

Troubles délirants, intervention policière et espace public

Sous un autre jour

DOSSIER

Ce texte fait partie d'une banque de 50 récits de pratiques d'intervention en itinérance¹. Ils ont été documentés en collaboration avec quatre Équipes Itinérance au Québec (Hurtubise et Babin, 2010) et les trois équipes cliniques du projet Chez soi à Montréal (Hurtubise et Rose, 2013). Ces récits de pratiques sont disponibles sur le site du CREMIS (www.cremis.ca) sous le dossier « Savoirs d'intervention en itinérance ».

Marie-Claude Rose

Professionnelle de
recherche
CREMIS

Roch Hurtubise

Professeur titulaire et
directeur
Département de service
social
Université de Sherbrooke

Membre du CREMIS

Équipe de suivi intensif
dans le milieu (SIM)

Projet Chez soi
CSSS Jeanne-Mance



Les personnes qui vivent en situation d'itinérance, particulièrement visibles dans l'espace public et spécifiquement ciblées par des lois, sont surreprésentées dans les tribunaux et le système correctionnel. Plusieurs personnes desservies par les équipes spécialisées en itinérance ont eu des démêlés avec la justice. Ce récit de pratique raconte diverses interventions de médiation et de sensibilisation qui visent à favoriser les conditions d'une pleine citoyenneté aux personnes desservies par l'équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM) du projet Chez soi à Montréal².

À travers ce récit sont identifiées diverses formes de collaboration avec les policiers pour réduire la judiciarisation des personnes en situation d'itinérance au centre-ville de Montréal. C'est ainsi que des intervenants vont oser

demander à des policiers de participer à l'intervention. Il s'agira de faire un travail de médiation pour favoriser des rencontres entre les policiers et les personnes desservies, et d'accompagner les personnes pour régulariser leur statut juridique. Dans un premier suivi, les intervenants miseront sur un travail de prévention afin de limiter les conséquences juridiques liées aux idées délirantes que nourrit un homme au sujet des policiers. Dans le cadre d'un second suivi, un travail de concertation et de médiation auprès des policiers aura lieu pour mettre fin à la surjudiciarisation dont fait l'objet un jeune homme qui souhaite repartir en neuf. Des liens préalablement établis entre les acteurs de divers secteurs d'intervention permettront que ces démarches soient rapidement entreprises.

Réduire le délire : rencontre avec une policière sociocommunautaire

Paul souffre de schizophrénie. Il a des idées délirantes à propos des policiers, qu'il soupçonne être à sa recherche. Il est à risque de commettre des délits dans le souci de répondre à cette menace perçue. À travers son expérience de vie à la rue, il a eu plus d'une fois affaire aux policiers et il n'a pas toujours compris les charges qui pesaient contre lui.

À la suite d'un incident survenu lors d'un épisode délirant, où Paul s'en prend à un présumé policier, l'occasion sera saisie par l'équipe pour l'aider à réduire son anxiété à l'égard des policiers. Une policière sociocommunautaire, dont le mandat est de faire de la prévention et des interventions adaptées auprès de certaines populations, sera interpellée pour participer à une intervention de prévention. Cette collaboration va permettre de désamorcer une crise, de régulariser le statut juridique de Paul et de lui offrir une zone sécuritaire pour la suite.

Paul a cinquante ans et souffre de schizophrénie. Par un bel après-midi d'été, il a versé un seau d'eau sur un homme attendant dans un véhicule garé près de son domicile. La fenêtre de la voiture était ouverte. Paul, qui a un délire au sujet des policiers, se sentait espionné depuis des heures et soupçonnait le conducteur d'être un policier en civil. L'homme aspergé a signalé l'incident aux policiers. Quand ces der-

niers arrivent sur les lieux, Paul, paniqué, se cache au sous-sol de l'édifice, dans la salle des chaudières. Une fois les policiers partis, il sort de sa cachette et prend un taxi. Il part à la recherche de sa sœur et erre pendant un moment dans la ville, ne se souvenant plus de son adresse.

C'est la sœur de Paul qui nous appelle en soirée pour raconter l'incident du seau d'eau. Paul est très anxieux. Nous lui proposons d'aller dans un centre de crise, mais il refuse. Il accepte de retourner chez lui ce soir-là. Les intervenants de l'équipe anticipent l'angoisse que cet incident peut susciter chez lui et qui pourrait considérablement aggraver ses symptômes de schizophrénie. Nous l'appelons le lendemain matin pour prendre de ses nouvelles et lui demander s'il sera présent au club de marche, comme convenu. Mais Paul ne veut pas sortir de chez lui, craignant les représailles des policiers. Nous lui proposons donc d'aller le chercher à son domicile, ce qu'il accepte. Au retour de l'activité, une intervenante de l'équipe SIM le rencontre. Paul est très nerveux et craint d'être emprisonné. Elle l'assure de l'appui de l'équipe et elle lui suggère, si des policiers l'interpellent, de leur donner les coordonnées de l'équipe. Elle lui propose également de l'accompagner dans ses démarches juridiques pour savoir si quelque chose est retenu contre lui après l'incident. L'intervenante lui offre d'organiser une rencontre avec une policière sociocommunautaire du poste de quartier près de chez lui. Paul accepte.

Moins d'une semaine après l'incident, une rencontre est organisée avec la policière. Il est exceptionnel que des rencontres avec un policier se tiennent à domicile et soient aussi rapidement fixées. La cheffe d'équipe et la policière se connaissent, ce qui facilite les démarches. La policière sociocommunautaire est informée du délire de Paul et de son état de santé mentale. La cheffe d'équipe lui demande de bien vouloir regarder, par la même occasion, si Paul a un dossier judiciaire.

La policière se présente au domicile de Paul en uniforme de travail. L'objectif est de favoriser une association positive avec l'uniforme policier. Une intervenante de l'équipe est présente

« L'intervenante lui offre d'organiser une rencontre avec une policière sociocommunautaire du poste de quartier près de chez lui. Paul accepte. »

DOSSIER

également lors de cette rencontre. La policière rassure Paul qu'il n'y a dans les dossiers du Service de police aucune consigne de surveillance de sa personne et qu'aucun de ses collègues n'a entendu parler de lui. Elle lui explique que sa dernière arrestation date de 2005 et qu'il n'y a aucun motif pour que les policiers soient à sa recherche. La rencontre permet vraisemblablement de réduire l'anxiété de Paul. À la fin de la rencontre, il semble rassuré.

Si aucune plainte n'a été portée au sujet du seau d'eau, le dossier de Paul n'est cependant pas vierge. Il a 13 amendes non payées. Pour une somme totale de près de 4000 \$. Des amendes cumulées entre 2004 et 2009, à raison d'environ deux par année, et les intérêts courent depuis longtemps. Des amendes « d'itinérants » : avoir dormi sur un banc de

parc, être entré dans le métro sans payer son passage, s'être « baigné » dans une fontaine (pour y recueillir la monnaie). Paul est désagréablement surpris. Il croyait que son temps d'incarcération en 2005 avait permis de le libérer de ses dettes.

Quelques jours plus tard, on l'accompagne au Palais de justice afin de convenir d'un arrangement pour régler la dette. On apprend alors qu'il doit payer en deux ans maximum: donc, avec des paiements minimums de près de 200 \$ par mois. Paul vit d'un revenu de l'aide sociale pour personne jugée inapte au travail. Un peu moins de 900 \$ par mois. Existe bien la possibilité des travaux compensatoires, mais, pour l'heure, Paul ne retient pas cette option, disant souhaiter payer ses contraventions comme un citoyen ordinaire.

Si la crainte de Paul est toujours là et qu'il continue de se crispier à la vue des policiers, il dira plus tard que cette rencontre l'a tranquillisé. Il a maintenant une base rationnelle sur laquelle s'appuyer : la policière lui a assuré qu'il n'était pas recherché par les policiers. Il sait aussi qu'à l'avenir, s'il arrivait quoi que ce soit, il connaît une policière pouvant lui venir en

aide et que l'équipe SIM est là également. Cette intervention a permis de réduire significativement son anxiété. L'équipe a pu le constater lorsque, quelques mois plus tard, Paul va demander à être accompagné pour entreprendre des travaux compensatoires.

Ian Sane, 2010. Certains droits réservés ©



*Sensibilisation et concertation avec des policiers pour limiter la
judiciarisation*

Alexandre, trente ans, est constamment interpellé par les policiers lorsqu'il circule au centre-ville. Il est très connu de ceux-ci et d'un service d'urgence psychosocial pour avoir été agressif et intimidant à de nombreuses reprises au cours des dernières années. Une rencontre entre Alexandre, des policiers et des travailleurs sociaux du centre-ville qui interviennent dans le cadre d'un projet de réduction de la judiciarisation des personnes en situation d'itinérance sera organisée afin d'élaborer une stratégie d'intervention en concertation. Il s'agit de permettre aux différents acteurs de changer leur regard sur Alexandre, d'aménager un espace où il ne sera pas constamment ciblé par les policiers et de lui permettre ainsi de préserver ses acquis.

À une époque, Alexandre, qui souffre de schizophrénie et de toxicomanie, a présenté un risque de dangerosité passablement élevé et il a été très intimidant pour les policiers et la population du centre-ville. Il est grand et costaud, il délire à propos de l'armée et porte des habits de combat. Il errait seul au centre-ville et se désorganisait très rapidement lorsqu'il consommait. Pendant de nombreuses années, Alexandre, bien que très malade, n'était souvent pas considéré comme « un danger imminent » pour lui-même ou pour les autres, et il n'était donc pas possible de l'hospitaliser contre son gré. Mais son impulsivité et le fait qu'il ait frappé des gens à différentes reprises sans préavis ont fait en sorte qu'il soit régulièrement judiciarisé, à titre préventif. Il a été fiché et les policiers ont pris l'habitude de l'interpeller et de lui donner des contraventions chaque fois qu'il était au centre-ville. Depuis l'âge de 18 ans, il a connu un cycle de vie à la rue, d'incarcérations, d'hospitalisations et de retour à la rue. À son entrée au projet, il est à risque d'être judiciarisé à n'importe quel propos étant donné cet historique : avoir traversé la rue au mauvais endroit, avoir craché par terre, flâner dans un parc.

Cet homme, connu pour s'être toujours désorganisé très rapidement à la sortie de ses incarcérations et de ses hospitalisations, a accepté de participer au projet *Chez soi* et d'emménager en logement. Pour une fois depuis des années, il est à jeun et les intervenants font des rencontres avec lui. Il est motivé, fait preuve d'introspection. C'est le bon moment de faire une démarche avec lui pour repartir à neuf au regard de sa situation juridique. Une rencontre est prévue avec Alexandre, une intervenante de l'équipe SIM, des policiers et des travailleurs sociaux d'une équipe spéciale du centre

*« Depuis l'âge de 18
ans, il a connu un
cycle de vie à la rue,
d'incarcérations,
d'hospitalisations et
de retour à la rue. À
son entrée au projet, il
est à risque d'être
judiciarisé à n'importe
quel propos étant
donné cet historique :
avoir traversé la rue
au mauvais endroit,
avoir craché par terre,
flâner dans un parc. »*

DOSSIER

« Alexandre s'est beaucoup livré, il a également parlé de ses champs d'intérêt, de ses projets de vie, de son intérêt pour la pêche, la chasse, le vélo. De son sentiment d'étouffement, aussi, lorsqu'il est au centre-ville. »

-ville qui vise à limiter la judiciarisation des personnes à la rue. L'objectif de la rencontre est de sensibiliser les policiers à la réalité d'Alexandre. Cette rencontre est l'idée d'une intervenante d'un service d'urgence psychosociale qui a fait de nombreuses interventions auprès d'Alexandre au cours des dernières années.

En convoquant cette rencontre, l'équipe SIM fait valoir que la dangerosité n'est pas une condition figée dans le temps. Nous souhaitons donner la chance aux policiers de voir Alexandre sous un autre jour. Nous mettons également de l'avant que

les locaux des intervenants Chez soi sont situés au centre-ville et qu'Alexandre devra s'y rendre régulièrement. Bien que l'équipe ne puisse pas se porter garante de sa bonne conduite, elle peut cependant témoigner qu'il est maintenant en appartement et que sa santé mentale est plus stable. Rapidement, une rencontre s'organise avec tous ces acteurs.

Au moment de cette rencontre, Alexandre nous a raconté son parcours avec beaucoup d'ouverture. Au début de l'âge adulte, quand la maladie mentale s'est déclarée, il a eu une très mauvaise expérience avec une médication qui était inappropriée pour lui. Ensuite, il n'a plus repris de médicaments. Il a vécu douze ans à la rue. Il a expliqué le cycle de ses psychoses qui se reproduisait continuellement : lorsqu'il allait moins bien, il se présentait à l'hôpital où on le gardait généralement seulement quelques heures. Alors, il retournait à la rue et se désorganisait rapidement. Il était ensuite arrêté par les policiers qui utilisaient fréquemment la contention physique pour le maîtriser afin de



Walt Jabsco, 2010. Certains droits réservés (CC)

l'hospitaliser ou de l'incarcérer. Il a parlé du sentiment de vengeance qui l'habitait à son retour à la rue pour avoir été traité avec violence. Dans ses propres mots, il a décrit la mauvaise expérience des portes tournantes des hôpitaux. Alexandre s'est beaucoup livré, il a également parlé de ses champs d'intérêt, de ses projets de vie, de son intérêt pour la pêche, la chasse, le vélo. De son sentiment d'étouffement, aussi, lorsqu'il est au centre-ville.

Cette rencontre a été l'occasion de changer les regards. Les policiers se sont dits émus d'avoir la chance de rencontrer Alexandre lorsqu'il se porte bien. Ils n'avaient jamais pu parler avec lui lorsqu'ils étaient intervenus auprès de lui dans la rue, parce qu'il était toujours trop délirant. Ils ne l'avaient jamais vu collaborer avant ce jour. D'autre part, Alexandre était à même de rencontrer personnellement des policiers dans un contexte autre que celui des arrestations répétées. Cette rencontre a été l'occasion de clarifier le rôle des policiers, de faire valoir

talisation. Parmi ses solutions, Alexandre a indiqué avoir beaucoup réduit sa consommation. Sur une échelle de dix, il l'estimait à deux ou trois, alors qu'elle avait été à dix sur dix peu de temps avant. Il a également accepté que la psychiatre de l'équipe écrive une lettre attestant qu'il désirait être retenu à l'hôpital lors d'un prochain séjour, bien qu'il puisse demander le contraire en état de psychose. Cette lettre sera gardée par l'équipe SIM et utilisée lors d'une future hospitalisation.

Enfin, une intervenante du SIM a suggéré qu'une rencontre soit organisée avec les agents du poste de police du quartier d'Alexandre. Bien que ce dernier ait refusé, l'intervenante a laissé la porte ouverte, faisant valoir qu'il s'agissait d'un filet de sécurité qui pourrait être mis en place ultérieurement.

Une intervenante de l'équipe SIM et Alexandre se sont rencontrés ensuite pour faire un retour sur cette rencontre. Alexandre était très satisfait. Il considérait maintenant les équipes rencontrées comme des organisations pouvant le soutenir et lui venir en aide au besoin.

Pourquoi accompagner les personnes dans leurs démarches légales ?

Les personnes en situation d'itinérance sont très visibles dans l'espace public. Ce sont des personnes qui dérangent parce qu'elles font du bruit ou qu'elles sont intoxiquées. L'itinérance est souvent associée à la toxicomanie, à la prostitution, qui, oui, sont des délits, mais qui sont surtout des délits que l'on voit puisqu'ils sont commis par des gens visibles. De plus, avoir des problèmes de santé mentale augmente la probabilité d'être stigmatisé et judiciairisé. Les personnes sont souvent plus vulnérables et elles sont facilement identifiables. Lorsqu'elles sont en crise, elles sont susceptibles d'avoir des comportements dérangeants et de commettre divers délits envers la personne et la propriété.

Nous accompagnons les personnes dans leurs démarches pour avoir un revenu d'aide sociale. Nous voyons à régler leurs dettes. Les accompagner à redevenir des citoyens à part entière, c'est aussi voir avec eux à leur situation légale.

qu'ils étaient là pour la sécurité du public et la sécurité d'Alexandre également. Il y a eu beaucoup de renforcement positif à l'égard d'Alexandre, à la fois de la part de l'équipe SIM et des policiers.

Un plan de crise a été élaboré en concertation lors de cette rencontre. Les policiers ont demandé à Alexandre l'autorisation de sensibiliser leurs collègues à sa nouvelle réalité. Ils ont également inscrit à son dossier électronique — auquel les policiers se réfèrent lors d'une arrestation —, que cette personne est connue et qu'elle est stable actuellement, et de communiquer avec l'équipe clinique au besoin. Les cartes des professionnels autour de la table ont été remises à Alexandre, afin qu'il appelle les équipes au besoin et qu'ils les remettent aux personnes concernées dans le cas d'une hospi-

DOSSIER

Plusieurs ont des dossiers et des mandats d'arrêt parce que vivre dans la rue, c'est souvent vivre dans l'immédiat. Certaines personnes ne comprennent pas ce qui pèse sur elles, d'autres ne prennent pas leur probation au sérieux sachant qu'il y a peu de leviers légaux pour faire respecter leurs conditions de probation et que les délais sont longs avant d'être à nouveau convoquées en cour. Mais vient un moment où les personnes doivent se présenter en cour pour avoir brisé les conditions de la peine ; elles risquent alors d'être amenées au poste et incarcérées. Une personne incarcérée perd de nombreux acquis. L'aide sociale est coupée à la suite de l'emprisonnement et le dossier sera fermé après six mois. Les personnes perdent souvent leurs biens et leur appartement. Elles risquent également de perdre leur réseau social. À la sortie de prison, c'est souvent un retour à la rue. Et le cycle recommence. L'accompagnement des personnes dans leurs démarches juridiques et le travail de médiation auprès des policiers fait partie de leur réhabilitation sociale.

Notes:

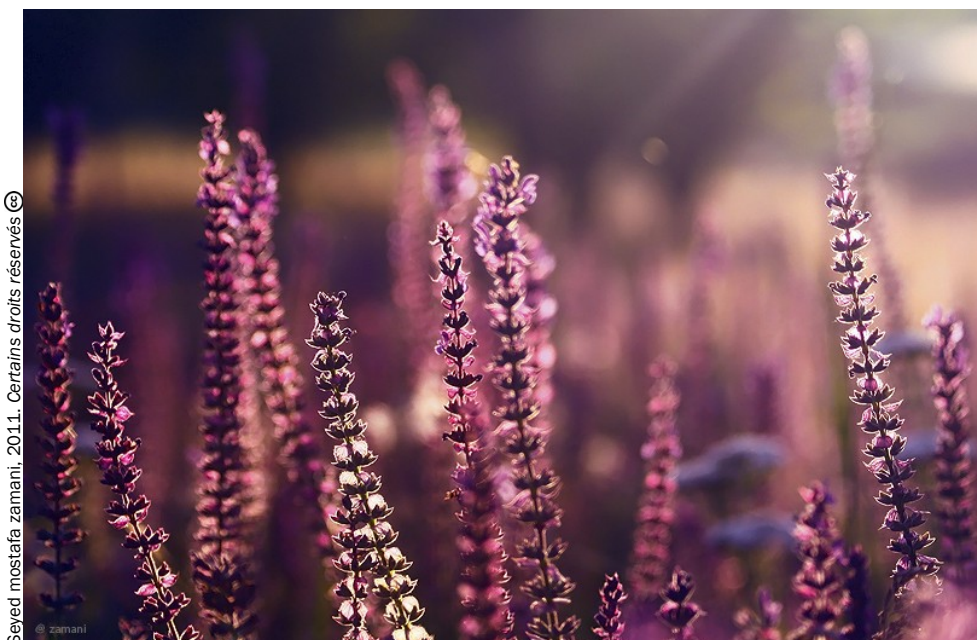
1 : Les récits de pratiques documentent les pratiques les plus prometteuses dans l'intervention en itinérance telles qu'elles ont été identifiées par le collectif des intervenants, afin de les transmettre dans divers milieux de pratique et de formation. Ces récits racontent divers apprentissages, pratiques et principes directeurs qui guident l'intervention de sept équipes multidisciplinaires spécialisées en itinérance. S'y trouve réunie la parole de travailleurs sociaux, d'infirmières, de spécialistes en toxicomanie, d'éducateurs spécialisés, de psychiatres, de médecins, de pairs aidants et d'organismes communautaires.

2 : Le projet *Chez soi / At home* est un projet de recherche et d'intervention sur l'itinérance et la santé mentale qui s'est tenu dans cinq villes canadiennes, entre 2009 et 2013. La philosophie générale du projet consistait à donner à des personnes souffrant de problèmes de santé mentale lourde ou modérée la possibilité d'intégrer rapidement un logement subventionné de leur choix (sans devoir passer par des étapes préparatoires), tout en leur offrant un suivi clinique et de réadaptation intégrés et personnalisés (plus ou moins intensif selon leurs besoins). Les trois équipes cliniques mises sur pied à Montréal ont desservi 280 personnes. Ces équipes multidisciplinaires réunissant près de 30 intervenants ont travaillé dans une approche du rétablissement en santé mentale. À Montréal, ce projet s'est terminé en mars 2013.

Savoirs expérientiels et sciences de la santé

Des champs à défricher

En Amérique du Nord, une personne sur deux vit au quotidien avec au moins une maladie chronique. Bien que ce chiffre illustre le défi considérable auquel doit faire face notre système de santé déjà à bout de souffle, nous vous proposons ici de le voir au contraire comme une source de créativité inattendue. C'est ce que la perspective du *patient partenaire* défend en proposant de considérer le patient comme un soignant et un membre à part entière – un partenaire – de l'équipe de soins (Karazivan, 2011).



Seyed mostafa zamani. 2011. Certains droits réservés (CC)

Depuis une vingtaine d'années, les approches paternalistes des soins ont laissé progressivement la place aux approches centrées sur le patient (Stewart, 1995) qui personnalisent de plus en plus les soins selon les particularités, les valeurs et le vécu des patients (Stewart, 2000). Malgré la contribution indiscutable et significative de ces dernières (Bauman, 2003), le médecin et les profession-

DOSSIER

Philippe Karazivan¹

*Médecin de famille
CSSS Jeanne-Mance*

Membre du CREMIS

Alexandre Berkessé

*Conseiller en management
Direction Collaboration et
Partenariat Patient
Université de Montréal*

Luigi Flora

*Conseiller pédagogique et
chercheur
Direction Collaboration et
Partenariat Patient
Université de Montréal*

*Chercheur
Laboratoire EXPERICE
Université Paris 8*

Vincent Dumez

*Codirecteur
Direction Collaboration et
Partenariat Patient
Université de Montréal*

DOSSIER

« Alors que les professionnels de la santé sont les experts de la maladie, les patients et leurs proches sont les véritables experts de la vie avec la maladie. »

nels de la santé conservent encore le monopole du rôle de soignant. Partout dans le monde, les organisations de soins, les institutions et les universités redoublent aujourd'hui d'efforts pour engager les patients et rendre leur participation de plus en plus importante (que ce soit en réponse à des pressions institutionnelles formelles ou informelles - démarches d'amélioration continue, critères d'agrément, etc. - ou à une volonté émergente de la part des acteurs). Des initiatives récentes, telles que la prise de décision partagée (Légaré, 2012), certaines approches d'éducation thérapeutique (WHO 1998), du patient-expert et de l'autogestion (Bodenheimer, 2002 ; Lorig, 2003 ; Battersby, 2008), s'inspirent des approches centrées sur le patient et proposent de nouvelles manières d'impliquer celui-ci. La perspective du partenariat de soins s'appuie à son tour sur ces approches centrées sur le patient, mais fait un pas de plus, celui de considérer *le patient comme un soignant* faisant partie de l'équipe de soins avec ses propres compétences et limites.

Une telle reconnaissance du statut de soignant chez chaque patient soulève la question de la nature et de la légitimité des savoirs sur lesquels repose cette compétence de soins (Jouet et coll., 2012). Face à des maladies chroniques incurables avec lesquelles on doit composer pour le reste de sa vie, l'expérience de la vie avec la maladie devient une source riche de savoirs. Imaginez l'ampleur et la richesse des savoirs expérientiels accumulés par un patient hémophile qui a passé au moins 10 heures par semaine pendant plus de 30 ans (c'est-à-dire près de 15 000 heures) dans les milieux de soins, ou en tant qu'acteur de ses propres soins à domicile. Faites le même exercice avec

un mari qui a accompagné sa femme atteinte de la maladie d'Alzheimer pendant plus de 10 ans à travers les dédales d'un système de soins et de services complexes ainsi que dans son quotidien. Les exemples ne manquent pas sur notre territoire du CSSS Jeanne-Mance avec la vaste gamme des populations que nous servons : populations défavorisées, immigrantes, en situation d'itinérance, toxicomanes, etc.

Alors que les professionnels de la santé sont les experts de la maladie, les patients et leurs proches sont les véritables experts de *la vie avec la maladie*. À la *Direction Collaboration et Patient Partenaire* (DCPP) de l'Université de Montréal, nous avons choisi de permettre à ces deux univers qui cohabitent au quotidien de se rencontrer sur un terrain commun et de construire ensemble. Notre proposition : habiliter les patients à agir durablement sur les missions de soins, d'enseignement et de recherche des établissements de soins et services en mobilisant la richesse des savoirs expérientiels issus de leur vie avec la maladie et ceci, grâce à la création d'un partenariat de soins entre professionnels de la santé, gestionnaires et patients.

Intégration

Mais par où commencer ? Quels projets porteurs choisir ? Nous avons choisi pour notre part de matérialiser notre vision du partenariat de soins à travers une démarche d'amélioration continue. La nature même de cette démarche, basée sur le partage de l'expérience du processus de soins par les acteurs, nous a paru constituer le vecteur le plus approprié pour illustrer rapidement et concrètement la valeur ajoutée de la contribution des patients à l'amélioration des soins de santé. De plus, comment ne pas profiter du fait que « les soins de santé » comptent parmi les rares domaines où le destinataire du service est aussi un acteur de la chaîne de valeur (le patient assumant ses propres soins) ?



Depuis 2010, 26 équipes cliniques (par exemple, le CHSLD Centre-Ville du CSSS Jeanne-Mance et l'équipe de santé mentale du CHUM) ont été accompagnées dans leur démarche d'amélioration continue des soins et la contribution essentielle des patients fut reconnue unanime-

ment. Ce qui ressort le plus de cette première expérimentation du partenariat de soins au sein d'une démarche d'amélioration continue, c'est que les patients sont les mieux placés pour identifier les changements qui auront un véritable impact sur la qualité de leur expérience (DCCP 2014). Citons l'exemple du CHSLD Centre-Ville du CSSS Jeanne-Mance qui intègre depuis longtemps déjà les résidents aux plans d'intervention interdisciplinaires (PII) notamment à l'unité *Clé des champs*. La démarche initiée avec le Programme Partenaires de Soins a permis de donner une voix aux résidents et ainsi d'identifier des enjeux importants que les résidents et les professionnels souhaitent, ensemble, améliorer. Il s'agit pour eux, dans leur milieu, de mieux préparer le résident à son PII (ses attentes, les points qu'il souhaite discuter, etc.), d'intégrer aux PII le projet de vie du résident et non uniquement les objectifs des intervenants, de prioriser le résident et ce qu'il veut par rapport à notre tendance à vouloir travailler sur ce que les intervenants connaissent et ce en quoi ils croient et, finalement, d'éviter de désigner les résidents par leur numéro de chambre.

Conditions

Vous vous demandez certainement comment il est possible que l'intégration du patient dans les décisions concernant ses milieux de vie et de soins puisse constituer une

DOSSIER

« En sciences de la santé (et particulièrement en médecine), il reste du travail à faire, des champs à défricher, des cultures à changer. »

initiative avant-gardiste ? Si, dans certains milieux, les savoirs expérientiels des patients, des proches, des personnes trouvent déjà une reconnaissance et une légitimité, en sciences de la santé (et particulièrement en médecine), il reste du travail à faire, des champs à défricher, des cultures à changer. Pourquoi, alors que toutes ces décisions concernent en finalité le patient et son projet de vie, les professionnels de santé ne travaillent-ils pas déjà en partenariat avec celui-ci et ses proches ? Nous nous sommes posé les mêmes questions et avons alors travaillé sur l'identification des enjeux culturels, organisationnels et éducatifs à l'origine de cette situation paradoxale en médecine.

À ce jour, ces travaux nous ont permis d'identifier trois conditions pour réaliser le partenariat de soins : (1) l'ancrage d'une vision du partenariat dans les soins par l'intégration de cette vision dans les valeurs et la planification stratégique de l'organisation²; (2) l'émergence et la consolidation d'une culture du partenariat dans l'organisation, en habilitant les professionnels de la santé, les gestionnaires, les étudiants au partenariat de soins³; (3) la structuration de l'engagement du patient dans les processus, en encadrant, formalisant et reconnaissant la contribution des patients aux milieux de soins.⁴

Schématiquement, nous avons donc deux cibles principales d'intervention : la culture (la tête) et les pratiques (les bras). Pour y arriver, nous avons choisi d'incarner nous-mêmes cette vision du partenariat en constituant une équipe de travail au quotidien composée de patients, de professionnels de la santé et de gestionnaires afin de pouvoir agir et construire ensemble les milieux de soins de demain.

Nos projets futurs ? Le déploiement d'une culture du partenariat avec le patient à l'échelle des organisations, l'habilitation au partenariat de soins d'un nombre encore plus important d'équipes cliniques à travers le Québec et le Canada, une contribution aux efforts du CREMIS et du CSSS Jeanne-Mance face aux inégalités sociales et de santé de nos populations, la création d'une « Université des patients » pour former, dans une perspective d'éducation populaire, l'ensemble des citoyens à devenir des patients ou des proches partenaires et, surtout,



Seema Krishnakumar, 2009. Certains droits réservés

l'initiation d'une réforme profonde de la formation des professionnels de la santé dans une vision d'humanisation des soins ; non pas dans une perspective morale pour la formation de « bons médecins plus humains », mais plutôt pour développer leur capacité à mener une pratique réflexive de la médecine et trouver eux-mêmes ce qu'ils considèrent être un bon médecin et une bonne médecine.

Notes :

1 : Philippe Karazivan est médecin de famille à la Clinique Notre-Dame du CSSS Jeanne-Mance et chercheur en éducation médicale. Il s'intéresse à l'implication et à la participation des patients dans les soins, en éducation et en recherche. Il codirige les activités de recherche sur le partenariat de soins à l'Université de Montréal avec Dr. Marie-Pascale Pomey. Alexandre Berkesse est conseiller en management et chercheur en responsabilité sociale des organisations. Il a été chef de projet pour la transformation du programme de médecine à l'Université de Montréal. Il est aujourd'hui conseiller sénior au sein de la *Direction Collaboration et Partenariat Patient* (DCPP) de l'Université de Montréal. Luigi Flora est patient vivant avec plusieurs maladies chroniques et a un PhD en sciences de l'éducation. Il est actuellement conseiller pédagogique et chercheur au sein de la DCPP et chercheur du laboratoire EXPERICE à l'Université Paris 8. Vincent Dumez est atteint de trois maladies chroniques depuis plusieurs décennies. Titulaire d'un baccalauréat en finance et d'une maîtrise en sciences de la gestion de HEC Montréal, il s'est engagé activement dans la promotion du concept de « patient partenaire ». M. Dumez partage la direction de la DCPP avec Dre Paule Lebel.

2 : La DCPP joue un rôle-conseil auprès du MSSSQ (soins de 1re ligne, direction de la qualité, programme de lutte contre le cancer, etc.) pour le développement de lignes directrices et de politiques favorisant le partenariat patient, ainsi qu'auprès de l'équipe de direction de 30 établissements de santé au Québec pour créer une planification stratégique, une gouvernance et des conditions de travail de leurs employés favorisant le développement du partenariat de soins.

3 : La DCPP assure la formation et l'accompagnement de 26 équipes cliniques dans 16 établissements du RUIS de l'Université de Montréal dans l'implantation d'une démarche d'amélioration continue du partenariat de soins et de services. Elle sensibilise et accompagne les futurs professionnels de santé vers ce concept dès leur première année de formation et de manière longitudinale.

4 : La DCPP a élaboré le premier référentiel de « compétence patient » au monde (permettant ainsi au patient de s'autoévaluer et aux professionnels de santé d'évaluer et de suivre le développement des compétences attendues pour les patients dans les milieux de soins de santé). La DCPP vise aussi la structuration des processus de recrutement et des critères de sélection formels, permettant aux milieux de soins et services d'identifier et de sélectionner les patients avec lesquels ils vont collaborer, ce qui permet au patient de s'exprimer à la bonne place avec une dimension thérapeutique identifiée (Flora, 2012; Gross, 2014). Elle a également sélectionné et formé un bassin de 16 patients *coachs* permettant d'accompagner les nouveaux patients experts dans les

milieux qui débutent ou poursuivent le partenariat patient, ainsi qu'un bassin de plus de 150 patients experts pouvant intervenir tant dans la formation des professionnels de la santé, qu'à titre de patients ressources dans les milieux de soins, ou encore dans la recherche associée aux milieux de soins de santé et de services.

- Battersby, M.W., Ah Kit, J., Prideaux, C., Harvey, P.W., Collins, J.P. et P.D. Mills (2008). « Implementing the Flinders Model of self-management support with Aboriginal people who have diabetes: findings from a pilot study », *Aust J Prim Health*, 14: 66-74.
- Bauman, A.E., Fardy, H.J., Harris, P.G. (2003). « Getting it right: why bother with patient-centred care? » *Med J Aust*, 179: 253-256.
- Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. (2002). « Patient self-management of chronic disease in primary care ». *JAMA*, 288: 2469-75.
- Direction Collaboration et Partenariat Patient (2014), *Rapport d'étape (2011-2013) et perspectives*, Centre de pédagogie appliquées aux sciences de la santé, Université de Montréal. Accessible sur Internet à l'adresse : http://med.umontreal.ca/doc/PPS_Rapport_2011-2013.pdf, (dernière consultation le 27/02/2014).
- Flora L. (2012). *Le patient formateur : élaboration théorique et pratique d'un nouveau métier de la santé*, Thèse de doctorat en sciences de l'éducation, Université Vincennes Saint-Denis Paris 8, Campus Condorcet.
- Gross O. (2014). *Experts et expertises, le cas des patients : Contribution à la caractérisation du patient-expert et de son expertise*, Thèse de doctorat en santé publique, Université Paris Nord 13.
- Jouet, E., Flora L. et O. Las Vergnas (2010). « Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients », *Pratiques de formation-analyses*, 58-59: 13-77.
- Karazivan, P., Dumez, V. et P. Lebel (2011). « Le patient partenaire de soins: un atout pour le médecin! », *Le point en administration de la santé et des services sociaux*, 7:6-8.
- Légaré, F., Turcotte, S., Stacey, D., Ratté, S., Kryworuchko, J. et I.D. Graham (2012). « Patients' perceptions of sharing in decisions: a systematic review of interventions to enhance shared decision making in routine clinical practice », *Patient*, 5: 1-19.
- Lorig, K.R. et H. Holman (2003). « Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms », *Ann Behav Med*, 26: 1-7.
- Stewart, M., Brown, J.B., Donner, A., McWhinney, I.R., Oates, J. et W.W. Weston (2000). « The impact of patient-centered care on outcomes », *J Fam Pract*, 49: 796-804.
- Stewart, M., Brown, J.B., Weston, W.W., McWhinney, I.R., McWilliam, C. et T.R. Freeman. (1995). *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*, Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- WHO (1998). *Therapeutic patient education. Continuing education programs for health care providers in the field of prevention of chronic diseases*, Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.