(TERRAINS D'EXPLORATION : SHERBROOKE)

1. Parlez-moi, en tant qu'infirmière, de ce qui vous a amené à vous intéresser à cette pratique ?
  - Combien avez-vous d'années de pratiques ?
  - Quelles formations avez-vous suivies ?
  - Comment avez-vous développé votre expertise en gériatrie ?
  
2. Racontez-moi comment s'est développée la fonction de l'infirmière experte
  - Dans l'équipe de gériatrie,
  - Au sein de l'organisation ?
  
3. Racontez-moi comment cela se passe maintenant ?
  - Pour quelle typologie de patients vous demande-t-on d'intervenir en tant qu'infirmière ?
  - Qui évalue et oriente le patient ?
  - Comment répondez-vous ?
  - Avec qui travaillez-vous ? Pourquoi ?
  - Rencontrez-vous des difficultés ? lesquelles ? quelles réponses pouvez-vous apporter ?
  - Avez-vous développé des protocoles ? Par qui sont-ils utilisés ?
  
4. Pensez-vous que la prise en charge des personnes âgées soit suffisamment coordonnée ?
  - Sur cette échelle<sup>141</sup> à quel niveau situeriez-vous la collaboration ?
  - Pourquoi ?
  
5. Et pour demain :
  - Y a-t-il des améliorations à prévoir ? Pourquoi ?
  - Si c'est le cas, avec qui les réaliserez-vous ?
  - Quelle organisation médicale souhaiteriez-vous ? Pourquoi ?
  - Comment la gestion peut-elle apporter son soutien ?
  - Qu'est-ce qui vous tient particulièrement à cœur ? Pourquoi ?

---

<sup>141</sup> Voir échelle d'appréciation de la collaboration clinique selon Boon et al (2004) et Ahlgren (2005).



## **GUIDE D'ENTRETIEN MEDECIN GERIATRE (TERRAINS D'EXPLORATION : SHERBRROKE)**

1. Parlez-moi, en tant que gériatre, de ce qui vous a amené à vous intéresser aux personnes âgées en perte d'autonomie, particulièrement sur le plan cognitif ?
    - Combien avez-vous d'années de pratiques ?
    - Comment avez-vous développé votre expertise ?
  2. Racontez-moi comment se sont développées les deux expertises de gériatrie et de gérontopsychiatrie ?
  3. Quel a été le rôle des gestionnaires ?
  4. Votre clientèle a-t-elle des besoins complexes de santé mentale pour lesquels vous ressentez le besoin d'une expertise psychiatrique ?
    - Pour quelle typologie de patients ?
    - A qui vous adressez vous ?
  5. Si vous utilisez les services de l'équipe de gérontopsychiatrie, comment cela se passe-t-il ?
    - Auprès de qui trouvez-vous de l'aide ? Laquelle ?
    - Pour quels types de patients ?
    - Rencontrez-vous des difficultés ? De quelle nature ?
    - Comment les résolvez-vous ?
  6. Diriez-vous que vous pouvez travailler comme vous le souhaiteriez ?
    - Pourquoi ?
  7. Pensez-vous que leur prise en charge soit suffisamment coordonnée ?
    - Sur cette échelle<sup>142</sup> à quel niveau situeriez-vous la collaboration ?
    - Pourquoi ?
  8. Et pour demain :
    - Y a-t-il des améliorations à prévoir ? Pourquoi ?
    - Si c'est le cas, avec qui devrait-elle(s) être réalisée(s) ?
    - Quelle organisation médicale souhaiteriez-vous ? Pourquoi ?
- Qu'est-ce qui vous tient particulièrement à cœur ? Pourquoi ?

---

<sup>142</sup> Voir échelle d'appréciation de la collaboration clinique selon Boon et al (2004) et Ahlgreen (2005).

## GUIDE D'ENTRETIEN MEDECIN OMNIPRATICIEN OU PSYCHIATRE

(TERRAINS D'EXPLORATION : SHERBROOKE  
ET TERRAIN D'EXPLOITATION : DRUMMONDVILLE)

1. Parlez-moi, en tant que médecin, de ce qui vous a amené à vous intéresser aux personnes âgées souffrant de troubles de santé mentale ?
  - Combien avez-vous d'années de pratiques ?
  - Comment avez-vous développé votre expertise ?
2. Racontez-moi comment vous vous y prenez pour demander de l'aide pour un patient lorsque vous en ressentez le besoin ?
  - Auprès de qui ?
  - Pour quelle typologie de patients ?
  - Rencontrez-vous des difficultés ? De quelle nature ?
  - Comment les résolvez-vous ?
3. Racontez-moi comment cela se passe lorsque vous suivez un patient en collaboration avec l'équipe de gérontopsychiatrie ?
  - Avez-vous une réponse rapidement ?
  - La réponse est-elle adaptée aux besoins du patient ?
  - Disposez-vous de protocoles de soins auxquels vous pouvez vous référer ?
  - Lesquels ?
  - Comment ont-ils été développés ?
  - La réponse est-elle adaptée à vos besoins ?
  - Rencontrez-vous des difficultés ? De quelle nature ?
  - Comment les résolvez-vous ?
4. Diriez-vous que vous pouvez travailler comme vous le souhaiteriez pour répondre aux besoins des personnes âgées souffrant de troubles de santé mentale ?
  - Pourquoi ?
5. Pensez-vous que leur prise en charge soit suffisamment coordonnée ?
  - Sur cette échelle<sup>143</sup> à quel niveau situeriez-vous la collaboration ?
  - Pourquoi ?
6. Et pour demain :
  - Y a-t-il des améliorations à prévoir ? Pourquoi ?
  - Si c'est le cas, avec qui devrait-elle(s) être réalisée(s) ?
  - Quelle organisation médicale souhaiteriez-vous ? Pourquoi ?
  - Qu'est-ce qui vous tient particulièrement à cœur ? Pourquoi ?

---

<sup>143</sup> Voir échelle d'appréciation de la collaboration clinique selon Boon et al (2004) et Ahlgreen (2005).

**GUIDE D'ENTRETIEN GESTIONNAIRE**  
**GUIDE D'ENTRETIEN DIRECTEUR DES SERVICES PROFESSIONNELS**  
(TERRAINS D'EXPLORATION : SHERBRROKE  
ET TERRAIN D'EXPLOITATION : DRUMMONDVILLE)

1. Parlez-moi de votre pratique de gestion ?
  - Combien avez-vous d'années de pratiques ?
  - Comment avez-vous développé votre expertise ?
  
2. Existe-t-il des particularités pour les programmes qui répondent aux besoins des personnes âgées ? De quelle nature ?
  
3. Comment se sont développées les réponses cliniques et comment avez-vous pu les accompagner ?
  - Comment l'émergence du besoin s'est-elle réalisée concrètement ?
  - Quelles ont été les étapes ?
  - Quelles ont été les réponses ?
  - Avec quels moyens et méthodes ?
  
4. Racontez-moi comment cela se passe maintenant ?
  
5. Pensez-vous que la prise en charge des personnes âgées soit suffisamment coordonnée ?
  - Sur cette échelle<sup>144</sup> à quel niveau situeriez-vous la collaboration ?
  - Pourquoi ?
  
6. Et pour demain :
  - Y a-t-il des améliorations à prévoir ? Pourquoi ?
  - Si c'est le cas, avec qui devrait-elle(s) être réalisée(s) ?
  - Quelle organisation médicale souhaiteriez-vous ? Pourquoi ?
  - Qu'est-ce qui vous tient particulièrement à cœur ? Pourquoi ?

---

<sup>144</sup> Voir échelle d'appréciation de la collaboration clinique selon Boon et al (2004) et Ahlgreen (2005).

**GUIDE D'ENTRETIEN INFIRMIERE CHSLD  
OU SANTE MENTALE (DE LIAISON OU EN CLSC)  
(TERRAINS D'EXPLORATION : SHERBRROKE  
ET TERRAIN D'EXPLOITATION : DRUMMONDVILLE)**

1. Racontez-moi comment cela se passe sur le terrain pour la prise en charge des personnes âgées souffrant de troubles de santé mentale ?
  - Quels patients vous sont t'ils référés ? par qui ?
  - Qui évalue et oriente ?
  - Comment répondez-vous ?
  - Avec qui travaillez-vous lorsqu'il y a besoin d'expertise spécifique : évaluation neurologique, évaluation gériatrique, soins de santé somatique, soins de réadaptation ?
  - Comment le lien avec le médecin omnipraticien se fait-il ?
2. Existe-t-il des protocoles de soins auxquels vous vous référez ?
  - Lesquels ?
  - Comment ont-ils été développés ?
  - Sont-ils partagés par l'ensemble des professionnels intervenant dans la prise en charge de la personne âgée ?
3. Pensez-vous que la prise en charge des personnes âgées soit suffisamment coordonnée ?
  - Sur cette échelle<sup>145</sup> à quel niveau situeriez-vous la collaboration ?
  - Pourquoi ?
4. Comment cela se passe-t-il avec la gestion administrative ?
5. Et pour demain, y a-t-il un modèle auquel vous aspireriez ?
  - Y at-il des améliorations à prévoir ? Pourquoi ?
  - Si c'est le cas, avec qui devrait-elle(s) être réalisée(s) ?
  - Quelle organisation médicale souhaiteriez-vous ? Pourquoi ?
  - Qu'est-ce qui vous tient particulièrement à cœur ? Pourquoi ?

---

<sup>145</sup> Voir échelle d'appréciation de la collaboration clinique selon Boon et al (2004) et Ahlgreen (2005).

# Annexe 4 bis : Grilles d'entrevue de groupe selon fonctions

## GUIDE D'ENTRETIEN DE GROUPE GESTIONNAIRES DE CAS

(TERRAINS D'EXPLORATION : SHERBRROKE)

1. Racontez-moi comment cela se passe sur le terrain pour la prise en charge des personnes âgées souffrant de troubles de santé mentale ?
  - Quels patients vous sont t'ils référés ? par qui ?
  - Qui évalue et oriente ?
  - Comment répondez-vous ?
  - Avec qui travaillez-vous lorsqu'il y a besoin d'expertise spécifique : évaluation neurologique, évaluation gériatrique, soins de santé somatique, soins de réadaptation ?
  - Comment le lien avec le médecin omnipraticien se fait-il ?
2. Existe-t-il des protocoles de soins auxquels vous vous référez ?
  - Lesquels ?
  - Comment ont-ils été développés ?
  - Sont-ils partagés par l'ensemble des professionnels intervenant dans la prise en charge de la personne âgée ?
3. Pensez-vous que la prise en charge des personnes âgées soit suffisamment coordonnée ?
  - Sur cette échelle<sup>146</sup> à quel niveau situeriez-vous la collaboration ?
  - Pourquoi ?
4. Comment cela se passe-t-il avec la gestion administrative ?
5. Et pour demain, y a-t-il un modèle auquel vous aspireriez ?
  - Y a-t-il des améliorations à prévoir ? Pourquoi ?
  - Si c'est le cas, avec qui devrait-elle(s) être réalisée(s) ?
  - Quelle organisation médicale souhaiteriez-vous ? Pourquoi ?
  - Qu'est-ce qui vous tient particulièrement à cœur ? Pourquoi ?

---

<sup>146</sup> Voir échelle d'appréciation de la collaboration clinique selon Boon et al (2004) et Ahlgreen (2005).

– ECHELLE D’APPRECIATION DE LA COLLABORATION  
CLINIQUE DANS LE CADRE D’UN RESEAU

Adaptée des modèles de Boon et d’Ahlgreen (2005; Boon et al., 2004)

<b>Pratiques parallèles, Consultations</b>	<b>Pratiques de collaboration</b>	<b>Pratiques de coordination</b>	<b>Pratiques multidisciplinaires</b>	<b>Pratiques interdisciplinaires</b>	<b>Pratiques intégrées</b>
Patients référés, informations partagées	Partage des normes et outils cliniques	Coordination de la trajectoire du patient par professionnel de liaison ou gestionnaire de cas	Décisions partagées, Consultations croisées	Décisions partagées,  Responsable réseau gérontopsychiatrie identifié	Pool de ressources partagées  Gouvernance et  Système d’information partagé

Tableau 9 bis : Échelle d’appréciation de la collaboration clinique dans le cadre d’un réseau

– NB : Cette échelle a été présentée à chaque personne interviewée en entretien.

## **GUIDE D'ENTRETIEN GESTIONNAIRES**

### **GUIDE D'ENTRETIEN DIRECTEUR DES SERVICES PROFESSIONNELS**

(TERRAIN D'EXPLOITATION : DRUMMONDVILLE)

1. Parlez-moi de votre pratique de gestion ?
    - Combien avez-vous d'années de pratiques ?
    - Comment avez-vous développé votre expertise ?
  
  2. Existe-t-il des particularités pour les programmes qui répondent aux besoins des personnes âgées ? De quelle nature ?
  
  3. Comment se sont développées les réponses cliniques et comment avez-vous pu les accompagner ?
    - Comment l'émergence du besoin s'est-elle réalisée concrètement ?
    - Quelle sont été les étapes ?
    - Quelles ont été les réponses ?
    - Avec quels moyens et méthodes ?
  
  4. Racontez-moi comment cela se passe maintenant ?
  
  5. Pensez-vous que la prise en charge des personnes âgées soit suffisamment coordonnée ?
    - Sur cette échelle<sup>147</sup> à quel niveau situeriez-vous la collaboration ?
    - Pourquoi ?
  
  6. Et pour demain :
    - Y a-t-il des améliorations à prévoir ? Pourquoi ?
    - Si c'est le cas, avec qui devrait-elle(s) être réalisée(s) ?
    - Quelle organisation médicale souhaiteriez-vous ? Pourquoi ?
- Qu'est-ce qui vous tient particulièrement à cœur ? Pourquoi ?

---

<sup>147</sup> Voir échelle d'appréciation de la collaboration clinique selon Boon et al (2004) et Ahlgreen (2005).

**GUIDE D'ENTRETIEN DE GROUPE TABLE DE CONCERTATION DES AINES**  
**CENTRE DU QUEBEC**

1. Parlez-moi, en tant qu'organismes communautaires, de ce qui vous a amené à vous intéresser aux personnes âgées ?
  
2. Racontez-moi quels sont les besoins des personnes âgées souffrant de troubles de santé mentale actuellement ?
  - Quelles actions développez-vous ?
  - Sur quel territoire ?
  
3. Décrivez-moi comment cela se passe quand une personne âgée a besoin de soins de santé mentale ? (la trajectoire des patients comme vous la vivez)
  - Vers qui orientez-vous ?
  - Trouvez-vous de l'aide ?
  - De quelles natures sont vos difficultés ?
  - Comment les résolvez-vous ?
  
4. Pensez-vous que la prise en charge des personnes âgées soit suffisamment coordonnée ?
  
5. Et pour demain :
  - Y a-t-il des améliorations à prévoir ? Pourquoi ?
  - Si c'est le cas, avec qui devrait-elle(s) être réalisée(s) ?
  - Quelle organisation médicale souhaiteriez-vous ? Pourquoi ?
  - Qu'est-ce qui vous tient particulièrement à cœur ? Pourquoi ?



## Annexe 5 : Grille d'observation de groupe

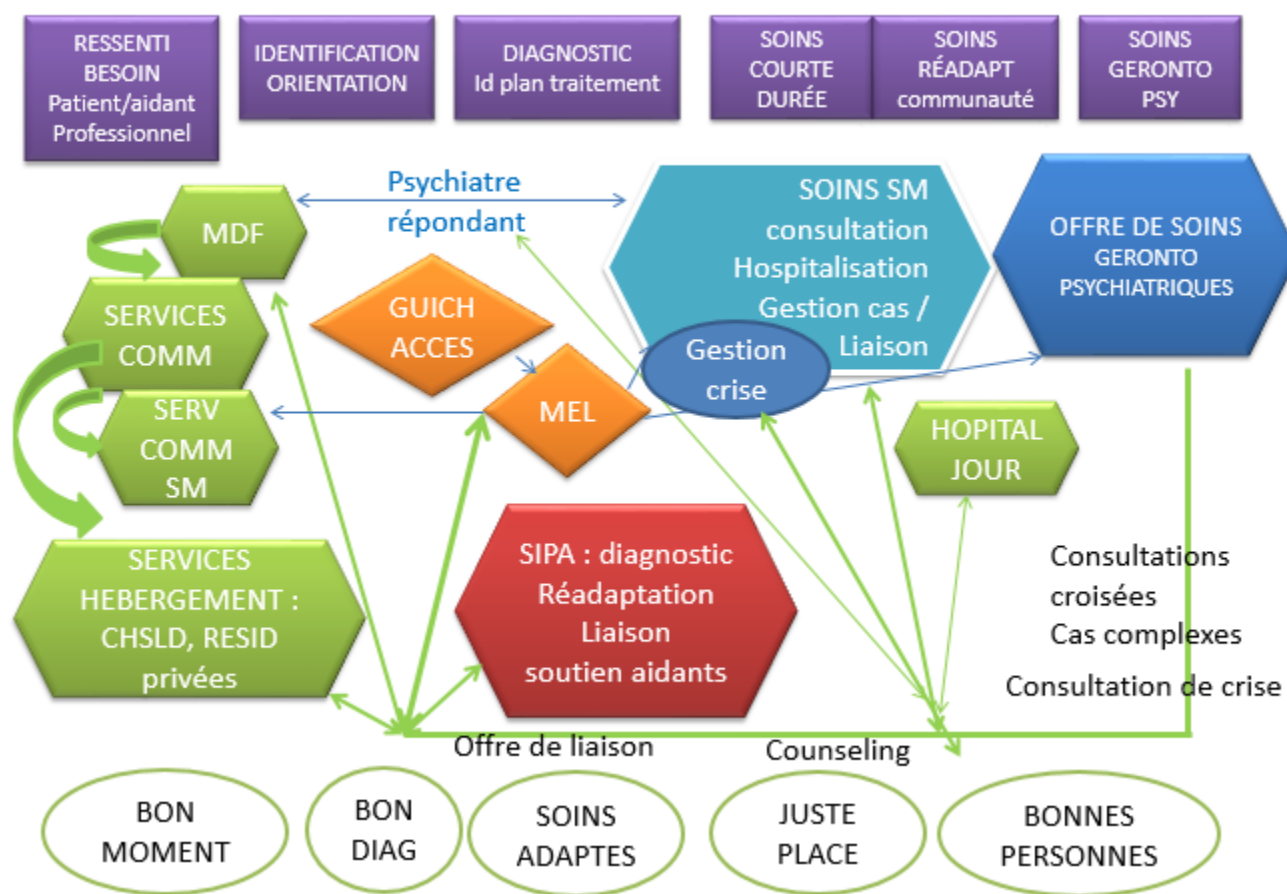
(TERRAINS D'EXPLORATION : SHERBROOKE)  
REUNION HEBODOMADAIRE DE L'ÉQUIPE DE GERONTOPSYCHIATRIE

(TERRAINS D'EXPLOITATION : DRUMMONDVILLE)  
REUNION HEBODOMADAIRE DE L'ÉQUIPE DE PSYCHIATRES

ORGANISATION DE LA REUNION	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rythme d'organisation.</li> <li>- Origine de la méthode de travail</li> <li>- Préparation : ordre du jour, moyens d'information et de communication, réservation du lieu.</li> <li>- Structure de la réunion avec des repères de temps : introduction et principales étapes de discussion, temps pour chaque sujet, temps de débat et temps d'information.</li> <li>- Organisation : présidence, animation, médiation si nécessaire</li> </ul>
PARTICIPANTS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre</li> <li>- Fonctions</li> <li>- Rythme de participation</li> <li>- Habitudes</li> </ul>
FORMES D'INTERACTION	
Sujets / thématiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modalité de choix des sujets / thématiques : à priori, en début de séance, sur proposition émergente en cours de séance.</li> <li>- Contenu des sujets, thématiques débattus(es) au cours de la réunion : sujet principal, sujet annexes.</li> <li>- Intérêt ou désintérêt manifesté. Mode de manifestation : attitudes, paroles.</li> <li>- Modalités de discussion</li> <li>- Contenu des interventions : points discutés, points écartés, par qui, pourquoi, arguments (Extraits d'interventions et de dialogues)</li> <li>- Résultats de la discussion</li> </ul>

Modalités de prise de parole	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fréquence dans les prises de parole, par quel participant (fonction, rôle dans la réunion).</li> <li>- Liberté de parole, définition d'un temps de parole, recentrage éventuel et par qui.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dominance dans les prises de parole : organisation, information ou échanges</li> <li>- Registre de parole dominant : proposition/action/suggestion, ou information (demande d'information ou message informatif), ou interpellation/plainte.</li> </ul>
Modalités de décision	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Collégiale ou par le président de séance.</li> </ul>
Relations et ambiance générale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualité de la communication : respect et écoute, conversations parallèles, ou interactions sur un mode conflictuel</li> <li>- Relations formelles ou signes de proximité (tutoiement, utilisation du prénom, échanges non verbaux), ou de tensions (agressivité, réactions non verbales).</li> <li>- Règles formelles ou informelles du traitement de l'information et modalités de décision : prise en compte et recherche d'un consensus ou déni, ou rejet. Par quel participant</li> <li>- Règles formelles et informelles de prise de décision</li> <li>- Résultats des échanges</li> </ul>
SUPPORTS UTILISES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documents utilisés pour la préparation.</li> <li>- Compte-rendu de séance, responsable de la rédaction, communication. (Observations post-réunion).</li> </ul>

## Annexe 6 : Modélisation de la trajectoire idéale du patient en gérontopsychiatrie



Source : Issue des Lignes directrices relatives à la planification et la prestation de services complets en santé mentale pour les aînés canadiens (CSMC, 2011) et à dire d'expert (Marie-France Tourigny Rivard, 2015).

## **Annexe 7 : Document d'information et de consentement : aux entrevues individuelles <sup>148</sup>**

**Titre du projet :** Modèles d'intégration des soins et services d'une surspécialité en émergence : la gérontopsychiatrie

**Chercheuse principale :** Marie-Françoise Valois-Bourricand. Étudiante à la Msc Administration des services de santé. Option évaluation.

**Directrice de recherche :** Lise Lamothe. Professeure Administration de la santé, ESPUM, Université de Montréal

**Co-directrice de recherche :** Maryse Turcotte. M. Sc Administration de la santé, MD psychiatre en formation surspécialisée en gérontopsychiatrie.

**N° de dossier :** MP-22-2016-537

**Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter d'y participer, veuillez prendre le temps de lire ce document et de comprendre les conditions de participation au projet. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.**

### **INFORMATION :**

Nous vous remercions de prendre connaissance de ce document avant de consentir, si vous l'acceptez, à participer à ce travail de recherche. Ce document vous est envoyé au minimum la semaine précédente afin que vous puissiez disposer du temps de lecture nécessaire pour donner votre accord après ce temps de réflexion. Si vous le souhaitez, la chercheuse principale ou la codirectrice de recherche sont disponibles aux numéros précisés dans le paragraphe « Personnes ressources » page 3 pour répondre à vos questions et vous donner les compléments d'information utiles. Si vous acceptez de participer, vous devrez signer le consentement à la fin du présent document, la chercheuse le signera également et vous en remettra une copie pour vos dossiers.

### **Description du projet :**

Cette recherche vise globalement à comprendre comment, et dans quels contextes, la clinique surspécialisée de gérontopsychiatrie s'est implantée et développée localement dans les réseaux de soins existants (de santé mentale et de gériatrie). Elle vise également à identifier ce qui a été un soutien ou un frein au développement, que ce soit entre professionnels ou dans les liens entre la pratique clinique et la gestion. À partir de cette compréhension du contexte local, les chercheuses ont la volonté de déduire des recommandations pour le développement de cette surspécialité à Drummondville où cette clinique doit se développer prochainement par l'arrivée d'une

---

<sup>148</sup> Date : 2015-06-08      Version n°3

gérontopsychiatre. Cette recherche a pour projet d'explorer les trois régions ayant développé la gérontopsychiatrie au Québec : Sherbrooke, Montréal, et la région de la Capitale Nationale. Les professionnels du site de Sherbrooke seront rencontrés individuellement ou en groupe, ainsi que les représentants des usagers, plusieurs omnipraticiens volontaires, et également les représentants des organismes communautaires régionaux qui le souhaitent. Les rencontres se feront de manière identique sur le site de Drummondville. Les médecins fondateurs de la gérontopsychiatrie, ainsi qu'un gériatre, seront rencontrés à Montréal et Québec pour apporter leur éclairage aux résultats, de par leur expérience singulière. Les Présidents Directeurs Généraux des CISSS de la région de l'Estrie-CHUS et de celle de Mauricie-Centre-du-Québec seront sollicités afin d'explorer les attentes régionales. Ces données seront également enrichies de celles issues de l'expérience de l'Ontario par le biais du médecin gérontopsychiatre l'ayant développé à Ottawa, promotrice des lignes directrices relatives à la prestation et la planification des services complets en santé mentale aux aînés.

### **Procédures :**

Une seule rencontre est prévue avec vous. Cette entrevue pourra durer entre 45 minutes et une heure. Cette rencontre aura lieu à l'endroit choisi par vous-même, en lien avec le médecin gérontopsychiatre et/ou les directions concernées.

Durant cette entrevue, la chercheuse vous posera des questions sur votre contexte de travail, sollicitera votre opinion sur les relations de coordination ainsi que vos souhaits pour l'avenir. Vous avez toute liberté de répondre ou non à ces questions. Nous vous demanderons l'autorisation d'enregistrer l'entrevue. Vous pouvez refuser cet enregistrement sans donner de motif à votre refus. L'objectif de cet enregistrement est de retranscrire le plus exactement vos propos. Cet enregistrement sera conservé pendant le temps de la recherche et jusqu'à la remise du mémoire. Il sera détruit ensuite.

### **Risques et inconvénients :**

Le temps consacré à cette entrevue pourrait être un inconvénient pour vous. De plus, il est possible que vous ressentiez une certaine gêne liée à l'enregistrement ou devant des questions que vous jugeriez non adaptées. Dans ce cas, vous avez toute liberté d'interrompre l'entrevue et d'exiger que l'enregistrement soit arrêté, ceci à tout moment, sans donner de raison et sans que cela ait de conséquence pour vous.

La chercheuse prendra toutes les mesures nécessaires afin que l'entretien se déroule dans toutes les conditions de respect des opinions exprimées.

Il est également possible que vous ressentiez de l'inquiétude sur l'utilisation des données de recherche à des fins autres que celles prévues dans ce protocole de recherche. La participation à cette étude ne constitue aucunement un examen de vos performances personnelles. Il s'agit plutôt de documenter des processus sur lesquels aucun jugement de valeur n'est porté afin de comprendre et d'améliorer les pratiques.

**Avantages :**

Il se peut que vous ne retiriez aucun bénéfice personnel à votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, sachez que votre participation contribuera à l'avancement des connaissances dans le domaine de l'organisation des soins de gérontopsychiatrie.

**Liberté de participer et droit de retrait de l'étude :**

Votre participation est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer. Vous pouvez vous retirer de l'étude à tout moment par simple avis verbal, sans avoir à donner de raison et sans qu'il y ait de conséquence pour vous. La participation, le refus de participer ou le retrait de l'étude n'auront aucune conséquence sur votre employabilité

**Confidentialité :**

Nous serons amenés à recueillir les informations que vous nous transmettez dans un dossier de recherche, ainsi que vos coordonnées (nom, prénom, et/ou nombre d'années d'exercice).

Ces informations sont strictement confidentielles et il ne sera en aucun cas possible de relier les informations que vous donnerez à votre nom. Tout renseignement nominatif sera codé de façon à protéger votre identité avant de les enregistrer.

Ces informations ne seront disponibles qu'aux personnes travaillant directement au projet de recherche pour :

- Servir les analyses reliées au projet,
- Servir pour d'autres analyses reliées au projet,
- Servir pour l'élaboration d'autres projets de recherche futurs.

Les résultats de recherche pourront :

- Être publiés dans des revues spécialisées,
- Faire l'objet de discussions scientifiques avec médecins gestionnaires ou représentants d'usagers ou d'organismes communautaires,
- Être présentées dans des congrès.

Lors de ces communications, rien ne permettra d'identifier le ou les auteurs de verbatim. Sur simple demande, nous vous transmettrons les résultats généraux de cette recherche. Un article scientifique résumant ces résultats vous sera communiqué une fois l'étude terminée.

L'entrevue sera retranscrite afin d'en faciliter l'analyse. L'ensemble des données seront conservées pendant une durée de sept ans après le dépôt du mémoire. Passé ce délai, les chercheurs précéderont à leur destruction.

L'enregistrement sera consigné uniquement dans les ordinateurs des chercheurs, ordinateurs eux-mêmes protégés par un mot de passe. Il sera détruit immédiatement après la retranscription. Quand à vos renseignements personnels (noms, prénom et/ou années d'exercice), ils seront conservés dans le dossier de recherche aux conditions précisées ci-dessus.

Vous aurez également la possibilité d'accéder aux données contenues dans le dossier de recherche et à les corriger si vous le souhaitez pendant toute la durée de cette recherche.

**Personnes-ressources que vous pouvez contacter pour tout renseignement utile sur la recherche :**

**Marie-Françoise Valois-Bourricand.**

**Maryse Turcotte.**

**Responsabilité de l'équipe de recherche :**

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheuses, le directeur de recherche ou l'établissement où se déroule ce projet, de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

Le Comité d'Éthique et de la recherche du CSSS-IUGS a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi annuel. De plus, il approuvera, au préalable, toute révision et toute modification apportée au présent formulaire d'information et de consentement, et au protocole de recherche.

**Pour toute question reliée à l'éthique**, concernant vos droits ou les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez communiquer avec la présidente du comité en contactant l'agente administrative du CÉR.

**Pour toute question sur vos droits à titre de sujet de recherche, et si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler**, vous pouvez communiquer avec Madame Caroline van Rossum, Commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services par intérim du CIUSSS de la région de l'Estrie – CHUS.

**Cette personne transmettra vos demandes, commentaires ou plaintes à l'ensemble des autorités compétentes de différentes juridictions concernées.**

**Information de type administratif :**

Une copie signée par la chercheuse vous sera remise. L'original de ce formulaire sera conservé au bureau de la chercheuse pendant la durée de conservation prévue pour cette recherche.

**Études ultérieures :**

Dans l'éventualité où des projets de recherche ultérieurs similaires à celui-ci se dérouleraient dans les cinq prochaines années, accepteriez-vous qu'un membre de l'équipe de recherche prenne contact avec vous pour vous proposer une nouvelle participation ? Bien entendu, lors de cet appel, vous garderez toute liberté d'accepter ou refuser d'y participer.

OUI       NON

## **CONSENTEMENT :**

### **Adhésion au projet et signatures :**

Je certifie que j'ai expliqué au participant, sujet de recherche, les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que j'ai répondu aux questions qu'il a formulé à cet égard et que j'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce sans préjudice. Je m'engage à respecter le contenu de ce formulaire d'information et de consentement.

Date : \_\_\_\_\_ Nom du chercheur : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Je déclare avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement, particulièrement quant à la nature de ma participation au projet de recherche et l'étendue des risques qui en découlent. J'ai été informé(e) oralement du contexte et des buts du projet et on a répondu à mes questions. Un temps de réflexion suffisant m'a été laissé pour prendre une décision.

Je consens librement et volontairement à participer à ce projet. Une copie signée du présent formulaire m'a été remise.

Date : \_\_\_\_\_ Nom du participant : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_



# **Annexe 7 bis : Document d'information et de consentement aux entrevues de groupe<sup>149</sup>**

**Titre du projet :** Modèles d'intégration des soins et services d'une surspécialité en émergence : la gérontopsychiatrie

**Chercheuse principale :** Marie-Françoise Valois-Bourricand. Étudiante à la M. Sc Administration des services de santé. Option évaluation.

**Directrice de recherche :** Lise Lamothe. Professeure Administration de la santé, ESPUM, Université de Montréal

**Co-directrice de recherche :** Maryse Turcotte. M. Sc Administration de la santé, MD psychiatre en formation surspécialisée en gérontopsychiatrie.

**N° de dossier :** MP-22-2016-537

**Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter d'y participer, veuillez prendre le temps de lire ce document et de comprendre les conditions de participation au projet. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.**

## **INFORMATION :**

Nous vous remercions de prendre connaissance de ce document avant de consentir, si vous l'acceptez, à participer à ce travail de recherche. Ce document vous est envoyé au minimum la semaine précédente afin que vous puissiez disposer du temps de lecture nécessaire pour donner votre accord après ce temps de réflexion. Si vous le souhaitez, la chercheuse principale ou la codirectrice de recherche sont disponibles aux numéros précisés dans le paragraphe « Personnes ressources » page 4 pour répondre à vos questions et vous donner les compléments d'information utiles. Si vous acceptez de participer, vous devrez signer le consentement à la fin du présent document, la chercheuse le signera également et vous en remettra une copie pour vos dossiers.

## **Description du projet :**

Cette recherche vise globalement à comprendre comment, et dans quels contextes, la clinique surspécialisée de gérontopsychiatrie s'est implantée et développée localement dans les réseaux de soins existants (de santé mentale et de gériatrie). Elle vise également à identifier ce qui a été un soutien ou un frein au développement, que ce soit entre professionnels ou dans les liens entre la pratique clinique et la gestion. À partir de cette compréhension du contexte local, les chercheuses ont la volonté de déduire des recommandations pour le développement de cette surspécialité à Drummondville où cette clinique doit se développer prochainement par l'arrivée d'une

---

<sup>149</sup> Date : 2015-06-08      Version n°3

gérontopsychiatre. Cette recherche a pour projet d'explorer les trois régions ayant développé la gérontopsychiatrie au Québec : Sherbrooke, Montréal, et la région de la Capitale Nationale. Les professionnels du site de Sherbrooke seront rencontrés individuellement ou en groupe, ainsi que les représentants des usagers, plusieurs omnipraticiens volontaires, et également les représentants des organismes communautaires régionaux qui le souhaitent. Les rencontres se feront de manière identique sur le site de Drummondville. Les médecins fondateurs de la gérontopsychiatrie, ainsi qu'un gériatre, seront rencontrés à Montréal et Québec pour apporter leur éclairage aux résultats, de par leur expérience singulière. Les Présidents Directeurs Généraux des CISSS de la région de l'Estrie-CHUS et de Mauricie-Centre-du-Québec seront sollicités afin d'explorer les attentes régionales. Ces données seront également enrichies de celles issues de l'expérience de l'Ontario par le biais du médecin gérontopsychiatre l'ayant développé à Ottawa, et promotrice des lignes directrices relatives à la prestation et la planification des services complets en santé mentale aux aînés.

### **Procédures :**

Une seule rencontre est prévue avec le groupe. Elle pourra durer entre 45 minutes et une heure. Cette rencontre aura lieu à l'endroit choisi par les participants, en lien avec le médecin gérontopsychiatre et/ou les directions concernées.

Durant cette entrevue, la chercheure vous posera des questions sur votre contexte de travail, sollicitera votre opinion sur les relations de coordination ainsi que vos souhaits pour l'avenir. Vous avez toute liberté de répondre ou non à ces questions. Nous vous demanderons l'autorisation d'enregistrer l'entrevue. Vous pouvez refuser cet enregistrement sans donner de motif à votre refus. L'objectif de cet enregistrement est de retranscrire le plus exactement vos propos. Cet enregistrement sera conservé pendant le temps de la recherche et jusqu'à la remise du mémoire. Il sera détruit ensuite.

### **Risques et inconvénients :**

Le temps consacré à cette entrevue pourrait être un inconvénient pour vous. De plus, il est possible que vous ressentiez une certaine gêne liée à l'enregistrement ou devant des questions que vous jugeriez non adaptées. Dans ce cas, vous avez toute liberté d'interrompre l'entrevue et d'exiger que l'enregistrement soit arrêté, ceci à tout moment, sans donner de raison et sans que cela ait de conséquence pour vous. La chercheure prendra toutes les mesures nécessaires afin que l'entretien se déroule dans toutes les conditions de respect des opinions exprimées.

La conduite des entretiens en groupe dans un milieu de travail nécessite quelques précautions dont la requête de l'engagement de chaque participant à la garantie de confidentialité sur les informations partagées. Toutefois, malgré cet engagement, il est possible que ces dernières soient divulguées par les autres participants, ce qui diminue notre capacité à assurer la confidentialité des informations partagées.

Puisque vous aurez à partager votre expérience et votre vécu, il se peut que vous ressentiez de la gêne ou un inconfort durant cette rencontre. L'animation de cette entrevue de groupe sera réalisée de manière à mettre à l'aise les participants et à garantir le respect des opinions et le droit à la différence de point de vue. De même, vous n'êtes en aucun cas obligé(e) de répondre aux questions de la chercheure ou d'un membre du groupe. Dans l'éventualité d'un inconfort, vous pourrez en

faire part à l'animateur en privé ou devant le groupe, à votre convenance. L'animateur vous garantit son écoute ainsi que d'examiner avec vous ce qui peut lever cet inconfort.

Il est également possible que vous ressentiez de l'inquiétude sur l'utilisation des données de recherche à des fins autres que celles prévues dans ce protocole de recherche.

La participation à cette étude ne constitue aucunement un examen de vos performances personnelles. Il s'agit plutôt de documenter des processus sur lesquels aucun jugement de valeur n'est porté afin de comprendre et d'améliorer les pratiques.

**Avantages :**

Il se peut que vous ne retiriez aucun bénéfice personnel à votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, sachez que votre participation contribuera à l'avancement des connaissances dans le domaine de l'organisation des soins de gérontopsychiatrie.

**Liberté de participer et droit de retrait :**

Votre participation est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer. Vous pouvez vous retirer de l'étude à tout moment par simple avis verbal, sans avoir à donner de raison et sans qu'il y ait de conséquence pour vous. La participation, le refus de participer ou le retrait de l'étude n'auront aucune conséquence sur votre employabilité.

**Confidentialité :**

Nous serons amenés à recueillir les informations que vous nous transmettez dans un dossier de recherche, ainsi que vos coordonnées (nom, prénom, et/ou nombre d'années d'exercice).

Ces informations sont strictement confidentielles et il ne sera en aucun cas possible de relier les informations que vous donnerez à votre nom. Tout renseignement nominatif sera codé de façon à protéger votre identité avant de les enregistrer.

Toutefois, s'agissant d'une rencontre de groupe, nous ne pouvons garantir cette confidentialité, même s'il sera demandé, en début de rencontre une confidentialité absolue eu égard aux propos échangés durant la rencontre. De plus, il est possible qu'un participant à la recherche soit identifié étant donné le petit nombre de participants par milieu.

Ces informations ne seront disponibles qu'aux personnes travaillant directement au projet de recherche pour :

- Servir les analyses reliées au projet,
- Servir pour d'autres analyses reliées au projet,
- Servir pour l'élaboration d'autres projets de recherche futurs.

Les résultats de recherche pourront :

- Être publiés dans des revues spécialisées,
- Faire l'objet de discussions scientifiques avec médecins gestionnaires ou représentants d'usagers ou d'organismes communautaires,
- Être présentées dans des congrès.

Lors de ces communications, rien ne permettra d'identifier le ou les auteurs de verbatim. Sur simple demande, nous vous transmettrons les résultats généraux de cette recherche. Un article scientifique résumant ces résultats vous sera communiqué une fois l'étude terminée.

L'entrevue sera retranscrite afin d'en faciliter l'analyse. L'ensemble des données seront conservées pendant une durée de sept ans après le dépôt du mémoire. Passé ce délai, les chercheuses procéderont à leur destruction.

L'enregistrement sera consigné uniquement dans les ordinateurs des chercheuses, ordinateurs eux-mêmes protégés par un mot de passe. Il sera détruit immédiatement après la retranscription. Quand à vos renseignements personnels (noms, prénom et/ou années d'exercice), ils seront conservés dans le dossier de recherche aux conditions précisées ci-dessus.

Vous aurez également la possibilité d'accéder aux données contenues dans le dossier de recherche et à les corriger si vous le souhaitez pendant toute la durée de cette recherche.

**Personnes-ressources que vous pouvez contacter pour tout renseignement utile sur la recherche :**

**Marie-Françoise Valois-Bourricand.**

**Maryse Turcotte.**

**Responsabilité de l'équipe de recherche :**

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheuses, le directeur de recherche ou l'établissement où se déroule ce projet, de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

Le Comité d'Éthique et de la recherche du CSSS-IUGS a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi annuel. De plus, il approuvera, au préalable, toute révision et toute modification apportée au présent formulaire d'information et de consentement, et au protocole de recherche.

**Pour toute question reliée à l'éthique**, concernant vos droits ou les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez communiquer avec la présidente du comité en contactant l'agente administrative du CÉR.

**Pour toute question sur vos droits à titre de sujet de recherche, et si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler**, vous pouvez communiquer avec Madame Caroline van Rossum, Commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services par intérim du CIUSSS de l'Estrie-CHUS.

**Cette personne transmettra vos demandes, commentaires ou plaintes à l'ensemble des autorités compétentes des différentes juridictions concernées.**

**Information de type administratif :**

Une copie signée par la chercheuse vous sera remise. L'original de ce formulaire sera conservé au bureau de la chercheuse pendant la durée de conservation prévue pour cette recherche.

**Études ultérieures :**

Dans l'éventualité où des projets de recherche ultérieurs similaires à celui-ci se dérouleraient dans les cinq prochaines années, accepteriez-vous qu'un membre de l'équipe de recherche prenne contact avec vous pour vous proposer une nouvelle participation ? Bien entendu, lors de cet appel, vous garderez toute liberté d'accepter ou refuser d'y participer.

OUI       NON

**CONSENTEMENT :**

**Adhésion au projet et signatures :**

Je certifie que j'ai expliqué au participant, sujet de recherche, les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que j'ai répondu aux questions qu'il a formulé à cet égard et que j'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce sans préjudice. Je m'engage à respecter le contenu de ce formulaire d'information et de consentement.

Date : \_\_\_\_\_ Nom du chercheur : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Je déclare avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement, particulièrement quant à la nature de ma participation au projet de recherche et l'étendue des risques qui en découlent. J'ai été informé(e) oralement du contexte et des buts du projet et on a répondu à mes questions. Un temps de réflexion suffisant m'a été laissé pour prendre une décision.

Je consens librement et volontairement à participer à ce projet. Une copie signée du présent formulaire m'a été remise.

Date : \_\_\_\_\_ Nom du participant : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

## **Annexe 7 ter : Document d'information et de consentement : observation de groupe<sup>150</sup>**

**Titre du projet :** Modèles d'intégration des soins et services d'une surspécialité en émergence : la gérontopsychiatrie

**Chercheuse principale :** Marie-Françoise Valois-Bourricand. Étudiante à la Msc Administration des services de santé. Option évaluation.

**Directrice de recherche :** Lise Lamothe. Professeure Administration de la santé, ESPUM, Université de Montréal

**Co-directrice de recherche :** Maryse Turcotte. M. Sc Administration de la santé, MD psychiatre en formation surspécialisée en gérontopsychiatrie.

**N° de dossier :** MP-22-2016-537

**Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter d'y participer, veuillez prendre le temps de lire ce document et de comprendre les conditions de participation au projet. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.**

### **INFORMATION :**

Nous vous remercions de prendre connaissance de ce document avant de consentir, si vous l'acceptez, à participer à ce travail de recherche. Ce document vous est envoyé au minimum la semaine précédente afin que vous puissiez disposer du temps de lecture nécessaire pour donner votre accord après ce temps de réflexion. Si vous le souhaitez, la chercheuse principale ou la codirectrice de recherche sont disponibles aux numéros précisés dans le paragraphe « Personnes ressources » page 4 pour répondre à vos questions et vous donner les compléments d'information utiles. Si vous acceptez de participer, vous devrez signer le consentement à la fin du présent document, la chercheuse le signera également et vous en remettra une copie pour vos dossiers.

### **Description du projet :**

Cette recherche vise globalement à comprendre comment, et dans quels contextes, la clinique surspécialisée de gérontopsychiatrie s'est implantée et développée localement dans les réseaux de soins existants (de santé mentale et de gériatrie). Elle vise également à identifier ce qui a été un soutien ou un frein au développement, que ce soit entre professionnels ou dans les liens entre la pratique clinique et la gestion. À partir de cette compréhension du contexte local, les chercheuses ont la volonté de déduire des recommandations pour le développement de cette surspécialité à Drummondville où cette clinique doit se développer prochainement par l'arrivée d'une gérontopsychiatre. Cette recherche a pour projet d'explorer les trois régions ayant développé la

---

<sup>150</sup> Date : 2015-06-13      Version n°1

gérontopsychiatrie au Québec : Sherbrooke, Montréal, et la région de la Capitale Nationale. Les professionnels du site de Sherbrooke seront rencontrés individuellement ou en groupe, ainsi que les représentants des usagers, plusieurs omnipraticiens volontaires, et également les représentants des organismes communautaires régionaux qui le souhaitent. Les rencontres se feront de manière identique sur le site de Drummondville. Les médecins fondateurs de la gérontopsychiatrie, ainsi qu'un gériatre, seront rencontrés à Montréal et Québec pour apporter leur éclairage aux résultats, de par leur expérience singulière. Les Présidents Directeurs Généraux des CISSS de la région de l'Estrie-CHUS et de Mauricie-Centre-du-Québec seront sollicités afin d'explorer les attentes régionales. Ces données seront également enrichies de celles issues de l'expérience de l'Ontario par le biais du médecin gérontopsychiatre l'ayant développé à Ottawa, et promotrice des lignes directrices relatives à la prestation et la planification des services complets en santé mentale aux aînés.

**Procédures :**

Une seule observation est prévue avec le groupe. Elle durera le temps de la réunion habituelle. Cette rencontre aura lieu à l'endroit habituel, en lien avec le médecin gérontopsychiatre et/ou les directions concernées.

Durant cette observation de vos échanges habituels, la chercheure observera une posture d'observateur afin d'éviter les interactions avec le groupe. Vous avez toute liberté de refuser cette observation. Nous vous en demanderons l'autorisation au préalable, ainsi que celle d'enregistrer les échanges. Vous pouvez refuser cet enregistrement sans donner de motif à votre refus. L'objectif de cet enregistrement est de retranscrire le plus exactement les propos échangés. Cet enregistrement sera conservé pendant le temps de la recherche et jusqu'à la remise du mémoire. Il sera détruit ensuite.

**Risques et inconvénients :**

Il est possible que vous ressentiez une certaine gêne liée à l'observation ou à l'enregistrement des échanges. Dans ce cas, vous avez toute liberté d'interrompre l'entrevue et d'exiger que l'observation soit interrompue ou que l'enregistrement soit arrêté, ceci à tout moment, sans donner de raison et sans que cela ait de conséquence pour vous. La chercheure prendra toutes les mesures nécessaires afin que cette observation se déroule dans toutes les conditions de respect.

Il est également possible que vous ressentiez de l'inquiétude sur l'utilisation des données de recherche à des fins autres que celles prévues dans ce protocole de recherche.

La participation à cette étude ne constitue aucunement un examen de vos performances personnelles. Il s'agit plutôt de documenter des processus sur lesquels aucun jugement de valeur n'est porté afin de comprendre et d'améliorer les pratiques.

**Avantages :**

Il se peut que vous ne retiriez aucun bénéfice personnel à votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, sachez que votre participation contribuera à l'avancement des connaissances dans le domaine de l'organisation des soins de gérontopsychiatrie.

**Liberté de participer et droit de retrait :**

Votre participation est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer. Vous pouvez vous retirer de l'étude à tout moment par simple avis verbal, sans avoir à donner de raison et sans qu'il y ait de conséquence pour vous. La participation, le refus de participer ou le retrait de l'étude n'auront aucune conséquence sur votre employabilité.

**Confidentialité :**

Nous serons amenés à recueillir les informations que vous nous transmettez dans un dossier de recherche, ainsi que vos coordonnées (nom, prénom, et/ou nombre d'années d'exercice).

Ces informations sont strictement confidentielles et il ne sera en aucun cas possible de relier les informations recueillies à votre nom. Tout renseignement nominatif sera codé de façon à protéger votre identité avant de les enregistrer.

Ces informations ne seront disponibles qu'aux personnes travaillant directement au projet de recherche pour :

- Servir les analyses reliées au projet,
- Servir pour d'autres analyses reliées au projet,
- Servir pour l'élaboration d'autres projets de recherche futurs.

Les résultats de recherche pourront :

- Être publiés dans des revues spécialisées,
- Faire l'objet de discussions scientifiques avec médecins gestionnaires ou représentants d'usagers ou d'organismes communautaires,
- Être présentées dans des congrès.

Lors de ces communications, rien ne permettra d'identifier le ou les auteurs de verbatim. Sur simple demande, nous vous transmettrons les résultats généraux de cette recherche. Un article scientifique résumant ces résultats vous sera communiqué une fois l'étude terminée.

L'entrevue sera retranscrite afin d'en faciliter l'analyse. L'ensemble des données seront conservées pendant une durée de sept ans après le dépôt du mémoire. Passé ce délai, les chercheurs procéderont à leur destruction.

L'enregistrement sera consigné uniquement dans les ordinateurs des chercheurs, ordinateurs eux-mêmes protégés par un mot de passe. Il sera détruit immédiatement après la retranscription. Quand à vos renseignements personnels (noms, prénom et/ou années d'exercice), ils seront conservés dans le dossier de recherche aux conditions précisées ci-dessus.

Vous aurez également la possibilité d'accéder aux données contenues dans le dossier de recherche et à les corriger si vous le souhaitez pendant toute la durée de cette recherche.

**Personnes-ressources que vous pouvez contacter pour tout renseignement utile sur la recherche :**

**Marie-Françoise Valois-Bourricand.**

**Maryse Turcotte.**



**Responsabilité de l'équipe de recherche :**

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le directeur de recherche ou l'établissement où se déroule ce projet, de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

Le Comité d'Éthique et de la recherche du CSSS-IUGS a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi annuel. De plus, il approuvera, au préalable, toute révision et toute modification apportée au présent formulaire d'information et de consentement, et au protocole de recherche.

**Pour toute question reliée à l'éthique**, concernant vos droits ou les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez communiquer avec la présidente du comité en contactant l'agente administrative du CÉR.

**Pour toute question sur vos droits à titre de sujet de recherche, et si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler**, vous pouvez communiquer avec Madame Caroline Van Rossum, Commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services par intérim du CIUSSS de l'Estrie-CHUS.

**Cette personne transmettra vos demandes, commentaires ou plaintes à l'ensemble des autorités compétentes des différentes juridictions concernées.**

**Information de type administratif :**

Une copie signée par la chercheuse vous sera remise. L'original de ce formulaire sera conservé au bureau de la chercheuse pendant la durée de conservation prévue pour cette recherche.

**Études ultérieures :**

Dans l'éventualité où des projets de recherche ultérieurs similaires à celui-ci se dérouleraient dans les cinq prochaines années, accepteriez-vous qu'un membre de l'équipe de recherche prenne contact avec vous pour vous proposer une nouvelle participation ? Bien entendu, lors de cet appel, vous garderez toute liberté d'accepter ou refuser d'y participer.

OUI       NON

## **CONSENTEMENT :**

### **Adhésion au projet et signatures :**

Je certifie que j'ai expliqué au participant, sujet de recherche, les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que j'ai répondu aux questions qu'il a formulé à cet égard et que j'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce sans préjudice. Je m'engage à respecter le contenu de ce formulaire d'information et de consentement.

Date : \_\_\_\_\_ Nom du chercheur : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Je déclare avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement, particulièrement quant à la nature de ma participation au projet de recherche, c'est-à-dire à être observé(e), et l'étendue des risques qui en découlent. J'ai été informé(e) oralement du contexte et des buts du projet et on a répondu à mes questions. Un temps de réflexion suffisant m'a été laissé pour prendre une décision.

Je consens librement et volontairement à participer à ce projet. Une copie signée du présent formulaire m'a été remise.

Date : \_\_\_\_\_ Nom du participant : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_