

le partenaire

La seule revue de langue française spécialisée en réadaptation psychosociale et en rétablissement en santé mentale



Vers une culture d'évaluation en santé mentale

le partenaire

est la revue de

l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale. Publiée 3 fois par année, cette revue est la seule de langue française spécialisée en réadaptation psychosociale et en rétablissement en santé mentale.

Siège social :
AQRP, 2380, avenue du Mont-Thabor,
bureau 205
Québec (Québec) G1J 3W7
Internet : aqrp-sm.org

Éditrice : Diane Harvey
dharvey@aqrp-sm.org

Pour abonnement :
www.aqrp-sm.org/lepartenaire/
lepartenaire@aqrp-sm.org
418 523-4190, poste 211

Comité d'édition :

Rosanne Émard,
Consultante formatrice en réadaptation
psychosociale et rétablissement et en suivi
communautaire, Outaouais

Michel Gilbert,
Coordonnateur du Centre national d'excellence
en santé mentale (CNESM)

Diane Harvey,
Directrice générale, AQRP, Québec

Paul Jacques,
Psychiatre, Institut universitaire
en santé mentale de Québec, Équipe SIM,
Programme clientèle des troubles anxieux
et de l'humeur

Mathieu Morel-Bouchard,
ARH Santé Mentale Justice -
PAJSM au CISSS des Laurentides,
Leader de Collaboration en Établissement

Isabelle Morin,
Administratrice et planificatrice de services
de santé, Outaouais

Marie-Hélène Morin,
Travailleuse sociale, professeure régulière en
travail social, Université du Québec à Rimouski
(UQAR)

Steve Paquet, Ph.D.,
Professionnel de recherche au Centre
d'excellence sur le vieillissement de Québec
et professeur associé au département de
sociologie de l'Université Laval

Esther Samson,
Professionnelle de recherche
Laboratoire Cognition et Interactions sociales
Centre de recherche de l'Institut universitaire
en santé mentale de Québec

Révision des textes :
Judith Tremblay

Conception et réalisation graphique :
www.fleurdeleysee.ca

Impression :
Les Copies du Pavois, Québec

ISSN : 1188-1607

Sommaire

3 CARNET DE L'ÉDITRICE

CHRONIQUE DU FRANC-TIREUR

4 L'expert et la plante verte

Mathieu Bouchard, pair aidant; doctorant, HEC
Montréal

6 Il faut labourer pour en arriver à une culture... de la mesure

Daniel Corbeil, Président-directeur général adjoint,
Centre intégré de santé et de services sociaux des
Laurentides

8 Le Tool for Measurement of Assertive Community Treatment : une échelle de fidélité pour le programme de Suivi intensif dans le milieu

Olivier Jackson et Guy Lagacé, conseillers
Suivi intensif dans le milieu, Centre national
d'excellence en santé mentale

12 Le sens de la mesure

Alexandre Beaudry, psychoéducateur,
coordonnateur clinique, équipe de suivi intensif
dans le milieu, CISSS des Laurentides

14 Les clés de l'évaluation d'interventions conçues pour améliorer la santé

Diane Berthelette, Ph. D., professeure associée,
Département d'organisation et de ressources
humaines, Université du Québec à Montréal

18 Programme de réseautage et de comparaison des données avec les services hospitaliers en santé mentale et en dépendance de l'Ontario

Lynne McVey, présidente-directrice générale
adjointe, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal;
Najia Hachimi-Idrissi, directrice
santé mentale et dépendance,
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal;
Pamela Prince, Ph. D., directrice, Planification
stratégique et évaluation, The Royal;
André Delorme, M. D., directeur de la santé
mentale, Ministère de la Santé et des Services
sociaux du Québec

22 L'évaluation dans le milieu communautaire : enjeux et défis

Amande Anin et Julie Nicolas, conseillères
et formatrices en évaluation au Centre
de formation populaire

25 L'évaluation comme levier d'évolution

Jean-Nicolas Ouellet, coordonnateur,
Centre d'activités pour le maintien de l'équilibre
émotionnel de Montréal-Nord

26 L'apport unique des personnes vivant avec une problématique de santé mentale dans l'évaluation du continuum de soins et de services

Paule Lebel, médecin spécialiste en médecine
préventive et santé publique; détentrice d'une
maîtrise en santé communautaire; professeure
agrégée, DMFMU, membre, DCP, Faculté de
médecine, Université de Montréal; médecin-conseil,
DRSP, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal;
Sylvie Martel, directrice adjointe, volet
des pratiques professionnelles, DSM,
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal;
Francine Roberge, personne partenaire ressource
touchée par la maladie mentale ; participante
à divers comités sur la prévention du suicide,
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal;
Adam Mongodin, coordonnateur de santé
publique, directeur adjoint intérimaire, DQPE,
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal;
Danis-Stéphane Tremblay, psychologue, directeur
adjoint, continuum des services-clientèles,
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

30 Donner au suivant

Martine Gervais, usagère-partenaire,
CIUSSS de la Capitale-Nationale; étudiante,
baccalauréat en service social, Université Laval

31 Cadre normatif et certification dans l'univers communautaire : un engagement vers la pérennité et les défis collectifs

Hélène Fradet, directrice générale,
Réseau Avant de Craquer

34 Bilan de la situation du programme Pairs Aidants Réseau Étude auprès des personnes formées, des pairs aidants et des milieux d'embauche

Esther Samson, M. Sc., chargée de projet,
Association québécoise pour la réadaptation
psychosociale

36 Indicateurs de performance Une fenêtre sur la vision stratégique des établissements de santé et de services sociaux

Michel Gervais, MD, FRCPC, MBA, M. Mgmt,
médecin psychiatre, Centre intégré universitaire
de santé et de services sociaux de la
Capitale-Nationale

NOUS AVONS LU POUR VOUS

39 Espace pluriel : santé mentale et participation publique Sous la direction de Michèle Clément

Sylvie Boulet, bachelière et diplômée de deuxième
cycle en sciences infirmières; vice-présidente,
Comité des usagers, Institut universitaire en santé
mentale de Québec; représentante des comités
d'usagers, Comité d'éthique clinique, Centre
intégré universitaire de santé et de services
sociaux de la Capitale-Nationale

CARNET DE L'ÉDITRICE

Comment produire un numéro intéressant portant sur l'évaluation et s'adressant à un auditoire diversifié, parfois expert, parfois néophyte en la matière? Tout simplement en présentant une série d'articles de gens transmettant leur propre expérience dans ce domaine.

Par le biais de leurs passions, de leurs projets ou de leurs préoccupations, ces auteurs parlent de l'importance de mieux évaluer pour mieux répondre aux besoins des personnes et des milieux.

Il faut toutefois *labourer pour en arriver à une culture de la mesure*. Un point de départ avec un texte de Daniel Corbeil qui dit le caractère urgent d'avoir une culture de la mesure au sein du système de santé pour perfectionner les soins et les services.

Plongeons ensuite vers des expériences concrètes en lien avec l'implantation des équipes SI et SIV dans les programmes de santé mentale.

Olivier Jackson et Guy Lagacé, conseillers au Centre national d'excellence en santé mentale, nous proposent un texte sur l'expérimentation du *Tool for Measurement of Assertive Community Treatment (TMACT)*, un outil d'évaluation de l'organisation et de la prestation des services donnés par une équipe de SI dans la communauté. Alexandre Beaudry, coordonnateur clinique au CISSS des Laurentides, raconte ensuite les difficultés et les succès rencontrés lors de la passation de cet outil.

Évaluer nécessite une réflexion quant à l'adéquation entre ses objets, ses processus, ses intentions et la diffusion de ses résultats. Pour mieux nous outiller, Diane Berthelette de l'Université du Québec à Montréal nous indique quelques clés pour assurer la réussite de l'évaluation d'interventions conçues pour améliorer la santé.

Au cœur de l'évaluation, des outils et des données... En Ontario, les hôpitaux spécialisés en santé mentale et en dépendance ont formé un consortium pour établir une série d'indicateurs de performance standardisés et créer un forum afin d'échanger les données obtenues. Le texte de McVey *et al.* soumet un projet-pilote d'implantation de la mesure de ces indicateurs de performance au Québec.

Instaurer une culture de l'évaluation est aussi un enjeu incontournable pour les organisations communautaires. Amande Anin et Julie Nicolas du Centre de formation populaire nous

invitent donc à lire leur article sur le sujet. L'expérience du Centre d'activités pour le maintien de l'équilibre émotionnel de Montréal-Nord s'ensuit et nous offre une belle démonstration de l'évaluation en tant que levier d'évolution.

Par ailleurs, le champ de l'évaluation se bonifie continuellement grâce à l'apport unique des personnes vivant avec un trouble de santé mentale. L'article de Lebel *et al.* traite de l'apport positif de l'inclusion d'usagers-partenaires dans les organisations des services en santé mentale.

Mais pour *donner au suivant*, quoi de mieux que l'expérience de Martine Gervais, usagère-partenaire au CIUSSS de la Capitale-Nationale qui nous relate son cheminement personnel.

Deux autres partenaires nous disent ensuite leurs préoccupations et en quoi l'évaluation représente pour eux un réel moyen d'amélioration. Hélène Fradette de la FFAPAMM nous introduit au cadre normatif et à la certification dans l'univers communautaire des familles et des proches, alors qu'Esther Samson nous fait part des résultats de l'appréciation des services reliés au programme Pairs Aidants Réseau de l'AQRP.

Dr Michel Gervais, médecin psychiatre au CIUSSS de la Capitale-Nationale, nous entretient de la mesure des indicateurs de performance qui guident la gouvernance et la gestion des établissements de santé et de services sociaux.

Pour finir en beauté, il vous faut prendre connaissance de la chronique Franc-tireur dont le titre *L'expert et la plante verte* traduit l'opinion tranchée de Mathieu Bouchard, pair aidant et doctorant au HEC de Montréal, quant à l'inclusion des patients-partenaires dans la recherche et le développement.

Sur une note plus douce, Sylvie Boulet, vice-présidente du Comité des usagers de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec, signe la chronique *Nous avons lu pour vous* en présentant le livre *Espace pluriel : santé mentale et participation publique*.

Voilà donc une édition intéressante aux articles diversifiés. Un thème misant sur l'évaluation comme levier de changement et de questionnements de nos pratiques pouvant rejoindre chaque personne intéressée par l'amélioration de nos interventions.

Bonne lecture!

Diane Harvey, éditrice



Diane Harvey
Éditrice

Ma pratique en peinture débute il y a 15 ans par un besoin intrinsèque d'évacuer une charge émotive rebelle et indisciplinée. Ma démarche questionne en effet les remous des êtres humains tiraillés entre leurs moments de lutte et de paix.

J'accorde dans mon travail une place prépondérante à l'accident du geste qui fait sans cesse vaciller l'équilibre des éléments, comme s'il s'agissait d'une chorégraphie et d'un rythme improvisé.

Chaque toile est éclectique et directement reliée à mes impulsions, en somme, je fais corps avec elle donnant à l'inerte une forme de vie incarnée.



Je sculpte et modèle physiquement la couleur et la matière picturale puisant mes influences dans l'expressionnisme et la démarche d'artistes tels que Francis Bacon, Egon Schiele et Zao Wou Ki.

Je souhaite par l'expression formelle de ma peinture, tantôt figurative tantôt abstraite, transmettre au spectateur l'ambiguïté et la tension de ce que j'appelle « mon chaos intérieur ».

Benoit Genest Rouillier

L'expert et la plante verte



Mathieu Bouchard

Mathieu Bouchard, pair aidant; doctorant, HEC Montréal

Dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux, la mode est au patient partenaire. L'inclusion des patients* dans la recherche et dans le développement de pratiques cliniques fait partie des orientations promues par le ministère de la Santé et des Services sociaux et est exigée par un nombre croissant d'organismes de financement. Cette tendance, qui dépasse d'ailleurs largement les frontières du Québec, est de plus en plus adoptée dans d'autres provinces canadiennes ainsi que dans plusieurs pays à travers le monde. Depuis quelques années, on commence enfin à reconnaître que le patient détient une forme distincte d'expertise fondée sur son vécu quotidien avec la maladie et les soins, et que cette forme d'expertise qu'on appelle « savoir expérientiel » constitue un complément essentiel aux savoirs scientifique et professionnel sur lesquels sont traditionnellement établis les protocoles de recherche et les pratiques cliniques.

Toutefois, dans un secteur d'activité où la structure et la culture historiquement hiérarchiques génèrent des interactions souvent définies par les relations de pouvoir entre groupes professionnels ainsi qu'entre professionnels et patients, les

conditions de participation et le rôle offerts aux patients partenaires dépendent largement de la volonté et de la vision des administrations qui font appel à leurs services.

Ainsi, dans certaines organisations, on constate une détermination inébranlable à accorder un rôle d'expert en bonne et due forme aux patients partenaires. On voit à ce qu'ils aient la possibilité de s'exprimer pleinement et la liberté de faire valoir leurs points de vue distinctifs. On leur alloue également une rémunération reflétant la juste valeur de leur contribution. Ces efforts sont admirables et enthousiasmants.

Toutefois, dans d'autres organisations, il existe une volonté évidente de recruter des patients partenaires dociles et peu critiques, à qui l'on offre un rôle de figurant en échange d'une compensation minimale. Dans certains milieux, on s'attend même à ce que ceux-ci travaillent bénévolement, ou encore à ce qu'ils se contentent d'un billet de repas à la cafétéria de l'hôpital. L'argument le plus surprenant que l'on m'ait servi pour justifier cette pratique est qu'apparemment, si les patients partenaires étaient rémunérés correctement, ils ne se présenteraient alors

Je présente ce contraste entre le patient « expert » et le patient « plante verte » en connaissance de cause, puisqu'en agissant comme patient partenaire dans diverses organisations, j'ai personnellement vécu les deux types d'approches. Étant donné que dans cette chronique, on m'invite à partager mon opinion, voici donc mes suggestions aux organisations qui font appel aux services de patients partenaires : tant qu'à faire les choses, faites-les bien. Considérez les patients partenaires comme des experts et non pas comme des plantes vertes. Donnez-leur des fonctions qui favorisent la libre et entière expression de leur expertise et rémunérez-les à leur juste valeur.

NOTE DE L'AUTEUR

* Bien que les termes « usager » ou « utilisateur de services » soient préférés par le comité d'édition du *partenaire*, j'ai choisi en connaissance de cause d'utiliser dans ce texte le terme « patient ». Un usager ou un utilisateur de services est une personne qui bénéficie d'un pouvoir d'agir et a donc la liberté de faire ses propres choix parmi une gamme d'options mises à sa disposition par les intervenants auxquels il s'adresse. En comparaison, un patient est un individu passif auquel les intervenants imposent un plan de traitement sans égard à ses intérêts, à ses valeurs ou à ses croyances. Mes observations sur le terrain m'amènent à croire que, malgré la bonne volonté et les beaux discours, au moment d'écrire ce texte, l'emploi du terme « patient » décrit plus justement l'expérience généralement offerte aux individus récepteurs de soins dans les organisations du système québécois de soins de santé mentale.



que pour l'argent et ne livreraient pas un travail de qualité. Ainsi, la compensation équitable des efforts d'un patient partenaire entraînerait une forme de corruption morale qui l'empêcherait de bien faire son travail. Suivant ce principe, les professionnels feraient donc une faveur aux patients partenaires en refusant de les payer équitablement. Par ailleurs, il semble que ce principe ne s'applique qu'aux patients, puisque le professionnel qui m'a servi cet argument, lui-même sans doute adéquatement rémunéré pour son travail, estime que la rémunération équitable dont il jouit ne l'empêche en rien de bien faire son boulot. Avouons que la logique d'un tel argument est difficile à suivre.

Cette approche, où l'on propose à un patient partenaire un rôle de figurant en échange d'une compensation minimale, généralement dans le but de projeter une image de participation des patients afin de répondre en apparence aux attentes tout en s'assurant de minimiser les retombées réelles de sa présence, est connue en anglais sous le terme *tokenism*. En français, on parle souvent du phénomène de la « plante verte ». Une plante verte, ça paraît bien, ça ne remet rien en question et ça n'a besoin que d'un peu d'eau et de lumière pour survivre.

Je présente ce contraste entre le patient « expert » et le patient « plante verte » en connaissance de cause, puisqu'en agissant comme patient partenaire dans diverses organisations, j'ai personnellement vécu les deux types d'approches. Étant donné que dans cette chronique, on m'invite à partager mon opinion, voici donc mes suggestions aux organisations qui font appel aux services de patients partenaires : tant qu'à faire les choses, faites-les bien. Considérez les patients partenaires comme des experts et non pas comme des plantes vertes. Donnez-leur des fonctions qui favorisent la libre et entière expression de leur expertise et rémunérez-les à leur juste valeur.

Puisque ce numéro du *partenaire* porte sur l'évaluation et la mesure, je profite de l'occasion pour recommander qu'on prenne exemple sur les meilleures pratiques afin de procéder à l'évaluation et à la mesure rigoureuses et comparatives de la qualité du rôle et des conditions de participation offertes aux patients partenaires par les organisations qui font appel à leurs services. Mettons en place les moyens nécessaires pour faire des patients partenaires des experts... et non pas des plantes vertes !

Il faut labourer pour en arriver à une



Daniel Corbeil

Daniel Corbeil, Président-directeur général adjoint, Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides

Tous s'entendent sur la nécessité de mesurer des résultats. Pourtant, la vraie question demeure : comment faire naître une culture de la mesure mobilisatrice qui incitera les professionnels à y souscrire en y voyant davantage qu'une simple mesure des résultats sous l'angle du contrôle financier? Comment délaissier cette perspective erronée et péjorative entourant la culture de la mesure? Comment mettre au premier plan les autres dimensions de la performance, c'est-à-dire la pertinence, la réactivation d'un système, la qualité et la sécurité?

Depuis le début des années 2000, le concept de la performance dans le réseau de la santé et des services sociaux apparaît plus clairement. Ce concept s'inspire des pratiques qui étaient jusqu'alors l'apanage des entreprises privées. Cette influence n'est pas étrangère à la pression que subit le système public par rapport à ses coûts et à la capacité limitée de l'État à payer les dépenses en santé, des dépenses en croissance constante. Il faut se rappeler que la santé représente à elle seule la plus grande source de dépenses de la province.

Un système de santé, réduit à sa plus simple expression, se compose de deux éléments : le financement et la prestation de services. Cette vision simpliste facilite la compréhension, mais minimise la complexité de ce système qui ne peut être circonscrit par une simple analogie. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) affirmait en 2007 que « *l'administration générale du système est une fonction capitale dans les systèmes complexes comme les services de santé* »¹.

L'OMS identifie six composantes qui témoignent de cette complexité : la prestation des services, les systèmes d'information, les produits médicaux, le système de financement, la gouvernance et la main-d'œuvre. Nous nous attarderons plus spécifiquement sur les dimensions de la gouvernance et de la main-d'œuvre.

La main-d'œuvre constitue la pierre angulaire de l'accomplissement de la mission d'un système de santé, en d'autres termes, l'amélioration de la santé de toute la population. Par contre, ce but doit s'atteindre en évaluant constamment l'expérience-patient afin de permettre le perfectionnement des soins et des services. Pour y parvenir, une utilisation judicieuse des ressources s'impose.

Le domaine de la santé mentale n'échappe pas à la gestion de la performance. Dans les années 2000, nous voyons se formaliser les premiers indicateurs de résultats. Le plan d'action en santé mentale 2005-2010, *La force des liens*, livre les premières mesures et les premiers objectifs à réaliser qui favoriseront son implantation. En ce qui a trait au plan d'action en santé mentale 2015-2020, *Faire ensemble autrement*,

il poursuit dans cette voie avec un raffinement supplémentaire. Les mesures se font de plus en plus précises. Il en ressort l'obligation de mettre en place des mesures structurantes qui seront évaluées autant sur le plan territorial que ministériel afin de mesurer l'atteinte des résultats.

Ce plan 2015-2020 propose, notamment, d'évaluer les processus de mise en œuvre, les cibles à atteindre et les résultats escomptés relativement à chacune des mesures inscrites au plan. Il formule la méthode et les outils de suivi continu de la mise en œuvre des actions. Il préconise également l'obligation de favoriser des pratiques cliniques et de gestion qui amélioreront l'expérience des soins.

Le concept de la culture de la mesure est peut-être celui qui démontre le plus explicitement qu'il existe différentes manières de comprendre et de gérer l'administration d'un système de santé. Diverses logiques s'opposent, ce qui favorise l'équilibre du système.

À titre d'exemple, voici deux logiques utilisées pour déterminer comment s'organisent les perceptions et se prennent les décisions : la logique de régulation professionnelle et la logique de régulation sous l'angle administratif (la logique technocratique managériale). Selon ces deux approches, différents schémas de pensées sont susceptibles d'influencer la façon de comprendre et de gérer une organisation dans le domaine de la santé, que ce soit d'un point de vue professionnel ou administratif. En ce sens, pour les professionnels, cette distinction trouve son origine principalement dans le fait que pour eux, la vision technocratique visant l'augmentation de la performance du système de santé met l'accent sur la performance financière et le contrôle financier (nombre d'entrevues, coûts pour délivrer des soins, temps d'offre d'un service, durée d'un service, etc.), et s'oppose donc à une vision professionnelle axée, entre autres, sur la qualité des services et une indépendance clinique.

Les modèles de gouvernance doivent être revus. Il s'agit de trouver le terreau fertile afin de réviser les mécanismes de coordination de la gouvernance dans un univers complexe ou alors de réformer les processus à amalgamer pour obtenir les résultats attendus. Ces derniers reposent sur le jugement de professionnels autonomes, souvent très spécialisés et interdépendants. Ainsi, nous devons définir des mécanismes de gestion qui permettent de dépasser la responsabilité professionnelle individuelle – voire le simple contrôle de la performance – pour en faire émerger une responsabilité professionnelle collective.

Les outils du management se révèlent trop souvent insuffisants pour permettre cette émergence. Il faut assurer aux responsables

1 *Le rapport sur la santé du monde 2007 – Avenir plus sûr : la sécurité sanitaire mondiale au XIX^e siècle*, Genève, OMS.

culture... de la mesure

l'accès à certains leviers qui favoriseront la mobilisation des membres de leur équipe et contribueront à un apport individuel et collectif. Cet apport devra faciliter la reddition de comptes vis-à-vis de la mise en œuvre de l'amélioration continue et des actions collectives pour assurer la qualité, la sécurité, la pertinence et l'efficacité des services. Un de ces outils pourrait être une estimation de la contribution non pas individuelle mais d'équipe, qui permettrait de se fixer des objectifs de groupe pour atteindre les résultats escomptés.

Il faut faire cheminer la gouvernance et la logique professionnelle, faire converger celles-ci vers de nouveaux instruments d'appréciation de la performance, ou – encore mieux – créer de nouvelles assises favorisant la culture de la mesure pour mieux gérer les résultats. Dans le cas contraire, nous risquons que la gestion se technocratise encore plus et que les professionnels continuent de s'exclure et se placent en gérants d'estrade face à l'évaluation. Cela les inciterait à se limiter à de faux paradigmes, témoignant ainsi de leur incapacité à agir, de leur manque de compréhension, de repères pour leur adhésion, de volonté ou de connaissances pour émettre leur pleine citoyenneté dans l'exercice de leur profession et dans leur devoir d'aller du côté des résultats. Cela maintiendrait un climat perceptuel archaïque de l'apport professionnel à la mission du système de santé et placerait la gestion et la gouvernance sous l'unique sphère d'action qu'est le contrôle.

Les intervenants, dans leur relation avec la culture de la mesure, sont parfois comme les utilisateurs de services par rapport aux interventions uniquement centrées sur le patient. Ils vivent cette expérience comme une perte de contrôle, ce qui peut entraîner de multiples souffrances ainsi que du doute. Ils risquent de percevoir cette réalité comme une confrontation, un jugement négatif, un sentiment d'infantilisation et d'incompréhension, en plus d'éprouver l'impression d'être sous surveillance et victimes d'un manque de confiance.

En conclusion, si un parallèle est possible entre l'intervention et la culture de la mesure, le défi consiste à passer de l'intervention centrée sur le patient à l'approche patient-partenaire. En matière de performance, il s'agit d'évoluer d'un modèle d'évaluation et de contrôle vers un modèle de gouvernance favorisant la mobilisation et la responsabilité collective.

Lorsqu'on parle d'approche de la culture de la mesure au sens large, la mesure ne se résume pas seulement au contrôle, mais désigne un amalgame de valeurs, de croyances, d'efficacité, de pertinence et de résultats centrés sur le rétablissement.



Dans ce rétablissement, l'individu qui doit fournir une prestation de travail peut compter sur son entourage afin de parvenir à s'ajuster, en plus de développer un sens critique vis-à-vis de ce qu'il accomplit. Autrement dit, la personne peut devenir un citoyen clinicien à part entière, être capable de remettre en question ses approches et ses pensées, tout en évoluant dans une perspective d'amélioration continue et d'établir les assises de sa contribution individuelle, mais aussi collective. Cette dernière prend la forme du rétablissement accessible en équipe et orienté vers la croissance continue et même l'amélioration continue. Cette croissance est la même que celle que l'on souhaite offrir à nos utilisateurs de services dans leur propre rétablissement. Œuvrer dans une approche réseau et en équipe, voilà les meilleurs gages de succès.

Il importe également de mentionner l'importance des facteurs de protection contre l'absentéisme et le sentiment d'impuissance devant ce que l'on fait. En effet, la culture de la mesure permet d'objectiver des actions individuelles et collectives menant à ce que l'on appelle une approche collaborative, encourageant ainsi un réel partenariat. On parle de patient-partenaire. Pourrait-on parler d'intervenant-partenaire, d'établissement-partenaire ou tout simplement de rétablissement par la culture de la mesure?

Le *Tool for Measurement of Assertive Community* programme de Suivi intensif dans le milieu



Olivier Jackson



Guy Lagacé

Olivier Jackson et Guy Lagacé, conseillers Suivi intensif dans le milieu, Centre national d'excellence en santé mentale

Le Suivi intensif dans le milieu (SIM) fait partie de l'axe de soutien aux mesures d'insertion sociale. Le programme de suivi intensif en équipe est une façon d'organiser le travail d'une équipe interdisciplinaire pour qu'elle puisse offrir, de façon cohérente et intégrée, des traitements psychiatriques ainsi que des services de réadaptation et de soutien à des personnes souffrant de troubles mentaux graves¹. Le plan d'action 2005-2010 réfère le SIM au modèle *Assertive Community Treatment*, modèle reconnu comme basé sur les données probantes, développé par Leonard I. Stein et ses collègues. Le principe qui guide ces équipes repose sur la conviction que si une personne reçoit suffisamment d'aide, elle peut vivre une vie satisfaisante dans la communauté.

Outre les nombreuses recherches qui attestent de l'efficacité de ce modèle, une donnée probante s'appuie sur un guide d'implantation et une échelle de fidélité qui mesure la conformité de la pratique avec ce qui a été évalué par la recherche. Créé par Maria Monroe-DeVita, Ph. D., Lorna Moser, Ph. D., et Gregg Teague, Ph. D., le *Tool for Measurement of Assertive Community Treatment* (TMACT) constitue un outil de mesure du modèle SIM s'inspirant de l'échelle de fidélité *Darmouth Assertive Community Treatment* (DACTS) et reprenant certaines de ses normes tout en y ajoutant une dimension plus qualitative de la pratique, outil mieux adapté à la réalité clinique des équipes.

Le TMACT est un outil d'évaluation de l'organisation et de la prestation de services donnés par une équipe de suivi intensif dans la communauté. Établie sur 47 indicateurs qualitatifs et quantitatifs, cette évaluation s'inscrit dans un processus d'amélioration continu visant une appropriation des bonnes pratiques et des données probantes en lien avec le traitement, la réadaptation et le rétablissement de la clientèle présentant un trouble mental grave. Son application à travers plusieurs pays et États américains a démontré clairement que la fidélité au modèle ACT est liée au degré de performance d'une équipe et bénéficie à la clientèle, notamment sur le plan de la réduction significative des hospitalisations (Coldwell et Bender 2007), de l'épuisement professionnel et du roulement du personnel dans les équipes (Boyer et Bond 1999).

PROCESSUS D'ÉVALUATION

Conformément à la directive émise par la Direction de la santé mentale dans sa circulaire du 30 décembre 2014, les équipes de SIM du Québec doivent s'assurer que leur prestation de services réponde aux standards reconnus dans le modèle ACT et se soumettre à une évaluation de leur fidélité (ou conformité)

au modèle. Le Plan d'action en santé mentale 2015-2020² précise que pour être reconnue et homologuée, une équipe de SIM doit atteindre minimalement le niveau de fidélité *modéré* sur l'échelle du TMACT. Cette démarche d'appréciation des pratiques est réalisée tous les deux ans. Le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) s'est vu confier la responsabilité d'évaluer les équipes de SIM du Québec.

Ce processus d'évaluation commence par un questionnaire envoyé au chef d'équipe ou au gestionnaire du service afin de préparer la venue des conseillers du CNESM. Par la suite, ces derniers visitent l'équipe pendant deux jours consécutifs. Ils rencontrent individuellement tous les intervenants, le chef d'équipe, le gestionnaire ainsi que le ou les médecins pour discuter des différents aspects de la prestation de services de l'équipe. Par surcroît, ils approchent 10 % des usagers composant la cohorte desservie pour que ceux-ci puissent juger, à leur tour, de la qualité du service qu'ils reçoivent. Ces usagers sont sélectionnés aléatoirement et les rendez-vous se tiennent parfois dans les locaux de l'équipe, parfois à leur domicile.

Les auteurs de l'outil d'évaluation ont séparé les ingrédients actifs du modèle ACT de même que les meilleures pratiques en santé mentale qui devraient se retrouver au sein des équipes en 47 normes. Ces 47 normes sont évaluées selon une échelle de 1 à 5 (5 représentant l'intégration complète de la pratique dans l'équipe et 1 son absence) et sont regroupées en six dimensions :

1. Les activités et la structure organisationnelle : ratio intervenant-client, si l'équipe travaille ou non en interdisciplinarité et tient des rencontres quotidiennes (fréquence et qualité), taille de la cohorte, critères d'admission, recrutement actif de la clientèle, taux d'admission progressif, participation de l'équipe aux hospitalisations.
2. La composition de l'équipe interdisciplinaire : est-ce que l'équipe compte sur la présence d'un chef d'équipe, d'un ou de plusieurs médecins dévoués et de personnel infirmier? Quel est leur rôle respectif et comment agissent-ils?
3. Les spécialistes : est-ce que l'équipe compte sur la présence de spécialistes en dépendance, de socioprofessionnels et de pairs aidants? Quel est leur rôle respectif, combien de temps y consacrent-ils et comment l'exercent-ils?
4. Les pratiques centrales : si l'équipe propose ou non des services déjà disponibles dans la communauté, mécanisme

¹ <http://www.douglas.qc.ca/page/suivi-intensif-en-equipe>.

² Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020. Faire ensemble et autrement*, Québec, Gouvernement du Québec.

Treatment : une échelle de fidélité pour le

d'engagement utilisé par l'équipe, intensité et fréquence des liens, participation du milieu significatif du client, horaire de l'équipe, gestion de situation de crise, responsabilité de l'équipe quant à son offre de services psychiatriques et de réadaptation.

5. Les bonnes pratiques : l'équipe a la pleine responsabilité et intègre des modèles d'intervention reconnus pour le traitement des troubles concomitants, les services vocationnels et ceux aidant au rétablissement. Elle offre de la psychothérapie, du soutien au logement et des activités de psychoéducation.
6. La pratique centrée sur le client : l'équipe se sert d'un plan d'intervention axé sur le rétablissement qui touche un large éventail de domaines de la vie, reconnaît et utilise les forces du client, et favorise l'autodétermination et l'indépendance de ce dernier.

Au sortir de cette évaluation, un rapport est produit dans lequel figure un pointage représentant le niveau de fidélité attribué à l'équipe de même que des recommandations. Ces dernières orientent les efforts à déployer par l'équipe et l'établissement afin d'augmenter leur fidélité au modèle et la qualité des services offerts à la clientèle.

Légende	Fidélité de l'équipe au modèle ACT
4.4 à 5.0	Exemplaire
3.8 à 4.3	Haute
3.2 à 3.7	Modérée
2.5 à 3.1	Basse
2.4 et moins	Service ne répondant pas aux critères du modèle ACT

CONSTATS ET ENJEUX PROVINCIAUX ISSUS DES PROCESSUS D'APPRÉCIATION DES PRATIQUES

Depuis l'implantation de ce processus d'évaluation auprès des équipes de SIM au Québec, le CNESM se trouve davantage en mesure de dresser un portrait d'ensemble de la pratique à l'échelle provinciale.

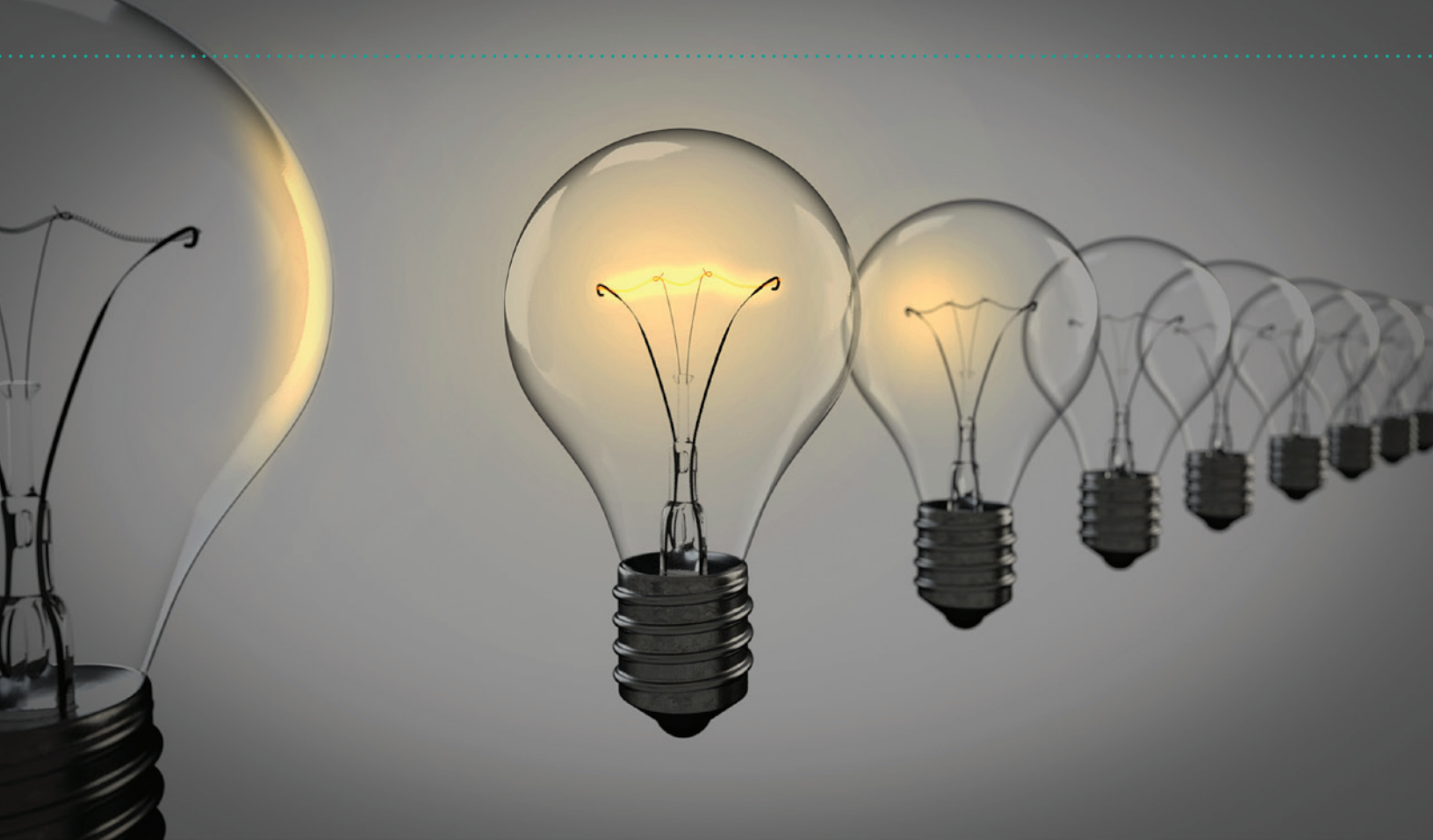
Actuellement, la grande majorité des 48 équipes SIM évaluées ont obtenu un pointage *modéré* et 12 d'entre elles s'établissent à un degré *haut* ou *exemplaire*. Les équipes ont bien intégré le modèle ACT en offrant une intensité et une fréquence de liens dans la communauté modulées en fonction des besoins émergents. Elles maintiennent un taux d'hospitalisation moyen autour de ou inférieur à 10 % et un taux d'échec de suivi égal à ou sous la barre des 6 %. Tous les clients rencontrés ont manifesté une grande satisfaction quant aux services qu'ils reçoivent et considèrent les intervenants comme tenaces, respectueux et engagés.



Soucieux de contribuer à l'instauration d'une culture de mesure et d'évaluation de l'offre de services SIM, le CNESM peut de ce fait adapter davantage les différentes modalités d'accompagnement et de transfert de connaissances aux équipes et aux gestionnaires, autant selon un processus répondant directement aux besoins de l'équipe qu'en intervenant auprès de partenaires provinciaux pour une réponse plus globale. À titre d'exemple, voici quelques constats provinciaux observés et quelques mesures mises en place par le CNESM ou ses partenaires pour épauler les équipes.

PRÉSENCE DES SPÉCIALISTES

Il est établi qu'une équipe SIM doit pouvoir compter sur la présence de spécialistes en dépendance,



de socioprofessionnels et de pairs aidants. La grande majorité des équipes dispose de spécialistes en dépendance et de socioprofessionnels, mais ces derniers n'ont qu'un accès restreint à de la formation. Relativement à la présence des pairs aidants, seulement 16 équipes sur 48 en comptent un. Rappelons que la mesure 33 du Plan d'action en santé mentale (4) précise que 80 % des équipes de SIM au Québec devront intégrer un spécialiste pair aidant d'ici 2020.

Dans le cadre du projet de transfert de connaissances, le CNESM, associé au Centre d'études sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale (CERRIS, www.cerrisweb.com), a mis sur pied trois communautés de pratiques destinées à favoriser le réseautage et à soutenir la pratique des différents spécialistes. De plus, le CNESM travaille présentement à mettre en place une formation en collaboration avec le service IPS de l'Institut Douglas et de l'organisme l'Avancée pour mieux habiliter les spécialistes socioprofessionnels dans leurs pratiques spécifiques. Pareillement, des liens sont établis avec Pairs Aidants Réseau afin de tenir l'organisme informé des enjeux de cette pratique au sein de nos équipes.

SUPERVISION CLINIQUE

Malgré la grande disponibilité exprimée par les chefs d'équipe SIM, ces derniers peinent à pourvoir un cadre structuré et soutenu de supervision à l'ensemble des intervenants. Le TMACT précise que la supervision doit se tenir aux trois semaines, à raison d'au moins vingt minutes par intervenant.

RECHERCHE DE LA CLIENTÈLE ET ENVOI

Un des principes énoncés dans le modèle ACT est de pouvoir rapidement admettre des clients, peu importe qui les envoie.

Ainsi, un organisme communautaire, une clinique externe, un médecin de famille, le service policier, etc., doivent pouvoir rediriger le client potentiel – dans la mesure où celui-ci répond aux critères d'admission établis – vers une équipe qualifiée, sans restriction administrative. À l'heure actuelle, lorsqu'il est question de rediriger un client, plusieurs organisations limitent leurs démarches à un processus médical, rendant difficile le recrutement de clients potentiels directement dans la communauté.

TRANSITION VERS DES SERVICES MOINS INTENSIFS

Il n'est pas encore dans les us et coutumes des équipes de réviser à fréquence régulière l'exigence de service afin de s'assurer que le client reçoive l'intensité de services en fonction de ses besoins, ceci par un soin approprié. Le CNESM a rendu disponible une grille pour déterminer le degré de soutien dans la communauté et propose des activités d'harmonisation entre les équipes SIM et celles de Soutien d'intensité variable (SIV) afin de favoriser un transfert lorsque cela est requis. Depuis la mise en place de telles activités, nous constatons un meilleur lien entre ces équipes.

PRÉSENCE DE MÉDECINS DÉVOUÉS

À ce jour, 35 équipes SIM sur 48 disposent d'un ou de plusieurs médecins intégrés. Compte tenu de la particularité et de l'importance du traitement psychiatrique au suivi intensif, toutes les équipes devraient compter un médecin parmi leurs membres.

DIFFICULTÉS PAR RAPPORT AUX PLANS D'INTERVENTION

L'évaluation avec le TMACT fait ressortir des lacunes sur le plan de la rédaction des plans d'intervention, particulièrement

en ce qui regarde la collaboration des proches des usagers, l'utilisation des forces de ces derniers et le retard dans la rédaction. Une formation sur les plans d'intervention – regroupant une formation sur le modèle par les forces de Rapp et Goscha – est pour le moment offerte aux équipes.

Si ces constats aident à définir des actions à plus grande portée qui toucheront la pratique des équipes, l'évaluation avec le TMACT montre une influence directe sur les équipes. Elle donne à celles-ci l'occasion de recevoir une rétroaction extérieure, enrichie par des observations réalisées au sein de toutes les équipes de la province. Elle permet de dégager des recommandations précises, personnalisées aux besoins de l'équipe, en plus de favoriser une priorisation et une direction des actions à poser, comme lorsqu'il est question de la formation à fournir aux intervenants ou de la planification de l'embauche de nouveau personnel. De la même manière, elle laisse place à l'établissement d'un plan d'action avec l'équipe, plan qui sera soutenu par l'accompagnement des conseillers, afin d'augmenter la fidélité au modèle. Cette augmentation aura comme ultimes conséquences un travail plus structuré pour les intervenants et une bonification de l'offre de services à la clientèle.

CONCLUSION

Le processus d'homologation affecte de diverses façons les équipes, médecins, gestionnaires, décideurs politiques et même le CNESM. La principale force de la grille consiste à combiner organisation du travail, composition de l'équipe et pratiques cliniques pour conférer à ce mécanisme un sens pour les cliniciens qui voient dans les normes un bienfait réel pour la clientèle. Le processus permet également de cibler des priorités dans les activités de formation et de soutien du CNESM tout en appuyant les gestionnaires dans leur plan de formation de la main-d'œuvre. Finalement, il favorise une ouverture vers l'international en procurant des bases d'évaluation et un langage commun avec les autres équipes ACT.

Par contre, nous ne devons pas nous leurrer. La grille ne garantit pas un bon service à la clientèle. Un peu comme une carte

VISION DES ÉVALUATEURS

Ce mécanisme d'évaluation, obligatoire pour la reconnaissance de l'équipe SIM, se révèle anxiogène pour les membres des équipes œuvrant dans un système non accoutumé à une rétroaction aussi personnalisée et aussi intime. Voir une personne extérieure observer nos plans d'intervention, assister aux réunions cliniques et nous poser des questions n'est pas courant. Il y a autant de réactions différentes que d'intervenants. Heureusement, en tant qu'évaluateurs, nous avons la chance d'établir un premier contact grâce à notre expérience du modèle lors de la formation de base que nous donnons à l'ensemble des intervenants, sans pour autant diminuer le stress de ceux-ci lié au désir d'offrir une bonne performance. Cette position nous autorise à placer le processus dans une démarche personnalisée de soutien clinique. Le choc initial passé, il est surprenant de constater le dynamisme des intervenants, leur volonté de modifier certaines choses dans l'intérêt de la clientèle et leur capacité à se remettre en question. Habituellement, ils comprennent que le but de l'exercice n'est pas d'obtenir une bonne note, mais de dégager des moments de réflexion en équipe afin d'améliorer le service transmis au client. Il faut souligner que le processus d'homologation a non seulement eu un effet auprès des intervenants, mais aussi auprès des médecins, des gestionnaires et des conseillers du CNESM, car la qualité de l'offre de services n'est pas imputable exclusivement aux intervenants, mais à l'ensemble des acteurs autour de l'équipe.

routière, elle peut guider le conducteur vers une destination, mais là s'arrête son rôle. C'est la compassion et le dynamisme déployés au quotidien par des intervenants et des médecins dévoués qui résultent en un bon service aux clients. Le TMACT permet uniquement de mieux canaliser et prioriser ces efforts.

Nous savons que l'ACT constitue un modèle évolutif qui absorbe en son sein les meilleures pratiques émergentes pour les offrir à la clientèle. D'ailleurs, nous avons observé dans les dernières années l'insertion des spécialistes à cette méthode, des intervenants pairs aidants, de l'approche par les forces, de critères pour favoriser les congés, d'une souplesse dans les critères d'admission, d'un resserrement de la supervision clinique, d'une meilleure intégration des proches, etc. En ce sens, il nous apparaît très probable que des modifications devront être apportées à cet outil dans les prochaines années. Il n'en demeure pas moins que pour l'instant, nous ne pouvons nier qu'à l'intérieur du TMACT résident de nombreuses pistes pour continuer à faire progresser la pratique ACT au Québec.

BIBLIOGRAPHIE

- Boyer, S. L. et G. R. Bond. (1999). « Does assertive community treatment reduce burnout? A comparison with traditional case management ». *Mental Health Services Research*, 1(1), 31-45.
- Coldwell, C. M. et W. S. Bender. (2007). « The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: A meta-analysis ». *American Journal Psychiatry*, 164(3), 393-399.
- <http://www.douglas.qc.ca/page/suivi-intensif-en-equipe>.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2888664/>.
- Monroe-DeVita, M., L. L. Moser et G. B. Teague. (2013). « The tool for measurement of assertive community treatment ». Dans M. P. McGovern et coll. (édit.), *Implementing Evidence-based Practices in Behavioral Health*. Center City, MN : Hazelden.
- Phillips, S. D. et coll. (2001). « Moving assertive community treatment into standard practice ». *Psychiatric Services*, 52(6), 771-779.
- Rapp, C. A. et R. J. Goscha. (2012). *The Strengths Model: A Recovery-oriented Approach to Mental Health Services*, 3^e édit., New York, Oxford University Press, xvii et 324.
- Teague, G., G. R. Bond et R. E. Drake. (1998). *Darmouth Assertive Community Treatment Scale*.

Le sens de la mesure



Alexandre Beaudry

Alexandre Beaudry, psychoéducateur; coordonnateur clinique, équipe de suivi intensif dans le milieu, CISSS des Laurentides

L'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale m'a approché pour qu'en tant que coordonnateur clinique de l'équipe de suivi intensif dans le milieu de Saint-Jérôme, je puisse raconter la passation en mai 2014 et en octobre 2015 du *Tool for Measurement of Assertive Community Treatment* (TMACT) auprès de notre équipe. Je tenterai ici – sous le couvert de la mesure – de présenter l'expérience en m'attardant sur certains enjeux développementaux.

Fort de ce nouvel apprentissage, je suis à même de constater que la mesure a des effets sur les personnes dispensatrices et par le fait même sur l'équipe interdisciplinaire. Certains mécanismes de régulation d'une équipe de travail seront identifiés et mis en cause à travers la description de notre rapport au TMACT.

ENJEUX ET ILLUSIONS

Notre équipe a manifestement éprouvé beaucoup d'anxiété vis-à-vis de l'évaluation du TMACT. Alors que la première évaluation arrivait sous peu, nous pouvions entendre : « C'est quoi, le TMACT? », « On veut optimiser encore, en faire plus avec moins! », « Je vais être évalué par rapport à mon travail, à la façon dont je le fais? ». On se demandait comment on pouvait évaluer en deux jours notre travail quotidien, notre relation avec la personne et la qualité du lien avec elle. L'énergie d'entretien, qui a une fonction de régulation au sein d'une équipe, était soudainement amplement sollicitée.

Devant cette anxiété qui semblait partagée par d'autres équipes, les évaluateurs du CNESM nous ont expliqué que l'évaluation ne portait pas sur les intervenants, mais bien sur l'équipe et sa plus ou moins grande fidélité au modèle ACT. Comme coordonnateur clinique, j'ai beaucoup apprécié le fait d'avoir un modèle tout au long de la mise sur pied de cette équipe, mais je n'avais jamais pris soin de définir la fidélité au modèle ACT en tant que cible commune. Sachant que cette cible est l'élément principal qui caractérise une équipe de travail, il aurait été primordial de la définir idéalement ensemble.

Notre équipe n'a guère été rassurée par la réponse du CNESM... Certains intervenants exprimaient leur peur d'être celui ou celle qui allait faire baisser le résultat de l'équipe.

Les mécanismes d'autorégulation ont agi encore une fois. Les membres de l'équipe se sont évertués à minimiser les conséquences du TMACT et finalement, nous avons considéré l'idée de prendre acte de la cote comme un point de départ pour améliorer notre pratique.

Puis, le premier TMACT est passé. Dès lors, je tentais de faire quelques constats pendant que l'équipe se demandait plus ou moins clairement si soutenir les personnes dans leur rétablissement et nourrir l'espoir était compatible avec une mesure comme le TMACT.

Le recul m'a fait réaliser à quel point nous avons négligé la préparation, ne sachant pas à quoi nous attendre. Comme de bons anxieux devant un examen à venir, nous avons tenté de soulager notre angoisse en nous préparant à la seconde évaluation. L'équipe s'étant autorégulée, nous avons poursuivi notre travail en créant différents outils permettant de répondre plus efficacement aux questions du TMACT et en travaillant sur plusieurs recommandations émanant de celui-ci.

L'équipe est donc passée graduellement d'une intense quantité d'énergie d'entretien postTMACT à une énergie de production préTMACT. Nous avons sans nul doute expérimenté le principe de locomotion évoqué par plusieurs auteurs, principe signifiant que le groupe évolue d'un état d'esprit à un autre. En effet, la dynamique engendre deux types de tension : la tension positive, qui fait progresser, et la tension négative nécessaire pour gérer les relations interpersonnelles.

À la suite du premier TMACT, les tensions négatives s'exprimaient à travers certains conflits interpersonnels, mais aussi lors de discussions informelles sur la pression ressentie et les enjeux administratifs pouvant découler du TMACT. Nécessairement, l'énergie d'entretien était fortement requise. Au fur et à mesure que l'équipe s'autorégulait, l'énergie de production devenait disponible, l'état d'esprit changeait, le climat aussi et nous nous sommes dirigés vers le mode production.

Ainsi, le second TMACT arrivait sous peu et – surprise! – l'équipe se trouvait dans un état d'anxiété encore plus remarquable qu'à la première évaluation. Tout le monde paraissait se sentir plus responsable que jamais de la cote générale. Sans que ce ne soit aucunement abordé, la cible commune est manifestement devenue l'évaluation TMACT pendant quelques semaines. L'équipe était visiblement en déséquilibre. Je pouvais sentir un certain sentiment de compétition, un peu mal défini puisqu'il n'était pas appréhendé dans un mode de communication sain. On oscillait d'un état à un autre à la recherche d'appuis! Bref, les mécanismes de régulation étaient en ébullition et la communication si essentielle nous faisait quelque peu défaut.

Par conséquent, les tensions négatives pouvaient occasionner des conflits et rapidement, je me rendais compte que l'équipe cherchait à s'entendre sur une cible commune valable, persuadée que le TMACT n'en était pas une. Centrés sur la tâche, nous avons passé une seconde fois le TMACT et la cote octroyée a été reçue avec une certaine retenue alors qu'elle se révélait plus qu'enviable. L'équipe demeurait perplexe devant l'énergie déployée. Tous ces efforts semblaient n'avoir aucun sens.

TROUVER UN SENS

Nous le savions déjà : la culture de la mesure n'existait pas dans notre organisation lors de ces deux évaluations. Sans culture

de la mesure, le sens de celle-ci s'avère d'autant plus difficile à trouver. Certes, il n'est jamais trop tard...

En ce qui me regarde, je suis passé à côté de ce que l'équipe me disait à des moments cruciaux et je n'ai pas soutenu les bons mécanismes à notre disposition. Si Roger Mucchielli a mis la communication facile en tête de liste des conditions de réussite, il faut nécessairement que l'écoute soit de la partie.

Bien entendu, j'ai été en position d'écoute durant un certain temps alors que deux membres de mon équipe m'ont interpellé par rapport à leur désir de monter un projet clinique qui allait redonner une place à la personne utilisatrice et à son rétablissement. En effet, le traitement et notre structure de travail ont favorisé avec le temps une vision médicale du rétablissement, laissant peu de place à la vision psychosociale. Un souhait de redéfinir notre cible commune, d'être partie prenante de nos objectifs d'amélioration continue et surtout de la mesure de ceux-ci paraissait émerger de notre équipe presque naturellement.

En somme, le TMACT devenait un outil parfait pour dégager nos propres objectifs d'amélioration continue en lien avec l'évolution de notre équipe, son état et ses désirs d'atteindre des buts spécifiques à chacun à travers une cible collective. De ce fait, nous allions l'approprier et le voir pour ce qu'il était : un outil axé sur les bonnes pratiques, qui mesurait notre fidélité au modèle ACT.

Dès lors, le travail demandé par nos supérieurs – mettre sur pied un plan d'action afin d'établir des objectifs d'amélioration continue – tombait à point. Choisie en équipe avec l'accord de tous et de chacun, notre cible commune est devenue de plus en plus claire et la mesure de plus en plus facile à intégrer. Durant la réalisation du plan d'action, j'ai mis à contribution toute l'équipe, m'assurant que chacun adhère à la cible commune. Cela a été fascinant de voir combien tous ont contribué à définir et à bonifier des objectifs, mais surtout des mesures particulièrement précises de l'atteinte de ceux-ci.

LA MESURE S'ABORDE...

C'est toujours difficile de trouver un sens à ce que l'on ne connaît pas! Parler de la mesure me semble primordial si l'on souhaite l'approprier. J'ai ressorti trois constats qui ont contribué à changer mon opinion sur le sujet.

PREMIER CONSTAT

La mesure a avantage à être définie et utilisée par l'équipe elle-même en fonction de sa cible commune. Cette dernière



devrait être acceptée de tous et intériorisée le plus rapidement possible. Ainsi, l'équipe devrait aborder ouvertement la mesure pour ne pas que celle-ci soit source de pression négative.

DEUXIÈME CONSTAT

L'écoute est essentielle lorsqu'une équipe de travail est en déséquilibre et que son énergie d'entretien est sollicitée de manière importante. On se doit de tendre l'oreille avant de tenter de recentrer l'équipe sur la tâche.

TROISIÈME CONSTAT

On doit sans cesse se demander si notre cible commune est bien définie avant de mesurer quoi que ce soit dans une équipe de travail si l'on souhaite préserver un certain équilibre et obtenir des résultats durables.

Finalement, je comprends que l'équipe – tout comme l'organisation à laquelle elle appartient – souhaite améliorer les services offerts aux personnes utilisatrices. Le paradoxe entre le côté clinique et le côté administratif que l'on observe sous l'angle de la mesure me paraît bien moins primordial et me permet en tant que clinicien de voir à quel point nous avons tous le même souci. Le temps est-il venu de voir les choses différemment, avec les yeux de ces personnes qui constituent notre raison d'être...? Puisque finalement, c'est pour celles-ci que nous souhaitons améliorer sans cesse nos services, que nous soyons cliniciens ou gestionnaires!

BIBLIOGRAPHIE

- Anzieu, D. et J.-Y. Martin. (1994). *La dynamique des groupes restreints*, Paris, PUF.
Jean-Augustin, N. (2003). *Développement des systèmes d'organisation*, version pdf.
Mucchielli, R. (2008). *Le travail en équipe : clés pour une meilleure efficacité collective*, Issy-les-Moulineaux, ESF.
Mucchielli, R. (2007). *La dynamique des groupes*, 19^e édit., Issy-les-Moulineaux, ESF.

Les clés de l'évaluation d'interventions

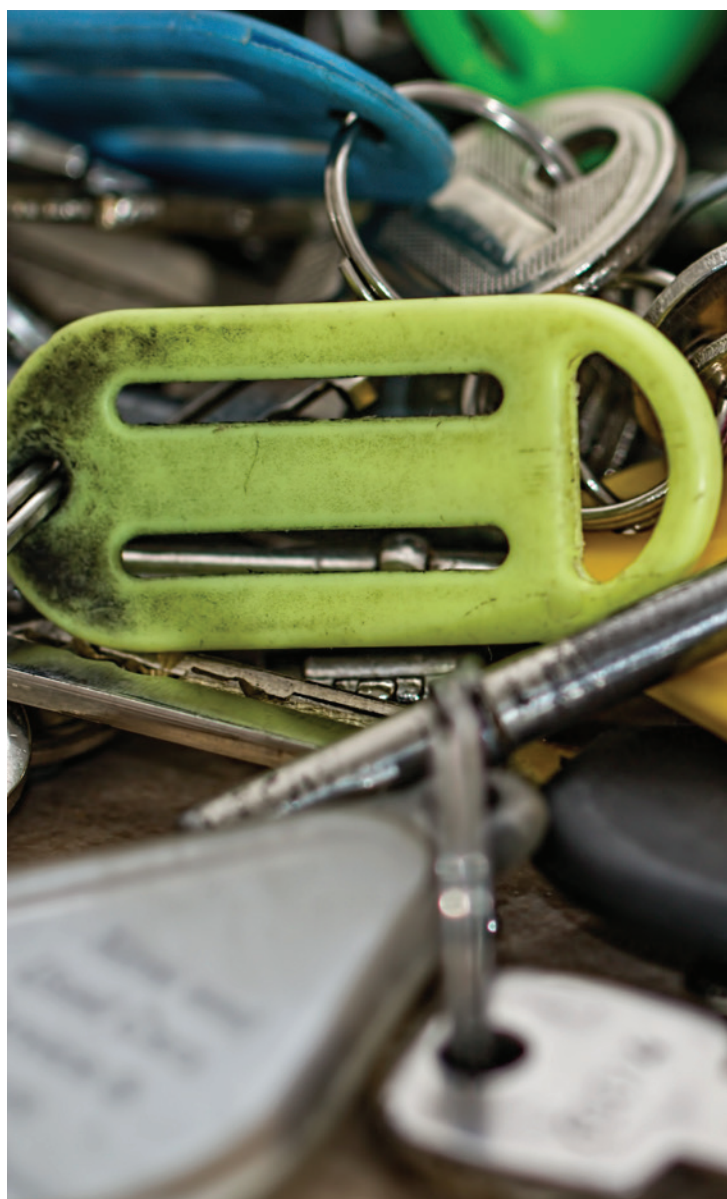


Diane Berthelette

Diane Berthelette, Ph. D., professeure associée,
Département d'organisation et de ressources humaines,
Université du Québec à Montréal

L'évaluation fait partie de notre vie. Nous portons régulièrement des jugements de valeur sur les services que nous recevons. À l'aide de critères, nous comparons les caractéristiques des services aux attentes que nous avons à leur endroit. Pensons simplement aux activités de formation que nous avons déjà suivies : le contenu était-il pertinent aux objectifs du cours?, l'enseignant était-il intéressant? La pertinence des objectifs et l'intérêt suscité par l'enseignant sont deux exemples de critères. Mais pour porter un jugement sur la formation, nous devons aussi utiliser des normes, c'est-à-dire des niveaux à atteindre pour juger que ces critères sont acceptables. Dans cet exemple, les normes sont implicites : la plupart des étudiants omettent de formuler les niveaux qu'ils jugent adéquats. Cependant, imaginons que l'organisation responsable des cours souhaite connaître le jugement des étudiants. Elle pourrait faire appel à un instrument de mesure tel qu'un questionnaire autoadministré et le leur soumettre. Les réponses au questionnaire seraient compilées et une moyenne obtenue pour chaque critère. Il est probable qu'une telle organisation aurait fixé au préalable le niveau acceptable pour chaque critère, soit une norme claire. Dans un tel cas, on pourrait s'attendre à ce que les moyennes obtenues soient comparées à ces normes, de manière à ce que l'organisation puisse porter un jugement sur la formation, pour ensuite prendre des décisions sur son avenir : la maintenir telle qu'elle, la modifier ou encore la remplacer par une autre formation.

L'exemple que nous venons de présenter brièvement est un cas d'évaluation normative. Il s'agit d'une activité qui consiste à porter un jugement sur une intervention en comparant, à l'aide de critères, les caractéristiques des composantes des interventions à des normes (inspirée de Contandriopoulos et coll. 2000). Ce type d'évaluation est courant – que ce soit dans le secteur public ou privé –, car la mise au point d'interventions requiert souvent une démarche ardue nécessitant des ressources importantes. L'imputabilité est devenue une exigence incontournable pour l'État. Par ailleurs, on observe fréquemment des différences entre les interventions élaborées par leurs concepteurs et celles implantées par des intervenants (Rossi et coll. 2004). Une analyse de l'écart permet de vérifier cette réalité afin d'apporter des correctifs au besoin. Par contre, les disparités ne sont pas nécessairement problématiques, puisque des intervenants peuvent, avec raison, avoir à adapter l'intervention au contexte dans lequel ils œuvrent.



La recherche évaluative est la seconde catégorie d'évaluation. Il s'agit d'une démarche scientifique qui permet d'analyser et de comprendre les relations de causalité entre les différentes composantes¹ de l'intervention² (Champagne et coll. 2011). De telles recherches sont menées depuis près d'un siècle dans diverses disciplines (Guba et Lincoln 1989). L'éducation, la psychologie, puis la santé publique et l'économie comptent parmi celles ayant contribué à produire des connaissances et des méthodes pour assurer la rigueur des évaluations, qu'elles soient normatives ou scientifiques.

1 Selon le cadre conceptuel publié en 2000 (Contandriopoulos et coll.), les composantes correspondent aux objectifs, à la structure (les ressources), au processus (les services) et aux effets attendus (résultats) ou inattendus de l'intervention ainsi qu'au contexte dans lequel celle-ci est mise en œuvre. Nous préférons ce cadre au plus récent (Champagne et coll. 2011), car il est plus facile à opérationnaliser.

2 Par intervention, nous entendons l'« ensemble des moyens organisés dans un contexte spécifique, à un moment donné, pour produire des biens ou des services dans le but de modifier une situation problématique » (Contandriopoulos et coll. 2000), comme l'amélioration de la santé mentale d'une personne ou d'une collectivité.

conçues pour améliorer la santé



LES CATÉGORIES D'ÉVALUATION

L'évaluation peut servir à répondre à un très grand nombre de questions. Le vocabulaire utilisé pour identifier ces questions, ou ces catégories d'évaluation, s'est complexifié et varie souvent dans les publications sur le sujet. Cela peut entraver la compréhension des textes dans le domaine et même des projets auxquels on peut être appelé à participer. Par conséquent, il est toujours utile de vérifier la définition qu'on accorde à une catégorie d'évaluation.

Dans les lignes qui suivent, nous présentons les catégories les plus fréquentes, notamment dans le secteur de la santé et des services sociaux. Nous nous référons aux travaux de chercheurs québécois qui réfléchissent ensemble à cette question depuis

plus de vingt-cinq ans (Brousselle et coll. 2011, Contandriopoulos et coll. 1992 et 2000, Denis et Champagne 1990, Champagne et coll. 2011). Leur cadre conceptuel a le mérite d'être exhaustif et d'inclure des catégories mutuellement exclusives, ce qui en facilite la compréhension.

D'une part, l'évaluation normative doit tenter de vérifier si les ressources affectées à une intervention et les services sont adéquats pour produire les effets attendus. Pour ce faire, on peut évaluer la fidélité de l'intervention (à quel point ses caractéristiques sont conformes à celles prescrites?), sa couverture (les services sont-ils offerts aux personnes visées et ces dernières les utilisent-elles?) et sa qualité (Champagne et coll. 2011), ce dernier critère étant plus difficile

à circonscrire vu son caractère multidimensionnel et la diversité des définitions et des indicateurs utilisés pour l'apprécier. L'évaluation normative peut également porter sur les coûts de l'intervention et ses effets. Ce dernier type d'évaluation doit être employé avec prudence, car il comporte de nombreux biais. En effet, d'autres éléments que l'intervention elle-même peuvent avoir une incidence sur la production des effets sans que l'on en soit totalement conscient. Cela peut provoquer des conclusions erronées sur la capacité de l'intervention à produire ou non des résultats.

D'autre part, la recherche évaluative s'interroge sur les liens susceptibles d'exister entre les diverses composantes d'une intervention afin de mieux la comprendre. Elle englobe les six types d'analyse suivants :

- 1) Stratégique
Les objectifs de l'intervention sont-ils adéquats compte tenu de la nature du problème ciblé?
- 2) Logique
Les ressources et les services dispensés sont-ils adéquats pour atteindre les objectifs fixés?
- 3) De la production
Les relations entre les ressources consacrées aux services et le volume de même que la qualité de ceux-ci.
- 4) Des effets³ ou de l'efficacité
Quels sont les effets à court, à moyen et à long termes des services sur la santé? Sont-ils positifs ou négatifs, attendus ou inattendus?
- 5) De l'efficacité
Quel est le rapport entre les ressources allouées à l'intervention et ses effets?
- 6) De l'implantation
Ce dernier type d'analyse est particulièrement valable lorsque l'intervention est complexe ou susceptible de varier dans le temps ou selon les sites d'implantation.

La recherche évaluative peut poursuivre quatre grands objectifs, soit comprendre comment

- 1) l'intervention a évolué dans le temps,
- 2) le milieu d'implantation a pesé sur sa mise en œuvre,
- 3) la variation de cette implantation a influé sur la production des effets,
- 4) l'interaction entre les caractéristiques du milieu d'implantation et celles de l'intervention influence ses effets.

(Champagne et coll. 2011)

Évidemment, les méthodes auxquelles ont recours les chercheurs varient notamment en fonction des catégories d'évaluation et du contexte dans lequel ils œuvrent, certains faisant appel à des devis expérimentaux ou quasi-expérimentaux ou encore à des études de cas. La valeur scientifique des projets et des résultats obtenus est liée à la capacité des chercheurs à optimiser la validité de leurs inférences. Ils doivent pouvoir répondre aux deux questions suivantes : 1) jusqu'à quel point peut-on affirmer que les relations observées entre les composantes de l'intervention reflètent la réalité?, 2) peut-on extrapoler les résultats de l'étude?

LES CONDITIONS PRÉALABLES À RESPECTER

Quel que soit le type d'évaluation, on préconise le respect de certaines conditions pour qu'il porte ses fruits (Chen 2005), autrement dit, pour qu'il permette de prendre des décisions éclairées sur l'intervention évaluée.

D'une part, on doit veiller à ce que le modèle logique de l'intervention soit explicite, chacune de ses composantes devant être identifiée : quels sont les objectifs ultimes et intermédiaires de l'intervention?; à l'aide de quelles ressources distribue-t-on les services?; quels sont ces services et comment sont-ils censés contribuer à atteindre les objectifs de l'intervention (Champagne et coll. 2011)? Il s'agit d'expliquer de manière plausible comment l'intervention est censée agir (Bickman 1987).

Évidemment, le modèle logique doit être mis en relation avec les connaissances scientifiques et tacites disponibles sur les facteurs qui contribuent au problème circonscrit d'une part et sur les interventions pertinentes d'autre part. On doit également posséder de l'information sur l'implantation de l'intervention : les services sont-ils véritablement prodigués et si oui, à quelle proportion de la population ciblée (Champagne et coll. 2011)?

De plus, il importe de préciser à qui s'adressent les résultats de l'évaluation et qui possédera le pouvoir de prendre des décisions au sujet de l'intervention évaluée (Champagne et coll. 2011). Des représentants des groupes d'intérêt touchés par les services évalués prendront-ils part à la démarche d'évaluation et aux décisions qui s'ensuivront? Dans l'affirmative, on devrait identifier les parties prenantes, qu'il s'agisse de gestionnaires, d'intervenants ou de personnes ayant reçu les services de santé, par exemple. Afin de favoriser la participation pleine et entière des représentants de tels groupes d'intérêt, on recommande de cibler leurs besoins, d'adopter une approche flexible et réflexive, culturellement acceptable pour eux et adaptée à leurs compétences, et de reconnaître la variation des valeurs et la légitimité des différents points de vue (Borg et coll. 2012; Denison et Stillman 2012; Hergenrather et coll. 2010; Resnik et Kennedy 2010).

On doit convenir dès le départ des questions d'évaluation auxquelles on souhaite répondre et dans le cas d'évaluations

³ L'analyse d'impact inclut les effets attendus et inattendus, positifs ou négatifs, de l'intervention. Elle est donc plus large qu'une analyse des résultats qui, elle, porte sur l'atteinte des objectifs de l'intervention.

normatives, de la nature, de la pertinence et de la provenance des normes et des critères qui seront appliqués. Les normes et les critères sont fréquemment formulés par des gestionnaires ou des experts ou encore par des ordres professionnels à partir de connaissances tacites ou scientifiques sur des interventions comparables. Ils peuvent également être issus de textes législatifs. Cela étant dit, l'évaluation normative repose sur le postulat suivant : en respectant les normes et les critères utilisés, on peut s'attendre à ce que l'intervention produise les effets pour lesquels elle a été conçue (Rossi et Freeman 1993 cités dans Champagne et coll. 2011). De ce fait, on doit s'interroger sur le respect de ce postulat avant d'adopter des critères et des normes. Les connaissances produites par la recherche évaluative sont une source incontournable de renseignements à ce sujet.

De plus, la qualité scientifique des instruments employés pour mesurer les composantes de l'intervention doit être optimale. Il s'agit principalement de veiller à leur validité (capacité de mesurer ce qu'ils sont censés mesurer) et à leur fiabilité (degré de précision) (Contandriopoulos et coll. 1990).

Enfin, la stratégie de partage des connaissances, produites dans le cadre de l'évaluation, doit être abordée dès l'amorce des travaux. Il importe que les personnes à qui les connaissances sont destinées participent activement à la conception des outils qui seront utilisés pour en favoriser l'appropriation (Berthelette et coll. 2016).

CONCLUSION

Les interventions conçues pour améliorer la santé font l'objet de recherches évaluatives et d'évaluations normatives depuis plusieurs décennies. Or, la diffusion des résultats des évaluations n'étant pas la seule condition pour en assurer l'utilisation optimale à court ou à long terme, on commence à se poser des questions dès les années soixante sur leurs retombées et plus particulièrement sur leur rôle dans la prise de décision. On conclut que l'emploi des évaluations est lié aux caractéristiques des interventions et à celles du contexte dans lequel elles sont menées. Les recommandations pour favoriser l'usage optimal des évaluations sont de deux ordres. D'une part, on doit veiller à ce que le type d'évaluation soit cohérent avec la nature de l'intervention et les questions soulevées à son sujet. D'autre part, les évaluateurs et les personnes auxquelles les résultats sont destinés devraient partager le même système de référence. Pour ce faire, des interactions soutenues entre les évaluateurs et les groupes d'intérêt, dans une perspective bénéficiant aux échanges, constitueraient un atout important (Champagne, Contandriopoulos et Tanon 2011).

Malgré cela, il est indéniable que les évaluations dont la pertinence et la qualité sont reconnues peuvent contribuer à bonifier les pratiques tant sur le plan clinique qu'organisationnel. Leurs résultats peuvent aider les intervenants, les gestionnaires et les décideurs politiques à prendre du recul, à dégager une vision plus globale de leurs actions, de manière à prendre de meilleures décisions sur l'avenir des interventions élaborées ultimement pour améliorer la santé et la qualité de vie.

BIBLIOGRAPHIE

- Berthelette, D. et coll. (2016). « A case study of KM development in the health and social services of Quebec ». Dans S. Moffett et B. Galbraith (édit.), *Proceedings of the 17th European Conference on Knowledge Management* (71-80). Belfast, Ulster University.
- Bickman, L. (1987). « The functions of program theory ». Dans L. Bickman (édit.), *Using Program Theory in Evaluation* (5-18). New directions for program evaluation, San Francisco (CA), Jossey-Bass.
- Borg, M. et coll. (2012). « Opening up for many voices in knowledge construction ». *Forum: Qualitative Social Research*, 13(1). <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1793/3317> (Consulté le 2 février 2017).
- Brousselle, A. et coll. (2011). *L'évaluation : concepts et méthodes* (2^e édition mise à jour), Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.
- Champagne, F., A.-P. Contandriopoulos et A. Tanon. (2011). « Utiliser l'évaluation ». Dans A. Brousselle et coll. (édit.), *L'évaluation : concepts et méthodes* (2^e édition mise à jour) (251-272). Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.
- Champagne, F. et coll. (2011). « L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes ». Dans A. Brousselle et coll. (édit.), *L'évaluation : concepts et méthodes* (2^e édition mise à jour) (35-56). Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.
- Chen, H.-T. (2005). *Practical Program Evaluation*, Thousand Oaks (CA), Sage Publications.
- Contandriopoulos, A.-P. et coll. (1990). *Savoir préparer une recherche; la définir, la structurer, la financer*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.
- Contandriopoulos, A.-P. et coll. (1992). *L'évaluation dans le domaine de la santé*, Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé.
- Contandriopoulos, A.-P. et coll. (2000). « L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes ». *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 48(6), 517-539.
- Denis, J. L. et F. Champagne. (1990). « L'analyse de l'implantation : modèles et méthodes ». *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 5(2), 47-67.
- Denison, T. et L. Stillman. (2012). « Academic and ethical challenges in participatory models of community research ». *Information, Communication and Society*, 15(7), 1037-1054.
- Guba, A. E. G. et Y. S. Lincoln. (1989). *Fourth Generation Evaluation*, Newbury Park (CA), Sage Publications.
- Hergentrather, K. C. et coll. (2010). « An introduction to community based participatory research ». *Rehabilitation Education*, 24(3), 225-238.
- Resnik, D. B. et C. E. Kennedy. (2010). « Balancing scientific and community interests in community-based participatory research ». *Accountability in Research*, 17(4), 198-210.
- Rossi, P. H. et coll. (2004). *Evaluation: A Systematic Approach*, Beverly Hills, Sage Publications.
- Rossi, P. H. et H. E. Freeman. (1993). *Evaluation: A Systematic Approach*, Beverly Hills, Sage Publications, cités dans F. Champagne et coll. (2011). « L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes ». Dans A. Brousselle et coll. (édit.), *L'évaluation : concepts et méthodes* (2^e édition mise à jour) (35-56). Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.

Programme de réseautage et de comparaison santé mentale et en dépendance de l'Ontario



Lynne McVey

Lynne McVey, présidente-directrice générale adjointe, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal;
Najia Hachimi-Idrissi, directrice santé mentale et dépendance, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal;
Pamela Prince, Ph. D., directrice, Planification stratégique et évaluation, The Royal;
André Delorme, M. D., directeur de la santé mentale, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Nous remercions M. Benoit Morin, président-directeur général du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, d'avoir permis la poursuite des travaux à la suite de la réforme du réseau de la santé et des services sociaux québécois. Merci aux directeurs généraux des hôpitaux de santé mentale de l'Ontario, M. George Weber, The Royal, Dre Catherine Zahn, Center for Addiction and Mental Health, Mme Caroline Lambie, Waypoint, et M. Karim Mandani, Ontario Shores. Sans leur invitation et leur collaboration, ce projet n'aurait pas vu le jour.



Najia Hachimi-Idrissi

INTRODUCTION

Une préoccupation pancanadienne des écarts entre les dépenses en santé et la croissance économique est bien documentée¹. Par conséquent, l'accent mis sur la mesure des résultats et sur l'imputabilité des interventions posées auprès de la clientèle augmente de façon exponentielle depuis quelques années.

Au Canada et au Québec, la proportion de ressources réservées aux secteurs hospitaliers de santé physique est majoritairement plus élevée que celle vouée aux secteurs spécialisés tels que la santé mentale et la dépendance. Par exemple, au Canada les dépenses en santé mentale et en dépendance représentent 7,2 % de toutes les dépenses gouvernementales en santé tandis que le fardeau de ces maladies compte pour 15 % de l'ensemble des maladies dans le pays^{2,3}.

Il est donc un peu surprenant de constater que l'utilisation d'indicateurs de performance standardisés est bien développée dans le secteur hospitalier pour la santé physique, mais peu présente ou avancée pour les secteurs de la santé mentale et de la dépendance⁴.

De plus, un phénomène s'installe où on voit l'utilisation d'indicateurs conçus pour le secteur de la santé physique hospitalière comme les taux d'infections et de chutes, dans le secteur de la santé mentale et de la dépendance. Ces mesures perdent leur pertinence quand on remarque que la valeur ajoutée pour le patient en santé mentale et en dépendance se retrouve plutôt avec la mesure d'indicateurs tels le fonctionnement mental, la qualité de vie au quotidien et l'expérience-client dans son interface avec le réseau de la santé. L'appréciation de ces dimensions pose un défi en santé mentale, car elle s'appuie sur des mesures plus élaborées qu'un simple test de laboratoire.



Pamela Prince



André Delorme

UNE INITIATIVE D'AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE EN SANTÉ MENTALE ET EN DÉPENDANCE PREND FORME EN ONTARIO

En 2011, les hôpitaux de l'Ontario spécialisés en santé mentale et en dépendance ont formé un consortium (l'Initiative de qualité en santé mentale et en toxicomanie/*Mental Health and Addictions Quality Initiative (MHAQI)*) pour établir une série d'indicateurs de performance standardisés et mettre sur pied un forum afin d'échanger les données obtenues par cette mesure⁴.

Le premier exercice a donc consisté à identifier les indicateurs nécessaires pour améliorer les différents aspects de la qualité dans les domaines de la santé mentale et de la dépendance. Neuf dimensions ont été retenues et une liste initiale de treize indicateurs en lien avec celles-ci a été établie.

Le processus de sélection des indicateurs a été piloté par un groupe de travail constitué de représentants des établissements constitutifs du consortium et a été réalisé en trois étapes :

1. Une revue de littérature des établissements en santé mentale tant sur le plan national qu'international;
2. Un répertoire des dimensions de la qualité en santé mentale et des indicateurs fréquemment associés;
3. Un choix de critères pour la sélection des indicateurs à retenir pour le consortium.

Le groupe avait la préoccupation non seulement de faire en sorte que les indicateurs choisis répondent aux critères de qualité propres à un indicateur – tels la validité, la fiabilité, la sensibilité, etc. –, mais aussi que les définitions de même que les méthodes de collecte d'information et de traitement soient standardisées au sein de tous les établissements du consortium.

des données avec les services hospitaliers en

Le tableau ci-dessous⁸ fait état des 18 indicateurs en santé mentale et en dépendance produits à ce jour par le consortium, avec l'appui de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

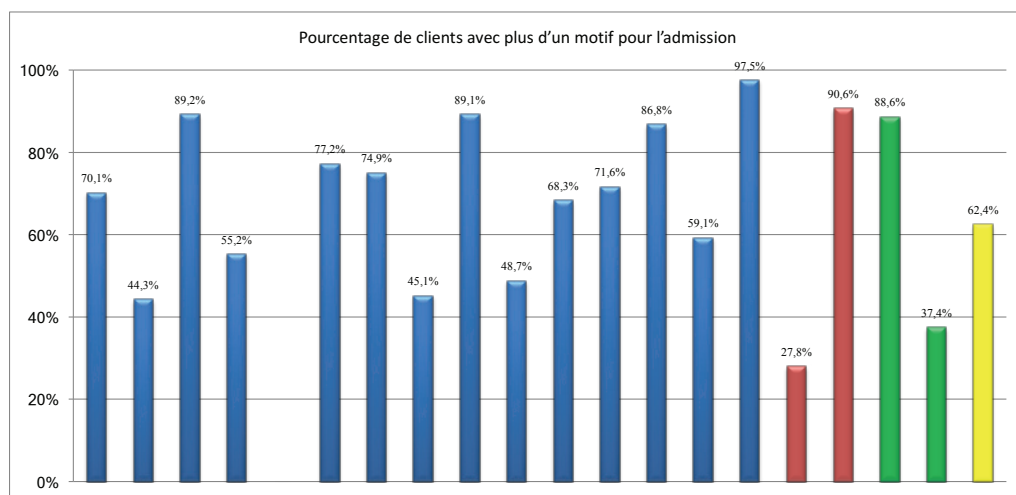
DIMENSION	INDICATEUR	FONDEMENT
Complexité du patient	Nombre de motifs d'admission	Hypothèse selon laquelle les clients ayant plus d'un motif d'admission sont plus complexes. De même, en ce qui regarde le nombre de diagnostics psychiatriques et médicaux, l'évaluation du congé a été choisie parce que l'information diagnostique était jugée plus complète et plus fiable qu'à l'admission. <i>Sources : RAI-MH, ICIS.</i>
	Nombre de diagnostics psychiatriques au congé	
	Nombre de diagnostics médicaux au congé	
Résultat	Indice d'autonomie pour les soins	Les mesures de l'efficacité des soins. L'indice d'autonomie pour les soins et le changement général dans les besoins de soins ont été choisis en raison de leur applicabilité à travers divers groupes diagnostiques. <i>Sources : RAI-MH, ICIS.</i>
	Changement général dans les besoins de soins (entre l'admission et le congé)	
	Taux de réadmission dans n'importe quel établissement dans les 30 jours suivant le congé	Un indicateur de résultat standard dans de nombreux hôpitaux, afin de s'assurer que les clients n'obtiennent pas un congé trop tôt. <i>Source : ICIS.</i>
	Taux de réadmission dans le même établissement dans les 30 jours suivant le congé	
Accès au patient	Pourcentage de jours statut de niveau de soins alternatifs (NSA)	L'accès aux services est un enjeu majeur en santé mentale où il est fréquent d'avoir des clients hospitalisés pendant de nombreuses années en raison du manque de logements de soutien appropriés. L'incapacité de transférer les patients dans des lieux appropriés de soins a un effet négatif sur le nombre de lits disponibles pour les nouvelles admissions. <i>Source : données internes.</i>
	Temps d'attente	
Sécurité du patient	Pourcentage de patients dont l'évaluation à l'admission n'identifie pas le besoin de médicaments de contrôle (au préalable pour crise aiguë), de moyens de contention physique/mécanique, ni de recours à une salle d'isolement	L'utilisation de la contention est un enjeu de sécurité physique et émotionnelle pour le patient. Les quatre hôpitaux ont des initiatives de réduction de la contention. <i>Sources : RAI-MH, ICIS.</i>
	Pourcentage de journées d'absence non autorisées	
	Bilan des médicaments effectué à l'admission	
	Nombres d'incidents liés aux médicaments	Ces incidents peuvent généralement être évités et comprennent le fait de recevoir un mauvais médicament ou une mauvaise posologie du bon médicament. <i>Source : données internes.</i>
	Nombre d'incidents graves liés aux médicaments	
Expérience du patient	Pourcentage des réponses positives des patients hospitalisés à la question : « Dans l'ensemble, comment qualifieriez-vous les soins que vous recevez? »	Sondage sur l'expérience patient. <i>Source : données internes (printemps 2017)</i>
Sécurité du personnel	Taux de fréquence d'absences résultant de blessures	Indicateur de la fréquence des lésions professionnelles résultant en temps perdu approuvé. Les causes peuvent comprendre des chutes, la propagation de virus ou des incidents impliquant des patients. <i>Source : données internes.</i>
Indicateur RH	Taux d'absentéisme	Un taux d'absentéisme peut nuire à la continuité des soins aux patients et peut être le reflet de l'engagement ou du désengagement des employés. <i>Source : données internes.</i>
Engagement du personnel	Pourcentage de points positifs au sondage sur l'engagement des employés	En cours
Responsabilité fiscale	Nombre de budgets équilibrés au cours des 5 dernières années	La responsabilité financière est une préoccupation croissante pour les hôpitaux. Cet indicateur a été retenu, étant jugé plus pertinent et compréhensible pour le public. <i>Source : données internes.</i>

Avec ces données en main, des rencontres trimestrielles se sont tenues, empreintes de transparence et d'une ouverture d'esprit pour comparer les données entre les hôpitaux spécialisés en santé mentale et en dépendance. De plus, le consortium a adopté un règlement qui rendait obligatoire pour tous les membres la publication de leurs données respectives sur leur site Web. Cet engagement de transparence et d'imputabilité envers le grand public demeure un principe de base qui s'applique toujours.

Subséquentement, un comité de pilotage, mandaté par le forum des présidents-directeurs généraux (PDG), a été mis en place

et comprend en 2017 quelque 20 établissements, dont l'Institut universitaire en santé mentale Douglas (Institut Douglas), des hôpitaux du Manitoba et, bientôt, de Terre-Neuve. Ce comité, composé de représentants de chaque organisation et de l'ICIS, se réunit trimestriellement et voit aux travaux effectués par les établissements pour assurer la validation et le suivi des données qui font l'objet d'une comparaison. Il analyse les résultats recueillis, échange sur les enjeux que ceux-ci soulèvent et transmet les façons de faire pour l'amélioration des processus. Il émet ses recommandations au forum des PDG.

Le graphique suivant est un exemple du type d'information qui se retrouve dans le rapport comparatif :



La lecture de ce type de graphique nous conduit à nous questionner pour comprendre les variations observées d'un établissement à l'autre et à partager les pratiques dans une optique d'amélioration continue.

Le leadership des PDG a aidé à créer un climat de coopération et de confiance entre les hôpitaux, mais aussi du côté de chaque organisation faisant partie du groupe, sur le plan tant clinique qu'administratif.

UNE AVANCÉE INTERNATIONALE ET UN PROJET PILOTE POUR LE QUÉBEC

Déoulant de cette initiative, deux avancées importantes sont réalisées en 2014 :

1. Le regroupement des hôpitaux spécialisés en santé mentale et en dépendance de l'Ontario et du Québec ainsi que la Commission de la santé mentale adhèrent à une initiative internationale de conception d'une série d'indicateurs de performance pour la santé mentale et la dépendance⁷.
2. Le démarrage d'un projet pilote à l'Institut Douglas pour le Québec est endossé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) pour la mise en place de l'outil standardisé RAI-MH⁸. Cet outil normalisé est décrété par la loi provinciale en Ontario pour chaque patient utilisateur de services en santé mentale et en dépendance du réseau de la santé et des services sociaux de cette province. Il sert à évaluer périodiquement les soins offerts aux patients hospitalisés en santé mentale. Le RAI-MH contient de l'information sur l'endroit où les personnes sont admises et où elles vont à la sortie, ainsi que des renseignements recueillis lors du séjour à l'hôpital pour la planification des soins et l'amélioration de la qualité des services pour des groupes patients⁸.

Selon les résultats obtenus à l'Institut Douglas et en collaboration avec le directeur de la santé mentale du MSSS, l'Institut fera une recommandation au ministère

afin de rendre cet outil obligatoire, comme c'est le cas en Ontario. L'avantage de l'utiliser est l'accessibilité aux données panquébécoises obtenues par des mesures standardisées pour chaque patient atteint d'un trouble mental et de dépendance, de même que la possibilité de faire la comparaison avec les données de tous les établissements y ayant recours dans le monde. L'objectif ultime est d'améliorer de façon significative la qualité et la performance de l'offre de service en santé mentale et en dépendance au Québec, tout en contribuant aux mêmes objectifs pour cette clientèle du côté international.

PROJET PILOTE D'UTILISATION DE L'OUTIL RAI-MH POUR LE QUÉBEC

Le partenariat avec le consortium

ontarien permet à l'Institut Douglas de se donner des moyens supplémentaires pour soutenir les efforts d'amélioration continue de la qualité des services offerts à sa clientèle. En effet, pour pouvoir s'améliorer, il faut d'abord mesurer, c'est-à-dire attribuer une valeur x à la situation visée pour ensuite l'évaluer. Autrement dit, porter un jugement sur la conformité ou non de cette valeur par rapport à une donnée de référence. Cette donnée de référence peut provenir de la littérature, des standards de pratiques, des normes reconnues ou encore d'un groupe de comparaison. Dans ce cas-ci, comme nous l'avons souligné, le MHAQI constitue le groupe de comparaison auquel se réfère l'Institut Douglas.

En Ontario, tous les établissements en santé mentale emploient le système d'information clinico-administratif RAI-MH, ce qui favorise une certaine standardisation des données et facilite la tâche pour certains indicateurs, malgré des enjeux de fiabilité des données et d'interprétation des définitions dans l'application et la collecte de données.

L'Institut Douglas a dû faire un exercice supplémentaire pour assurer une comparabilité des données, dont certaines demeurent à ce jour non comparables compte tenu des différents systèmes d'information. Le RAI-MH est en phase de pilotage à l'Institut dans une unité de soins et il s'avérera plus facile de faire la comparaison avec l'ensemble des indicateurs lorsqu'il sera déployé dans tous les services. À ce jour, nous avons observé une reconnaissance parmi le personnel de l'unité pilote quant aux bénéfices de l'outil pour l'information sur le soutien social de leurs patients, leur santé mentale et physique, et surtout, la planification de leurs soins. Nous avons également constaté une amélioration significative de certains indicateurs cliniques clés, tels qu'une augmentation de 120 % du nombre d'admissions dans l'unité avec des diminutions de 26 % de la durée moyenne de séjour, de 36 % du nombre de mesures de contrôle et de 47 % du nombre de patients touchés par ces mesures. Nous pensons que ces résultats s'expliquent par le fait que l'introduction du RAI-MH a transformé le travail clinique et la collaboration interprofessionnelle avec le patient pour son plan d'intervention.

AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE EN SANTÉ MENTALE; L'EXEMPLE DES MESURES DE CONTRÔLE

Le forum des PDG assure la gouverne stratégique de tout le projet. Chaque trimestre, les résultats des 18 indicateurs sont produits dans un rapport comparatif déposé au forum par le comité de pilotage du MHAQI afin que les PDG puissent s'approprier les résultats, les analyser, apporter les explications aux diverses variations selon les contextes et les réalités cliniques des organisations, et identifier les situations qui évoluent de façon positive ainsi que les zones potentielles d'amélioration.

Plusieurs initiatives d'amélioration découlent de cet exercice et sont pilotées par des sous-groupes de travail *ad hoc* mandatés par le forum des PDG. C'est de cette manière qu'est née, notamment, l'initiative pour la prévention et la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle à l'automne 2015 pour une durée de deux ans.

L'objectif est de renforcer la notion de mesure exceptionnelle que représentent les mesures de contrôle et de s'assurer que les meilleures pratiques soient intégrées dans les différents milieux. En effet, dans un contexte de prestation de services orientée vers le rétablissement, le recours à des mesures de contrôle porte atteinte à la capacité d'autodétermination de la personne et nuit aux efforts de rétablissement.

Chaque institut participant à cette initiative doit mettre en place les éléments suivants :

- Mesurer le niveau d'utilisation de la contention physique, la contention chimique et l'isolement tels qu'ils sont définis par le projet;
- Mettre en place la collecte de données nécessaires en employant les définitions et les outils standards retenus;
- Réduire les variations dans les données recueillies;
- Produire des rapports et comparer les résultats.

Ce projet comprend trois grands volets basés sur les meilleures pratiques :

- L'adoption de données comparables sur les mesures de contrôle;
- L'implantation d'un plan d'intervention collaboratif incluant les mesures alternatives, les stratégies déterminées avec

le patient pour prévenir l'usage des mesures de contrôle, la tenue de séances postévènement avec le patient et l'intégration au plan d'intervention du résultat de ces séances;

- La visite des gestionnaires de haut niveau lors de l'application de toute mesure de contrôle pour un patient.

L'analyse des premières données de ce projet a permis de présenter au forum des PDG les principaux constats sur l'usage des mesures de contrôle en lien avec les caractéristiques de la clientèle, de l'environnement et du personnel. Les données préliminaires suggèrent que le projet a un effet positif sur la réduction du nombre de mesures de contrôle, de moyens de contention chimique et de cas d'isolement, ainsi que sur leur durée respective.

CONCLUSION

Les mesures standardisées comme le RAI-MH pour chaque patient atteint d'un trouble mental et de dépendance autorisent la comparaison avec l'ensemble des données de tous les établissements utilisant cet outil.

L'exemple du projet d'amélioration ci-dessus démontre l'importance de la comparaison standardisée entre les organisations cliniques similaires pour évaluer nos résultats par rapport à un groupe de référence comparable en plus de partager les connaissances et les pratiques afin d'améliorer la qualité des services que nous offrons.

Cette démarche représente la seule initiative de calibre interprovincial reconnue par les gouvernements provinciaux des membres (Québec, Ontario, Manitoba et Terre-Neuve), l'ICIS, la Commission de la santé mentale du Canada et le gouvernement fédéral, tout en étant partenaire d'une initiative internationale en qualité. Dans chaque milieu, se doter des renseignements les plus robustes et comparables est un impératif essentiel pour atteindre l'excellence dans la qualité des services donnés aux patients aux prises avec un problème de santé mentale et de dépendance.

L'expérience du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal à l'Institut Douglas nous permet, avec le soutien d'un système de mesure et d'évaluation standardisé et informatisé basé sur les meilleures pratiques cliniques, de confirmer la plus-value d'une telle démarche.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Canadian Institute for Health Information. (2011). *Health Care Cost Drivers: The facts*. <https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?pf=PFC1672> (Consulté en janvier 2017).
- 2 Jacobs, P. et coll. (2010). « The cost of mental health and substance abuse services in Canada ». *Institute of Health Economics*. www.ihe.ca (Consulté en janvier 2017).
- 3 Lim, K.-L., P. Jacobs et C. Dewa. (2008). « How much should we spend on mental health? ». *Institute of Health Economics*. www.ihe.ca (Consulté en janvier 2017).
- 4 Prince, P. et P. Willett. (2014). « The mental health and addictions quality initiative: Collaboration in public reporting and quality improvement ». *Health Management Forum*, 27, 25-29.
- 5 Hirdes, J. P. et coll. (2002). « The resident assessment instrument-mental health (RAI-MH): Inter-rater reliability and convergent validity ». *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 29(4), 419-432.
- 6 Carte de pointage de l'Initiative de qualité en santé mentale et en toxicomanie. www.leroyal.ca/mental-health-centre/about-the-centre/accountability-and-public-reporting/mental-health-and-addictions-quality-initiative-scorecard (Consulté en février 2017).
- 7 Métadonnées du Système d'information ontarien sur la santé mentale. www.cihi.ca/fr/types-de-soins/services-specialises/sante-mentale-et-toxicomanie/metadonnees-siosm.
- 8 Fischer, C. E., B. Spaeth-Rublee et H. A. Pincus. (2013). « Developing mental health-care quality indicators: Toward a common framework ». *International Journal for Quality in Health Care Advance*, 25(1), 75-80.

L'évaluation dans le milieu communautaire



Amande Anin



Julie Nicolas

Amande Anin et Julie Nicolas, conseillères et formatrices en évaluation au Centre de formation populaire

POUR UNE ÉVALUATION «PAR ET POUR» LES ORGANISMES

Depuis 25 ans, le Centre de formation populaire (CFP) œuvre au renforcement des pratiques d'évaluation dans le milieu communautaire avec des services de formation, d'accompagnement et de soutien-conseil. En effet, les formes et les objets de l'évaluation sont loin d'être des enjeux anodins pour des organismes communautaires autonomes dont la mission vise la transformation sociale.

Venant de l'extérieur ou servant d'autres intérêts, l'évaluation est souvent perçue comme un obstacle supplémentaire dans un contexte déjà difficile d'augmentation et de complexification des besoins des populations. De plus, le sous-financement de la mission des organismes communautaires et le morcellement du financement par projets engendrent des conséquences négatives sur leur capacité à agir. Ainsi, les organismes font face à une multiplication des redditions de comptes non uniformisées et se soucient souvent davantage de normaliser l'implantation des activités que de mesurer leurs impacts.

Des expériences antérieures de processus d'évaluation lourds, menant à la production de rapports qui en rejoindront d'autres sur les tablettes de l'organisme, peuvent aussi être un frein à l'engagement dans une démarche d'évaluation. En effet, les acteurs ne sont alors pas en mesure de s'approprier des outils qui correspondent peu à leur réalité, de reproduire partiellement ou entièrement le processus, ou d'intégrer l'évaluation à leur cycle de gestion.

En accompagnant les organismes au plus près de leurs réalités, le CFP travaille à briser l'image d'outil de contrôle externe associée à l'évaluation et favorise plutôt sa valorisation comme instrument de développement collectif et individuel. Les méthodes et outils déployés sont envisagés comme des vecteurs pour donner la parole aux personnes participantes, bonifier les pratiques d'intervention et faire valoir les spécificités et les impacts des organismes communautaires.

POURQUOI ÉVALUER

Évaluer, c'est nous interroger sur nos pratiques, nous adapter aux changements et aux nouveaux besoins tout en gardant le cap sur notre mission.

OUTIL D'AMÉLIORATION CONTINUE

Les organismes communautaires disposent de structures organisationnelles flexibles leur permettant de tester de nouvelles façons de faire et de répondre rapidement aux besoins émergents. La culture d'adaptation et d'apprentissage est très ancrée dans le milieu communautaire. Cependant, elle

se limite encore souvent à l'oralité. En systématisant l'évaluation, les organismes sortent de l'anecdotique. Le suivi en temps réel et le bilan annuel leur permettent de prendre des mesures continues d'amélioration de leurs services et activités.

Par exemple, l'évaluation d'un groupe d'entraide en santé mentale visant, entre autres, l'accroissement du réseau social a démontré que les personnes participantes ont effectivement développé leurs habiletés sociales, mais que leurs liens demeurent limités à leurs pairs à l'intérieur des murs de l'organisme. Le fonctionnement du groupe a alors été revu afin d'inclure des composantes permettant l'élargissement des lieux de participation sociale dans le quartier pour favoriser une pleine citoyenneté.

Conscients de la démarche d'amélioration continue dans laquelle ils s'engagent, certains organismes n'attendent même pas la fin du processus d'évaluation pour modifier leurs pratiques. Plusieurs agissent dès la définition du modèle logique : en ajoutant un volet à un atelier, en introduisant un exercice dans une activité ou tout simplement en restructurant leur façon d'animer. Le travail accompli pour définir le modèle logique change le regard que les groupes portent sur leurs actions et leur manière de comprendre les visées de leurs interventions. Il les force à rendre ces dernières plus cohérentes et à déterminer comment, logiquement, ils pourront par leurs actions provoquer des changements.

ENCART SUR LE MODÈLE LOGIQUE

La réalisation du modèle logique, première étape de la démarche d'évaluation, consiste à représenter de manière graphique le fonctionnement de l'activité ou de l'intervention à évaluer. Le modèle logique permet de décrire la chaîne causale entre les actions posées et les impacts fixés. La figure 1 présente les principales étapes d'un processus d'évaluation.

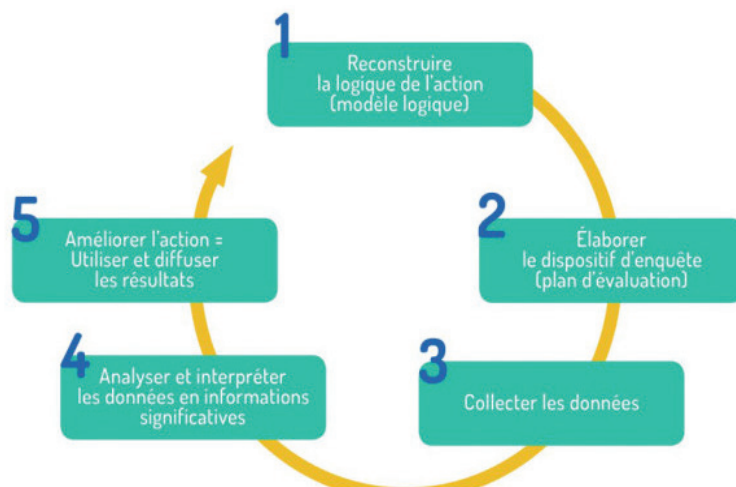


Figure 1 : Les principales étapes d'une évaluation.

: enjeux et défis

OUTIL DE VALORISATION DES PRATIQUES

L'action communautaire donne des résultats concrets qui changent la vie des gens. Malheureusement, ses impacts ne sont pas suffisamment reconnus. Dans ces milieux à forte tradition orale, les pratiques d'évaluation demeurent souvent informelles et peu documentées. Or, ce n'est pas parce qu'une pratique n'est pas évaluée – et donc pas « probante » – qu'elle rime nécessairement avec inefficacité.

Les groupes communautaires prennent de plus en plus conscience de l'importance de mettre de l'avant les retombées de leurs actions afin de rendre visible leur contribution essentielle au mieux-être de la société. Les organismes en santé mentale incarnent d'excellents exemples d'incubateurs de « bonnes pratiques » qui ne demandent qu'à être valorisées. Au cours des dernières années, des interventions innovantes et efficaces mises en place par le milieu communautaire, tels les entendeurs de voix et les pairs aidants, ont même été reprises dans le réseau public.

OUTIL DE MOBILISATION ET DE SOUTIEN À LA VIE DÉMOCRATIQUE

Les organismes expriment souvent à quel point l'évaluation leur permet de revenir à l'essence même de leurs interventions tout en rendant la parole aux membres. Ainsi, les groupes communautaires peuvent faire preuve de créativité dans la recherche d'information auprès des personnes participantes et dans la communication de leurs résultats à la collectivité. En donnant une voix à leurs membres et à leurs équipes de travail, ils font du processus d'évaluation un moment « rassembleur » dans l'organisation. Envisagée de manière participative, cette expérience devient alors un vecteur de mobilisation et d'échange. Dans une perspective plus large, avec une dynamique proactive et menée de concert avec les membres, l'évaluation est l'occasion de donner toute sa signification à un des piliers de l'action communautaire, soit le soutien à la vie démocratique.

QUOI ÉVALUER

Pour les organismes communautaires, détenir le pouvoir sur leur démarche d'évaluation commence par déterminer ensemble l'objet d'évaluation.

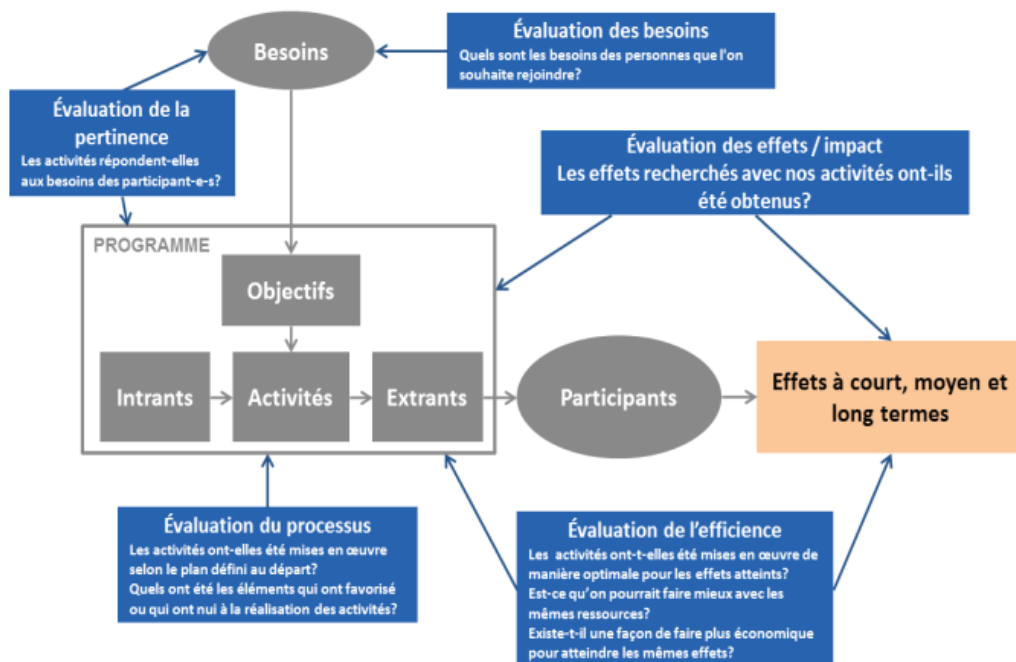
Comme l'illustre la figure 2, l'éventail des questions auxquelles peut répondre

l'évaluation est large et les acteurs doivent au départ s'entendre sur les aspects à explorer en priorité pour améliorer leur action. Souhaite-t-on connaître les besoins d'une population (évaluation des besoins)? Veut-on savoir si les activités correspondent bien aux besoins des personnes participantes (évaluation de la pertinence)? S'intéresse-t-on à la mise en œuvre d'activités et aux éléments qui ont nuï à leur réalisation ou les ont favorisées (évaluation du processus)? Pourrait-on faire mieux avec les ressources disponibles? Existe-t-il une façon de faire plus économique pour atteindre les mêmes objectifs (évaluation de l'efficacité)? Désire-t-on vérifier si les résultats recherchés par les actions ont été obtenus (évaluation des effets ou impacts)?

Toutes ces questions sont pertinentes et complémentaires. Il s'agit de différentes évaluations qui prennent une importance relative selon le contexte de l'organisme et le cheminement de sa réflexion stratégique. À l'étape de la planification, les évaluations des besoins et de la pertinence d'un programme s'imposent. Les évaluations du processus et des effets constituent, quant à elles, le pilier de la période d'implantation. L'évaluation d'efficacité devient, elle, incontournable dans un contexte de pénurie de ressources.



DIFFÉRENTS TYPES D'ÉVALUATION



© CFP 2016

SCHÉMA INSPIRÉ DES TRAVAUX DE RIDDLE ET BIBEAU

Figure 2 : Les différents types d'évaluation et les questions auxquelles ils permettent de répondre.

Par ailleurs, l'organisme doit également s'interroger sur l'étendue de ce qu'il souhaite évaluer : une activité précise et ponctuelle, un programme de plus grande ampleur ou un volet de sa mission?

Tous ces questionnements préalables aident à circonscrire l'objet d'évaluation et contribuent à une meilleure appropriation et utilisation des résultats de la démarche.

COMMENT ÉVALUER

Il n'existe pas de façon unique de réaliser une évaluation. Cependant, fort de son expertise en matière d'éducation populaire et de sa connaissance du milieu communautaire, le CFP met l'accent sur une méthode « par et pour ».

Cette approche permet aux organismes une plus grande appropriation des outils d'évaluation au service d'une meilleure adaptation à leurs besoins. L'idée n'est donc pas « de faire pour » les organismes ou « à leur place », mais bien de les soutenir vers une « autonomie évaluative », toujours en fonction des besoins et des possibilités propres à chacun d'entre eux.

De plus, les organismes détiennent le contrôle de l'objet de l'évaluation et de la diffusion des résultats en accord avec leur mission de transformation sociale et de réduction des inégalités. Cette approche encourage les porteurs du changement social à améliorer leurs interventions dans la communauté en leur offrant des outils pour affiner leur capacité d'analyse, tant de leur vie démocratique que des effets de leur action.

Le pouvoir de l'approche participative

Une des expressions les plus concrètes de l'approche participative réside dans la constitution d'un comité d'évaluation composé de personnes ayant un intérêt à l'égard de l'objet d'évaluation. Le comité porte la responsabilité du processus, veille à la validité des résultats et assure le respect des valeurs de l'organisme ainsi que la cohérence avec les réalités du milieu.

Au-delà de l'exercice démocratique – dans lequel la voix des professionnels tient une place aussi importante que celle des participants –, décider ensemble du fonctionnement de l'évaluation permet d'assurer une vision partagée des actions, mais également de potentialiser les chances d'utilisation des résultats de la démarche. En effet, la rencontre des différentes expertises et expériences facilite la construction commune du savoir, l'apprentissage collectif et, à plus long terme, le développement d'une pensée évaluative qui imprègne les pratiques du milieu. Élaborer ensemble l'évaluation, c'est donc en améliorer la maîtrise par les personnes comme par le groupe.

Une approche participative en évaluation doit être à l'image du monde communautaire, c'est-à-dire souple et adaptative. Ainsi, le comité d'évaluation ne doit pas être perçu de façon prescriptive et normalisée : les modalités de participation et de fonctionnement ou la fréquence des rencontres sont à réinventer pour chacun des organismes. Finalement, le recours à ce type d'approche permet à une organisation de cerner concrètement les enjeux liés au pouvoir d'agir et à la transformation sociale portés par l'ensemble de la sphère communautaire.

PRENDRE LE TEMPS D'IMPLANTER UNE CULTURE D'ÉVALUATION

Nous avons tenté de survoler rapidement les défis de l'évaluation dans le milieu communautaire en présentant les diverses questions à se poser avant, pendant et après un processus, en espérant pouvoir contribuer à démystifier l'exercice et inspirer de plus en plus d'organismes à l'entreprendre.

Cependant, d'un point de vue individuel et collectif, le principal défi demeure la pérennisation des pratiques d'évaluation dans chaque organisme et dans le milieu communautaire dans son ensemble.

En effet, bien que la plus-value des démarches d'évaluation par rapport à l'amélioration des actions, au renforcement de la vie démocratique et à la valorisation de l'impact des groupes soit difficilement contestable, le chemin vers une culture d'évaluation véritablement ancrée dans le milieu communautaire est encore en construction. Ainsi, les contingences et les enjeux de raréfaction des ressources ne constituent pas les seules raisons qui expliquent que l'évaluation ne soit pas plus présente.

L'évaluation nécessite du temps qui, en apparence, n'est pas consacré à l'action. Mettre en valeur la pertinence d'évaluer représente un travail crucial. La construction d'une culture d'évaluation est un processus qui s'inscrit à long terme et qui, surtout, ne dépend pas uniquement des organismes communautaires. Cette tâche doit également être comprise et valorisée par les partenaires, les bailleurs de fonds et le grand public.

À notre époque, le temps est une ressource rare et la normalisation des actions semble prendre le pas sur l'originalité et la variété des réponses offertes aux besoins. Dans ce contexte, s'arrêter pour s'interroger sur ce que l'on fait et remettre en question le *statu quo* se révèle une position à contre-courant qui bénéficie pourtant à tout le monde.

L'évaluation comme levier d'évolution

Jean-Nicolas Ouellet, coordonnateur, Centre d'activités pour le maintien de l'équilibre émotionnel de Montréal-Nord

Le Centre d'activités pour le maintien de l'équilibre émotionnel de Montréal-Nord (CAMÉÉ) a conçu ses propres pratiques d'évaluation au milieu des années 1990 pour répondre aux besoins et aux préoccupations de l'époque, une époque marquée par l'expansion des services et des ressources dans la communauté à la suite de l'adoption de la politique de la santé mentale en 1989. Nous avons fait évoluer ces outils de notre mieux au fil des ans en prenant conseil auprès de différentes sources. Une vingtaine d'années plus tard, nous pouvons affirmer que si nous n'avons pas tout essayé dans le domaine de l'évaluation, nous avons néanmoins beaucoup expérimenté.

La plupart de ces outils mesuraient des volumes d'activité, la taille de la clientèle jointe et, le plus justement possible, le nombre d'heures consacrées directement aux activités d'insertion. Très quantitative, cette approche reflétait donc ce nous arrivions à faire avec le financement et les ressources humaines (tant salariées que bénévoles) dont nous disposions. Ces chiffres nous parlaient, car nous étions alors à même d'optimiser nos ressources et de nous donner des cibles claires. Mais ils n'aidaient que nous, les agents extérieurs au groupe voyant des actions chiffrées et des heures comptabilisées, et n'exposaient en rien – ou presque – les effets de nos interventions. Nos rapports d'activité auraient pu être écrits par notre vérificateur comptable...

Tous ces types d'évaluation expérimentés ont fait en sorte que nous avons pu *tracer les contours* de notre action. Toutefois, ils n'arrivaient pas à *révéler ce qui est au cœur* de notre mission : soutenir les changements positifs chez l'individu, telle la reprise de pouvoir sur sa vie.

Imprégnés d'une culture plus axée sur la mesure que sur les composantes qualitatives, nous nous sentions prisonniers d'un paradigme quantitatif qui tournait autour des calculs, paradigme plus adapté à l'univers de la gestion qu'à celui de la relation d'aide et qui évaluait une organisation plutôt que son incidence sur les personnes.

L'occasion de changer de paradigme est survenue lorsque Centraide du grand Montréal, un de nos bailleurs de fonds, nous a offert de prendre part à une des cohortes du Centre de formation populaire sur l'évaluation par et pour le communautaire.

L'équipe de CAMÉÉ a été mobilisée pour élaborer un modèle logique propre à l'organisme. Les employés et les membres ont défini comme un programme chaque ensemble cohérent d'activités ayant la même visée et s'adressant à une clientèle spécifique. La conceptualisation des actions porteuses de changement en fonction des différentes populations constituerait dorénavant le cœur de notre modèle.

Puis, nous avons ciblé les effets attendus à court, à moyen et à long termes pour chacun de ces programmes selon la lutte à l'exclusion sociale d'abord, puis sous l'angle du rôle positif et enfin sous celui

de la citoyenneté. Cette tâche nous a recentrés et nous a peut-être évité de nous disperser dans nos actions.

Dans un premier temps, ce modèle logique nous a permis de cartographier les divers parcours suggérés aux usagers de notre Centre. En plus de réunir l'équipe autour d'une vision commune, il est devenu un outil de communication qui facilite une compréhension rapide de l'action de CAMÉÉ. Lorsque le modèle leur est présenté, les gens qui nous réfèrent comprennent mieux comment nous remplissons notre mission d'entraide en santé mentale. D'ailleurs, le modèle est désormais affiché dans la grande salle, là où chacun peut le voir.

Dans un second temps, nous avons creusé plus avant le soutien communautaire en logement social que nous offrons. Notre démarche a inclus un groupe de locataires qui ont validé la partie de notre modèle logique s'appliquant à leur réalité : le soutien de l'équipe, la qualité du logement et les liens de bon voisinage entre autres, car cela fait partie de leur qualité de vie. Par cette mise en commun, tout le monde a pu clarifier les attentes des uns et les objectifs des autres dans notre programme de logement. Par la suite, ceux directement touchés ont été à même de nommer certains éléments qui représentent selon eux des notions plus difficiles à évaluer, tel le sentiment de sécurité. D'une part, cet aller-retour a été une occasion d'ajuster notre conception et de faire comprendre l'apport de l'organisme auprès des demandeurs. D'autre part, le dialogue établi parmi les membres du groupe nous a permis d'être mieux outillés pour cerner ce qui leur importe mais n'était pas toujours totalement visible à nos yeux. Par exemple, on nous a montré la pertinence d'une certaine médiation sociale pour apaiser les tensions dans un milieu de vie où tous sont fragilisés.

L'implantation de la démarche d'évaluation s'est avérée une expérience aussi exigeante qu'enrichissante pour l'équipe, qui a dû apprendre une nouvelle façon de faire. Et aussi pour les participants : tous devaient se prononcer, donc s'impliquer.

La collecte d'information, d'abord par questionnaire, se poursuit par l'échange en groupe. Cela entraîne la possibilité de *dialoguer* avec les individus et de mieux saisir ce qui est en mouvement dans leur vie. Notre champ d'action ne se limite plus à simplement déterminer si un objectif de changement de comportement ou d'acquisition d'une habileté a été atteint ou non.

De ce dialogue ressort la parole des utilisateurs de services. Cette parole fait maintenant partie de nos rapports d'activité. Elle met au jour ce qu'aucun chiffre ne saurait exprimer.

Il faut dire qu'aujourd'hui, nous en sommes encore à maîtriser et à peaufiner nos outils d'évaluation. Et en nous rapprochant au plus près de la réalité de ceux et de celles que nous voulons aider, nous avons le sentiment qu'à chaque année, en plus d'évaluer, nous nous donnons la possibilité d'évoluer comme groupe d'entraide.



Jean-Nicolas Ouellet

L'apport unique des personnes vivant avec dans l'évaluation du continuum de soins et



Paule Lebel

Paule Lebel, médecin spécialiste en médecine préventive et santé publique; détentrice d'une maîtrise en santé communautaire; professeure agrégée, DMFMU¹, membre, DCP², Faculté de médecine, Université de Montréal; médecin-conseil, DRSP³, CIUSSS⁴ du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal;
Sylvie Martel, directrice adjointe, volet des pratiques professionnelles, DSM⁵, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal;
Francine Roberge, personne partenaire ressource touchée par la maladie mentale ; participante à divers comités sur la prévention du suicide, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal;
Adam Mongodin, coordonnateur de santé publique, directeur adjoint intérimaire, DQPE⁶, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal;
Danis-Stéphane Tremblay, psychologue, directeur adjoint, continuum des services-clientèles, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal



Sylvie Martel

L'amélioration de la performance du continuum de services en santé mentale et l'inscription des pratiques organisationnelles et cliniques dans une démarche d'amélioration continue font partie des principes directeurs du PASM⁷ 2015-2020 (MSSS 2015). Tel que le soulignent différents auteurs (Richards 2013, Carman 2013, Pomey et coll. 2015a, 2015b, Lavoie-Tremblay et coll. 2016), la contribution des personnes atteintes de maladies chroniques, dont les troubles mentaux, dans les processus d'évaluation de la qualité des soins et des services s'avère aussi capitale qu'unique. Deux exemples permettent d'illustrer ce phénomène et de circonscrire les avantages et les défis liés à cette approche.



Francine Roberge

Le savoir d'expérience des personnes vivant avec une problématique de santé mentale : un atout

Les seules personnes à même de parler en connaissance de cause de la qualité du continuum des soins et des services en santé mentale sont celles souffrant d'un trouble mental et utilisant ces services au quotidien, autant à l'échelle communautaire et de première ligne que du côté des centres hospitaliers aux soins spécialisés. Les individus atteints d'une maladie mentale peuvent s'appuyer sur leur parcours de soins et de services pour poser un jugement sur la justesse, l'accessibilité, la continuité, la sécurité et la coordination des interventions qu'ils ont reçues, de même que sur la qualité des relations et des communications avec les intervenants. Leur expérience d'utilisation des services, conjuguée avec les connaissances des meilleures pratiques des professionnels, permet de concevoir, d'implanter et d'évaluer les services de santé mentale avec une approche globale et systémique.



Adam Mongodin

Deux cas de mobilisation de l'expérience de personnes vivant avec une problématique de santé mentale



Danis-Stéphane Tremblay

1 Département de médecine de famille et de médecine d'urgence.
2 Direction collaboration et partenariat patient.
3 Direction régionale de santé publique.
4 Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux.
5 Direction des services multidisciplinaires.
6 Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique.
7 Plan d'action en santé mentale.

La participation des gens vivant avec une problématique de santé mentale aux processus d'évaluation des services de santé peut revêtir différents aspects. Deux exemples sont retenus ici pour illustrer ces propos.

1) La démarche d'amélioration continue de la qualité du partenariat de soins et de services

Une méthodologie d'amélioration continue de la qualité des soins et des services intégrant les personnes atteintes de maladies chroniques ou leurs proches a été développée sous l'égide du Programme Partenaires de soins de la DCP² de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal (DCPP 2014). Ainsi, une trentaine d'équipes cliniques de près d'une vingtaine d'établissements du Réseau universitaire intégré de santé de l'Université de Montréal ont été accompagnées dans la démarche. Parmi celles-ci, deux équipes de suivi intensif dans le milieu, une équipe d'hôpital de jour psychiatrique et une équipe de troubles psychotiques en clinique externe ont expérimenté cette démarche (Flora et coll. 2015). Cette dernière permet à l'équipe, par de courts cycles d'amélioration continue, d'évaluer et de réformer ses pratiques. Le comité d'amélioration continue (CAC) comprend généralement huit membres, dont des gestionnaires médico-administratifs, des intervenants de diverses professions et des usagers ou des proches partenaires ressources (DCPP et Comité interfacultaire opérationnel-Université de Montréal (CIO-UdeM) 2016a), identifiés au préalable selon certains critères prédéfinis.

Les membres du CAC parcourent les étapes suivantes, en quatre réunions d'une heure et demie, pour un cycle d'une durée de trois à quatre mois :

- un bilan de leurs pratiques collaboratives, enrichi par l'expérience des usagers partenaires;

une problématique de santé mentale de services



- le choix d'une priorité d'amélioration des soins et des services avec un objectif précis à atteindre qui fait consensus et qui s'avère particulièrement significatif pour les usagers partenaires de même que la formulation d'un plan d'action auquel ceux-ci concourent de façon active et égalitaire;
- la mise en œuvre des activités;
- l'évaluation de l'atteinte des résultats.

Les transformations ont pris diverses formes : la formalisation du processus de transition de l'utilisateur, de l'unité d'hospitalisation de psychiatrie ou de la salle d'urgence vers l'hôpital de jour, afin d'y faciliter l'accueil et l'intégration de celui-ci en toute sécurité, puis la continuité des soins; le rôle actif de l'utilisateur à l'élaboration et à la réalisation de son plan d'intervention, en partenariat avec les intervenants de l'équipe de santé mentale, en fonction des besoins qu'il a lui-même identifiés et qui sont prioritaires pour lui.

2) *L'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation d'un programme de prévention du suicide*

La problématique du suicide exige une intervention globale fondée sur l'engagement soutenu d'un grand nombre d'acteurs. Par ailleurs, l'offre de services de prévention comprend des mesures destinées à anticiper l'apparition des crises suicidaires en agissant directement auprès des facteurs de risque et des éléments de protection de la santé mentale. Pour ce faire, le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal a mis

en 2016 sur une structure qui regroupe des personnes partenaires vivant avec une problématique de santé mentale et sur l'ensemble des directions cliniques de l'établissement. Divers comités ont été mis en place et des usagers partenaires y siègent. Ceux-ci ont confirmé la pertinence de cette structure et bonifié le mandat des différents comités. Un modèle d'actions concertées basé sur trois phases (voir venir, quoi et le suivi) a été élaboré grâce à l'apport des usagers partenaires. Simplifié et devenu compréhensible, le modèle guide les actions concertées prioritaires du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.

La collaboration des personnes souffrant d'une problématique de santé mentale a permis de centrer les efforts sur les organismes communautaires qui œuvrent de façon marquée au dépistage, à l'intervention ou au suivi. Une cartographie de 77 organismes communautaires qui travaillent, de près ou de loin, avec l'enjeu du suicide a été réalisée. Une fiche permet pour chacun de ceux-ci de connaître leur domaine d'expertise dans la prévention du suicide tout en facilitant la création des liens avec le réseau communautaire. De plus, la contribution d'usagers partenaires ressources à des rencontres de groupes cibles vulnérables de la communauté a permis de forger une relation de confiance rapidement avec ces participants. La présence de ces personnes ressources démontre l'importance pour l'organisation de prendre en considération leur savoir expérientiel afin d'orienter le travail entrepris.



Les avantages et les défis de l'intégration des personnes vivant avec une problématique de santé mentale dans les processus d'évaluation

Ces deux exemples illustrent les avantages qu'il y a à intégrer des usagers partenaires ressources en santé mentale dans les processus d'évaluation ainsi que les défis à relever pour en faire une expérience optimale et valorisante pour tous.

a) Quels sont les principaux avantages?

La complémentarité du savoir et de l'expérience entre gestionnaires, intervenants et individus touchés par des problèmes de santé mentale permet, par la construction en commun, d'optimiser l'évaluation des soins et des services. Le résultat prend la forme d'une orientation des actions des professionnels vers les priorités essentielles au moyen d'interventions souvent plus simples que ce qui était anticipé. À travers cette pratique, tous acquièrent un sentiment de fierté, une énergie, une motivation nouvelle et une cohésion d'équipe. En contribuant à l'amélioration des services, les gens souffrant d'une problématique de santé mentale profitent d'une amélioration de leur estime et de leur sentiment d'utilité. Ils peuvent ainsi rendre ce qu'ils ont reçu et aider à bâtir des services de meilleure qualité au bénéfice d'autres usagers. Cette démarche fait même parfois partie intégrante de leur plein rétablissement (Flora et coll. 2015, Pomey et coll. 2015c). Leur expérience avec la maladie procure à cette dernière une valeur et facilite son acceptation. Ce travail conjoint humanise les soins et les services, sans compter qu'il redonne également un sens aux actions des

intervenants à l'heure où le réseau de la santé vit des modifications administratives profondes.

Le partage d'une expérience dans un contexte d'utilisation de services exerce une influence considérable sur la compréhension des enjeux et sur le degré de réceptivité dont fait montre le groupe de travail face à l'expérience du client. La répartition du pouvoir entre professionnels et personnes souffrant d'un trouble mental en assure une plus grande part à tous. À la suite de leur apport aux comités, des usagers aux prises avec un problème de santé mentale peuvent se sentir suffisamment en confiance pour réintégrer le monde du travail. De surcroît, ils deviennent au sein de l'organisation des ambassadeurs convaincants auprès des instances décisionnelles pour appuyer les changements souhaités en ce qui a trait au continuum de services en santé mentale.

« Les usagers ressources en santé mentale nous sensibilisent à des moments importants, ce que doit savoir l'organisation lorsqu'une personne se présente pour signaler une détresse, quels sont les effets négatifs de certaines interventions, comment un proche peut se sentir exclu par le système de santé dans l'accompagnement d'une personne qui lui est chère. Comment on oublie certaines personnes de l'entourage (jugées peut-être moins proches de la personne) dans les interventions en postvention. Comment le jugement des personnes peut limiter les actions de la personne en détresse, quels sont les facteurs de protection qui sont les plus significatifs pour elle, comment des facteurs religieux et culturels influencent les actions des personnes concernées par des idées suicidaires. » (Sylvie Martel, gestionnaire au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal)

b) Quelles sont les conditions d'une implantation réussie et quels sont les défis à relever?

Parmi les conditions les plus essentielles d'un partenariat réussi, on distingue le partage de valeurs communes entre directeurs, gestionnaires, intervenants et personnes vivant avec une problématique de santé mentale, le leadership des gestionnaires qui portent le partenariat au sein de l'organisation, la reconnaissance de l'engagement des usagers partenaires ressources ainsi que la création de tandems inspirants « usagers partenaires ressources – professionnels ». Plus fondamentalement, la présence de participants atteints d'un problème de santé mentale soutient la déstigmatisation qui, malheureusement, n'épargne ni les gestionnaires ni les intervenants en santé.

« Les professionnels ont un grand respect pour nous et sont curieux de connaître notre vision, notre opinion sur ce qui existe actuellement dans les soins et services offerts. Ils ont une attitude d'égal à égal. C'est valorisant! C'est bon pour notre estime, on se sent plus grand. Nous sommes vrais et authentiques en parlant de notre propre vécu, notre expérience en santé mentale. Ça, il faut le vivre pour en parler. C'est pourquoi les professionnels désirent notre présence dans les comités pour en connaître davantage sur notre expérience et toutes les difficultés. Je suis toujours surprise avec quelle ardeur les professionnels participent à ces comités. Encore une fois, c'est le cas. Malgré les horaires chargés, ils sont présents, énergiques, avec le désir sincère d'améliorer les soins et services. C'est très motivant parce que cela suscite chez nous le désir d'en donner davantage ». (Francine Roberge, personne partenaire ressource touchée par la maladie mentale, membre de comités sur la prévention du suicide au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal)

L'un des défis les plus cruciaux de cette démarche de construction commune avec les personnes partenaires ressources souffrant d'un trouble mental consiste en leur recrutement, leur formation et leur accompagnement. Ces participants sont sélectionnés en fonction de critères précis. Principalement, ils doivent être atteints d'une maladie mentale depuis une durée suffisamment longue pour avoir une expérience significative de la vie avec celle-ci et de l'utilisation des services de santé, jouir d'un état de santé stable, pouvoir partager de façon

claire et généreuse leurs idées et se montrer disponibles pour prendre part aux activités auxquelles ils sont conviés. Le jumelage initial avec un conseiller, de préférence un pair, leur donne le droit à l'écoute de leurs craintes, leur permet de renforcer leur estime de soi, les encourage à communiquer leur savoir expérientiel ainsi qu'à formuler des apports instructifs et constructifs aux autres membres des comités. Il est souhaitable de retrouver au moins deux personnes partenaires ressources par comité afin qu'elles s'épaulent, valident leurs idées et leurs perceptions tout en assurant une présence minimale si l'une d'elles ne peut être présente.

Voir à ce que les personnes ressources soient véritablement mobilisées dans l'œuvre collective (coconstruction) tout au long du processus représente un autre élément crucial. Cela nécessite, de la part des gestionnaires et des intervenants, une capacité d'adaptation à la disponibilité et au rythme des individus atteints de problèmes de santé mentale ainsi qu'aux meilleurs mécanismes de communication pour rejoindre ces derniers, que ce soit en leur présence ou à distance (par téléphone, Skype, courriel, visioconférence, etc.). En effet, du travail en plus petits groupes facilite leur contribution entre les réunions formelles des comités.

Transformer en profondeur la relation entre les usagers ressources, les intervenants et les gestionnaires vers un lien égalitaire prend du temps et nécessite des interventions répétées, dans l'action et portant sur l'action. Il faut également prévoir des moments d'avancée des compétences du partenariat (DCPP et CIO-UdeM 2016b) et une évaluation des retombées de la présence des usagers ressources sur les différents paliers de l'organisation.

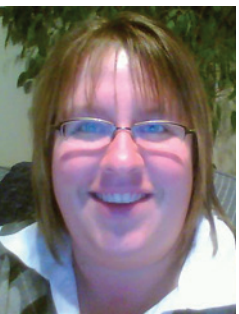
EN CONCLUSION

L'apport des personnes vivant avec une problématique de santé mentale et de leurs proches dans l'évaluation des pratiques et de l'organisation du continuum de services devient incontournable. D'ailleurs, le PASM 2015-2020 fait de cette dimension une exigence concrète à satisfaire et de plus en plus d'établissements ont recours à celle-ci. Une fois qu'ils ont vécu l'expérience, les gestionnaires et les intervenants en constatent la valeur ajoutée et désirent solliciter les personnes partenaires ressources dans plusieurs activités.

BIBLIOGRAPHIE

- Carman, K. L. et coll. (2013). « Patient, a family engagement: A framework for understanding the elements and developing interventions and policies ». *Health Affairs (Millwood)*, 32(2), 223-231, doi: 10.1377/hlthaff.2012.1133.
- Direction collaboration et partenariat patient. (2014). *Programme Partenaires de soins : rapport d'étape (2011-2013) et perspectives*, Montréal, Université de Montréal.
- Direction collaboration et partenariat patient et Comité interfacultaire opérationnel-Université de Montréal. (2016a). *Terminologie de la pratique collaborative et du partenariat patient en santé et services sociaux*, Montréal, Université de Montréal.
- Direction collaboration et partenariat patient et Comité interfacultaire opérationnel-Université de Montréal. (2016b). *Référentiel de compétences. Pratique collaborative et Partenariat patient en santé et services sociaux*, Montréal, Université de Montréal.
- Flora, L. et coll. (2015). « L'expérimentation du Programme Partenaires de soins en psychiatrie : le modèle de Montréal ». *Santé mentale au Québec*, 40(1), 101-118.
- Lavoie-Tremblay, M. et coll. (2016). « The experience of patients engaged in co-designing care processes ». *The Health Care Manager*, 35(4), 284-293.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020. Faire ensemble et autrement*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Pomey, M. P. et coll. (2015a). « Le "Montreal Model" : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé ». *Santé publique*, HS/2015(S1), 41-50.
- Pomey, M. P. et coll. (2015b). « Le partenariat de soins et de services : une voix/voie pour donner un sens à la loi 10? ». *Le Point en santé et services sociaux*, 11(1), 38-42.
- Pomey, M. P. et coll. (2015c). « Patient partnership in quality improvement of healthcare services: Patients' inputs and challenges faced ». *Patient Experience Journal*, 2(1), 29-42.
- Richards, T. et coll. (2013). « Let the patient revolution begin. Patients can improve healthcare: It's time to take partnership seriously ». *BMJ*, 346:f2614.

Donner au suivant



Martine Gervais

Martine Gervais, usagère-partenaire, CIUSSS de la Capitale-Nationale; étudiante, baccalauréat en service social, Université Laval

Il y a quelques années, ma vie a basculé. À la suite de difficultés diverses, j'ai reçu un diagnostic de trouble de personnalité limite, le fameux TPL. Je suis passée par tout un éventail d'émotions et de services : le CLSC, les organismes communautaires, le milieu hospitalier, l'hôpital de jour et la clinique spécialisée. J'y ai reçu des soins en individuel et en groupe. Bref, j'ai fait le tour des services.

En septembre dernier, en rentrant à la maison, un message m'attend. La thérapeute avec qui j'ai effectué un suivi me mentionne qu'on cherche un usager-partenaire pour faire partie d'un comité. L'objectif : l'amélioration des services sur le plan du traitement des troubles de la personnalité dans le cadre du nouveau CIUSSS de la Capitale-Nationale. Elle me dit avoir pensé à moi et me demande de la rappeler : peut-elle ou non transmettre mes coordonnées au chef de projet?

Quelque temps auparavant, j'avais entendu dire que le terme « patient-partenaire » était relativement nouveau. Cela m'avait d'ailleurs surprise. Pour moi, il était clair qu'il s'agissait d'une réalité répandue, que le savoir expérientiel bénéficiait d'une certaine reconnaissance depuis un bon moment déjà. Éprouvant le désir d'en apprendre davantage, j'ai permis à la thérapeute de communiquer mes coordonnées au responsable. Puisque j'ai toujours fait preuve d'engagement dans mon milieu, pourquoi mes pairs n'en profiteraient-ils pas? S'il y a un espace où les utilisateurs de services peuvent se faire entendre, il faut l'occuper!

J'ai reçu peu après un appel du Bureau du partenariat avec l'usager et de l'éthique pour une rencontre d'information sur le rôle d'usager-partenaire. Cela m'a paru étrange, car mon interlocuteur ne disposait que de très peu de renseignements sur le comité en question, le nombre de rencontres ou encore sur les dates prévues à cette fin. On m'a toutefois bien expliqué le mandat. J'éprouvais un certain malaise quant à la possibilité de travailler en collaboration avec des intervenants qui m'avaient connue lors de moments difficiles et où je n'étais pas toujours au meilleur de ma forme, mais j'ai choisi de passer outre à cet embarras et j'ai accepté de poursuivre le processus.

Le responsable du projet m'a convoquée à une première rencontre où il a clarifié l'information reçue et m'a expliqué les objectifs du comité ainsi que les démarches réalisées au préalable. Les autres membres du groupe se sont ensuite joints à nous. J'étais un peu stressée. Beaucoup, même! Cependant, j'ai vite remarqué que la plupart des participants ne se connaissaient pas entre eux et que l'on semblait ignorer mon rôle, et je me suis détendue. Lors d'un tour de table, tous les gens se sont présentés. Nous étions une douzaine, pour la plupart des professionnels : psychiatre, infirmier, psychologues, travailleuses sociales, psychoéducatrice, une coordonnatrice d'un organisme communautaire, des gestionnaires et moi... Un peu d'étonnement dans la salle à l'annonce de mon statut au sein du groupe, mais un bel accueil. On s'assure que je comprends bien les termes employés lors des discussions.

À la fin de cette réunion est venu le temps de choisir le calendrier des prochaines rencontres. J'étais mal à l'aise... Je me suis sentie gênée à l'idée de soumettre mes disponibilités et de me retrouver peu prise en compte, personne ne m'ayant consultée. Heureusement, j'étais libre à la période déterminée. Dans ma perception des choses à ce moment-là, je n'avais aucune certitude quant à la volonté réelle d'introduire un usager dans le comité. La situation était nouvelle pour eux comme pour moi...

Au début, je me montrais donc plus effacée, mais on m'a encouragée à m'exprimer, on m'a écoutée et interrogée sur mon point de vue. Au fil des rencontres, je me suis vraiment sentie membre à part entière du groupe. Je discerne depuis un véritable intérêt pour ce que j'ai à dire et pour ce que j'apporte, étant donné mon expérience des services.

Je ne me sens pas seule ou en sous-nombre par rapport aux professionnels. Je n'ai pas l'impression de ne pas faire le poids comme unique usagère de services dans l'équipe. Les idées de chacun sont entendues, y compris les miennes. Je ne perçois pas une quelconque hiérarchie ou un jugement de valeurs sur ce que chacun avance. Chacun amène de l'eau au moulin par son expertise. J'interviens sur ce qui me touche ou pourrait toucher les autres usagers; on m'écoute et on note mes interventions au même titre que celles des autres. Je respecte les opinions des intervenants et je sens qu'ils respectent les miennes également.

En parallèle, je participe aussi à un sous-comité qui me permet de constater de façon plus tangible que mes idées se révèlent aussi pertinentes que celles des autres. On me traite en collègue, on me consulte, mon avis est sollicité... En dernière rencontre de sous-groupe, après avoir dû m'absenter d'un rendez-vous avec le comité pour des raisons scolaires, mes pairs m'ont fait savoir que je leur avais manqué, que mon appui comme usagère de services était précieux puisqu'il permettait aux divers intervenants de faire valoir les perspectives rapportées ou observées dans le cadre de leurs interventions avec les usagers.

Cet engagement, que j'apprécie énormément, me fait cheminer dans mon rétablissement. Le regard que je porte sur ma propre personne ne se limite plus à la maladie, à quelqu'un aux prises avec un TPL, qui réclame de multiples services et se montre parfois désagréable en raison de son mal-être. Cette étiquette décolle peu à peu. À mes yeux, je deviens enfin un individu capable et utile pouvant venir en appui aux autres. Je passe du rôle d'aidée à celui d'aidante; je suis l'experte de mon expérience; je donne au suivant et ce faisant, j'attribue une valeur à la souffrance que j'ai vécue, un sens à une épreuve difficile. Ma fonction d'usagère-partenaire me permet également d'exprimer ma grande reconnaissance pour les services de qualité reçus.

À l'aide de toutes les personnes que j'ai croisées et que je croise encore aujourd'hui sur ma route, et aussi surtout grâce à moi-même, je découvre mon potentiel, j'apprends à mieux connaître qui je suis. Avec bien des efforts, tout me semble dorénavant possible.

Cadre normatif et certification dans l'univers communautaire : un engagement vers la pérennité et les défis collectifs

Hélène Fradet, directrice générale, Réseau Avant de Craquer

Le Réseau Avant de Craquer, anciennement connu sous le nom de la Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale (FFAPAMM), est une fédération qui regroupe 39 associations réparties dans les différentes régions du Québec. Leur mission est d'offrir des services de soutien aux membres de l'entourage qui accompagnent une personne vivant avec une maladie mentale.

Le Réseau Avant de Craquer regroupe 39 associations réparties dans la majorité des régions du Québec. La mission de ces associations est d'offrir un soutien aux membres de l'entourage d'une personne atteinte de maladie mentale en proposant gratuitement une gamme de services diversifiés : rencontres individuelles, activités d'information et de formation, groupes d'entraide et mesures de répit-dépannage. Le Réseau Avant de Craquer constitue le seul regroupement québécois qui se consacre exclusivement aux membres de l'entourage des personnes atteintes de maladie mentale. Par l'entremise de ses associations membres, il répond à plus de 60 000 demandes d'aide annuellement.

L'EXPÉRIENCE ORGANISATIONNELLE DU RÉSEAU AVANT DE CRAQUER ET DE SES GROUPES MEMBRES

Bien souvent, lorsque la notion de certification est abordée, elle s'inscrit dans le spectre de l'évaluation et de la quête de performance. Ce concept se trouve notamment dans l'univers du réseau public et des entreprises privées, mais demeure peu appliqué et promu au sein du mouvement communautaire.

UNE APPROCHE NOVATRICE

Il y a quinze ans, après avoir analysé le contexte politique et la position de ses membres dans l'organisation des services de santé mentale, l'organisme a soumis l'idée de travailler à l'élaboration d'un cadre normatif. L'objectif de cette démarche devait permettre la certification des groupes et une harmonisation de la gamme des services destinés à l'entourage des individus atteints d'une maladie mentale.

À ce moment, la fédération estimait qu'un tel projet serait favorable à ses membres sur le plan organisationnel. En effet, les administrateurs et le personnel se doteraient d'outils de gestion, bénéficieraient d'une crédibilité accrue quant au souci d'offrir des services de qualité, assureraient une équité financière entre les membres sans compter que les familles pourraient accéder à des services similaires, peu importe la région.

Motivées à devenir la porte d'entrée pour cette clientèle, les associations ont répondu favorablement à cette orientation dans une proportion de 83 %, alors que 17 % des membres ont manifesté leur désaccord en raison de divergences d'opinions

idéologiques. Appuyés par une forte majorité, les conseils d'administration et les équipes permanentes se sont investis dans cette initiative d'envergure, portés par la conviction que la certification allait contribuer à l'amélioration continue de leurs services et leur permettre d'acquérir de la notoriété en s'affichant comme un organisme qui respecte des normes définies.

UN EXERCICE DÉMOCRATIQUE EXIGEANT

Par conséquent, un travail colossal à l'échelle provinciale a été mis en branle pour faire en sorte que les discussions s'établissent à tous les paliers décisionnels. Comme la certification n'est pas naturellement associée aux principes idéologiques du mouvement communautaire, ce programme représentait dès le départ une grande difficulté. Harmoniser la gamme de services des membres constituait en soi un énorme défi, mais le plus important était incontestablement la préservation de l'autonomie des régions et le respect de leurs particularités. Des débats importants se pointaient à l'horizon.

Les moyens mis à la disposition des associations pour se faire entendre étaient variés : projet de recherche répertoriant l'inventaire des services, formation d'un comité de consultation, préparation d'un document explicatif exposant les bases du contenu, approbation de la démarche par tous les conseils d'administration, diffusion d'un questionnaire permettant la critique des principes et des orientations, et journées de réflexion suscitant les débats d'idées... Bref, l'ensemble du processus consultatif visant à valider la pertinence du projet ainsi que la compréhension commune des normes et de leurs conséquences était concerné. De nombreux échanges, sur des plates-formes variées, ont permis de faire ressortir différents constats de même que certaines préoccupations et visions chez les administrateurs et les permanents.

LES RÉACTIONS INTERNES ET EXTERNES

Initialement, la fédération avait soumis à ses membres le concept d'une adhésion volontaire au processus de certification. Au moment des travaux et des discussions, la très grande majorité a plutôt opté pour une certification imposée et obligatoire, renouvelable tous les cinq ans. Il va sans dire que *majorité* ne signifie pas *unanimité*. C'est pourquoi, au cours de cet exercice démocratique, quelques membres ont décidé de rompre leurs liens avec le mouvement; ils croyaient que la fédération allait brimer leur autonomie et leur rayonnement. Toutefois, en raison du succès de l'expérience, quelques-uns sont revenus.

Ce processus démocratique, qui demeure sans précédent pour la fédération, s'est soldé par l'adoption du *Cadre normatif des associations membres de la FFAPAMM* en juin 2004, soit deux ans après que l'idée a été mise sur la table¹.



Hélène Fradet

¹ <https://www.avantdecraquer.com/wp-content/uploads/2017/09/Cadre-normatif-ffapamm.pdf>

Ce programme a entraîné des débats internes prévisibles, mais également des critiques de nos pairs.

D'un côté, la fédération et ses associations considéraient que ce projet correspondait aux principes communautaires. Effectivement, ses fondements s'appuyaient sur la flexibilité nécessaire au développement et s'ancraient dans l'actualisation du potentiel des membres de l'entourage, le respect et la valorisation de tous les gestionnaires, l'équité sur le plan de l'accès à une base de services similaires et la mise sur pied du partenariat avec l'ensemble des acteurs inscrits dans les services de santé mentale. Surtout, le projet avait été conçu par et pour les membres.

De l'autre côté, des organismes communautaires qui ne comprenaient pas ou n'acceptaient pas les orientations préconisées par la fédération tenaient des propos de nature différente et portaient un regard interrogateur sur nos intentions. Leur incompréhension trouvait sa source notamment dans l'axe de développement qui cherchait à accroître la complémentarité des services communautaires avec le réseau public, mais prenait surtout la forme d'un fort questionnement quant à la pertinence d'un encadrement lié à l'établissement de normes qui, selon certains, portaient ombrage à la liberté d'action et d'orientation.

Finalement, une curiosité et un intérêt marqués de la part du ministère de la Santé et des Services sociaux ont mené à un soutien financier à hauteur de 40 000 \$ pour le démarrage de la phase provinciale.

UNE ENTRÉE EN VIGUEUR... ÉTAPE PAR ÉTAPE

Qui dit certification dit imposition de normes et d'instruments de mesure. Or, pour maximiser ses chances de réussite, la fédération devait outiller ses membres pour soutenir la mise en place d'un tel projet. De surcroît, il fallait entreprendre le recrutement de personnes-ressources externes pour siéger aux comités de certification. Devenait également nécessaire la nomination de personnes ayant la responsabilité de valider les actions des groupes membres, de visiter ces derniers, de rencontrer leurs représentants et de statuer sur leur niveau de certification. Ce processus visait à formuler des recommandations à l'intention du conseil d'administration de la fédération concernant la validation de la certification du groupe demandeur, le tout en vue d'une adoption par l'assemblée générale.

Le premier défi a été sans contredit l'inventaire et la mise à disposition de moyens permettant aux membres d'amorcer une réflexion interne en lien avec les critères de certification auxquels ils devaient répondre. De là est né le *Guide de préparation à la procédure de certification* qui comprend, entre autres, les questionnements essentiels à la démarche ainsi que des modèles de gestion. S'ajoutait également un accompagnement personnalisé offert par la fédération. Par ailleurs, les membres ont fait preuve d'une grande générosité en rendant disponibles à leurs pairs leurs politiques et grilles statistiques, ce qui a permis un accès à un bassin collectif d'outils administratifs. En fonction des éléments manquants, la fédération a bonifié la banque de données

grâce à la contribution de partenaires spécialisés en gestion de ressources humaines.

LES NORMES RELATIVES AUX SERVICES ET À L'ADMINISTRATION

Une fois la demande des groupes membres admise, des devoirs leur étaient imposés. Les thèmes de discussion pour les conseils d'administration et leurs équipes permanentes ont pris la forme d'interrogations, tant pour les normes relatives aux services (politique d'accueil, clientèle visée, problématiques reconnues, services de base, personnel, bénévoles) que pour celles liées à la gestion (orientations, philosophie d'intervention, critères d'admission, fonctionnement, règlements généraux, assemblée générale, éthique et règles de conduite). La rétroaction proposée était fondée sur l'analyse des moyens internes existants ou de ceux devant être intégrés, ceci tant d'un point de vue idéologique qu'opérationnel.

LA COMPOSITION DES COMITÉS DE CERTIFICATION

Pour garantir la notoriété et la crédibilité du processus, il importait de s'adjoindre des personnes reconnues provenant de divers horizons. Chaque comité devait ainsi compter trois représentants : un de la fédération, un de l'entourage, désigné par la fédération et ne faisant pas partie du conseil d'administration, un provenant d'un milieu de formation reconnu (collégial ou universitaire). Grâce à la collaboration exceptionnelle de gens d'expérience convaincus du bien-fondé de ce projet, trois comités de certification ont sillonné la province au cours des dix dernières années.

LE BILAN ET LES DÉFIS

Avec l'expérience et le recul, malgré les difficultés organisationnelles rencontrées, nous pouvons affirmer que ce projet en valait la peine. Le *Cadre normatif des associations membres de la FFAPAMM* a été accepté par les parties prenantes en 2004 et, depuis 2007, les comités de certification parcourent le Québec. Des embûches subsistent certes dans le processus, mais nous tentons actuellement d'y remédier. À titre d'exemple, pour les groupes membres certifiés sous conditions, la gestion des délais liés aux correctifs demeure un problème. Il en va de même dans des contextes particuliers et exceptionnels où la fédération doit suspendre la certification d'un groupe membre en raison de problèmes internes.

L'heure du renouvellement de la certification a sonné : plusieurs groupes membres doivent dresser leur bilan basé sur le principe de l'amélioration continue de leurs services. Cette prochaine étape, grâce aux avancées technologiques, sera moins laborieuse pour les associations, les comités de certification et l'équipe de la fédération. Plus que jamais, nous sommes convaincus de la légitimité de cette démarche. Le Plan d'action en santé mentale 2015-2020 impose aujourd'hui aux établissements des mécanismes de renseignement et de référencement des membres de l'entourage de personnes atteintes d'une maladie mentale vers les associations membres de la fédération. Il importe donc plus que jamais de se doter d'outils d'encadrement qui permettent de bien baliser l'offre de service à l'échelle locale et régionale.

À ce jour, le Réseau Avant de Craquer et les associations membres qui ont profité du processus de certification y ont vu des avantages importants, tant pour les administrateurs que pour les employés : gamme de services harmonisée, clientèle définie, outils de gestion, principes éthiques, évaluation de la satisfaction de la clientèle et du personnel, sans oublier la mobilisation et le sentiment d'appartenance à un mouvement fort et crédible. Les membres de l'entourage ont dorénavant accès à des services mieux définis disponibles à travers la province. Cette uniformité permet de promouvoir le Réseau Avant de Craquer et ses 39 organisations, et se traduit par un positionnement politique, public et médiatique accru.

Il y a quinze ans, les services aux membres de l'entourage des personnes atteintes de maladies mentales étaient morcelés et plus ou moins connus. Aujourd'hui, les subventions de ces ressources sont passées de 3,2 M\$ à 6,4 M\$ et le mouvement

s'illustre par son champ d'expertise de même que par son offre de services professionnels et spécialisés. Cette croissance, selon nous, n'aurait pu se produire aussi rapidement sans l'apport de la certification. En 2017, le défi du Réseau Avant de Craquer s'avère avant tout financier. La reconnaissance des membres exige du temps, des déplacements et des ressources humaines. Malgré ces contraintes, nous maintenons le programme à bout de bras puisque la certification des membres apporte indéniablement une plus-value à notre mouvement sur les plans organisationnel et politique. Aujourd'hui, quoique la certification n'est plus imposée, l'approche participative utilisée reste un facteur qui favorise la réussite du projet à long terme, car elle permet d'adapter le processus à la réalité des groupes membres. Pour notre part, la formule d'encadrement interne « par et pour », qui s'inscrit dans un cheminement formel de certification, se révèle porteuse d'espoir pour le milieu communautaire!

DEVENEZ MEMBRE DE L'AQRP!

ÊTRE MEMBRE DE L'AQRP VOUS PERMET DE...

Rester à la fine pointe dans un domaine en pleine évolution :

- ▶ en offrant à votre personnel une formation continue spécialisée : lutte contre la stigmatisation, rétablissement et pleine citoyenneté, paire-aidance, entente de voix, intégration au travail, jeunesse;
- ▶ en profitant de tarifs préférentiels sur nos formations, nos services-conseils, le Colloque et la diffusion de vos annonces;

Faire partie d'un réseau diversifié d'acteurs d'ici et d'ailleurs dans le champ de la santé mentale;

Appuyer la cause de la réadaptation psychosociale et du rétablissement et **contribuer à la réalisation de projets concrets** pour accroître la qualité de vie des personnes touchées par les problèmes de santé mentale.



POUR INFORMATION

418 523-4190

AQRP

2380, avenue du Mont-Thabor, bur. 205

Québec (Qc) G1J 3W7

Télécopieur : 418-523-7645

Courriel : admin@aqrp-sm.org

Site Web : www.aqrp-sm.org

PROFITEZ DE CES PRIVILÈGES DÈS MAINTENANT!

Adhérez en ligne :
www.aqrp-sm.org/membre

Par son rôle de rassembleur, l'AQRP constitue sur la scène québécoise et internationale un forum de choix favorisant la concertation d'acteurs de toutes les disciplines et des divers secteurs d'intervention en santé mentale, ainsi que des personnes vivant ou ayant vécu avec un problème de santé mentale et leurs proches.

L'AQRP : le carrefour par excellence pour se concerter, se mobiliser et aller ensemble encore plus loin!

Bilan de la situation du programme Pairs

Étude auprès des personnes formées, des pairs aidants et des milieux



Esther Samson

Esther Samson, M. Sc., chargée de projet, Association québécoise pour la réadaptation psychosociale¹

INTRODUCTION

Porté par l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP), le programme Pairs Aidants Réseau (PAR) a vu le jour en 2006 et vise à faciliter l'embauche et l'intégration de pairs aidants au sein des services de santé mentale au Québec. Les activités du programme visent les pairs aidants et les milieux d'embauche actuels, ainsi que ceux qui souhaitent devenir pair aidant ou milieu d'embauche. Elles consistent essentiellement en des activités de formation et de soutien.

En 2016, les gestionnaires du programme PAR ont exprimé le souhait d'en établir un bilan. Plus spécifiquement, les objectifs suivants étaient visés :

Objectif principal

Dans une perspective d'amélioration continue, dresser un bilan de la situation du programme PAR afin d'en identifier les points forts et les points à améliorer, et de fournir des recommandations qui serviront à l'AQRP et aux partenaires touchés à obtenir une vision juste et réaliste du programme et, dans l'immédiat, à bonifier celui-ci.

Objectifs spécifiques

1. Dessiner un portrait des personnes formées par le programme PAR depuis le début;
2. Évaluer la satisfaction des personnes formées vis-à-vis de la formation et du programme PAR;
3. Comprendre la réalité du travail des pairs aidants;
4. Évaluer la satisfaction des milieux d'embauche vis-à-vis de la formation et du programme PAR;
5. Sonder l'opinion des milieux d'embauche par rapport à l'embauche d'un pair aidant.

Ce texte présente la méthodologie ainsi que les principaux résultats de l'étude réalisée dans le cadre de ce bilan. Notons que cette étude a été effectuée auprès des personnes qui ont suivi la formation en intervention par les pairs de PAR ainsi qu'auprès des milieux embauchant des pairs aidants. Ainsi, le portrait du programme PAR qui en a découlé est basé sur la perception qu'en ont les participants et non pas sur une étude du programme lui-même.

MÉTHODOLOGIE

Un questionnaire en ligne s'adressant à l'ensemble des personnes formées depuis le début du programme PAR (qu'elles aient réussi la formation ou non) a été administré entre juin et septembre 2016. Un total de 88 questionnaires ont été remplis, pour un taux de réponse de 72 %. D'autre part, 15 entrevues téléphoniques semi-dirigées ont été menées auprès des personnes ayant été formées lors des cohortes de 2013, de 2014 ou de 2015 et ayant travaillé comme pairs aidants (actifs en emploi ou non au moment de la collecte). De plus, 14 entrevues semi-dirigées ont été faites par téléphone auprès des milieux d'embauche ayant à l'emploi, ou ayant eu à l'emploi, un pair aidant issu des cohortes de 2013, de 2014 ou de 2015 et ayant travaillé comme pair aidant.

PRINCIPAUX CONSTATS

Portrait des personnes ayant suivi la formation PAR

Au moment de notre étude, environ la moitié des personnes qui avaient suivi la formation de PAR (47 %) occupait un emploi de pair aidant. Lorsqu'on ajoute à celles-ci les répondants ayant déjà occupé un emploi de pair aidant, mais qui n'en occupaient plus au moment de l'étude, cette proportion passe aux deux tiers (67 %).

Le pair aidant et son milieu de travail

Environ la moitié des personnes qui occupent (ou ont déjà occupé) un emploi de pair aidant était employée dans un organisme communautaire (44 %), au sein du réseau public (41 %), ou encore simultanément dans les deux (12 %). Le travail à titre de travailleur autonome ou en ressource privée demeure rarissime (respectivement 2 %, dans les deux cas). Au chapitre des salaires des pairs aidants en emploi *au moment de procéder à l'étude*, on observe une différence notable entre les salaires des pairs aidants œuvrant dans le réseau public (25,42 \$/heure en moyenne) et de ceux travaillant en milieu communautaire (18,81 \$/heure en moyenne). Les pairs aidants travaillant de front dans les deux milieux ont un salaire qui équivaut à celui de ceux qui évoluent dans un organisme communautaire (18,84 \$/heure en moyenne).

Par ailleurs, les entrevues individuelles ont permis de mettre en relief la diversité des rôles et des tâches des pairs aidants, même si à la base, tous utilisent leur savoir expérientiel dans leur travail. Ainsi, certains pairs aidants jouent un rôle qui se rapproche de très près de celui d'un intervenant, particulièrement dans les milieux où l'on fait du SIM ou du SIV. Dans les autres milieux, le rôle d'un pair aidant varie beaucoup

¹ L'auteure tient à remercier Mme Michèle Clément, Ph. D., chercheuse du Centre de recherche sur les soins et services de première ligne, Université Laval, pour son soutien scientifique à toutes les étapes charnières de cette étude.

Aidants Réseau

d'embauche

d'un endroit à l'autre. Outre les rencontres individuelles (intervention ou accompagnement), l'animation de groupe et la participation aux rencontres d'équipe – tâches largement accomplies –, les pairs aidants sont aussi conduits à animer des ateliers spécialisés (bricolage thérapeutique, zoothérapie, atelier littéraire...) et à faire des visites dans les différentes unités de l'hôpital ou dans les organismes communautaires. En fait, le rôle du pair aidant et ses tâches sont souvent à la couleur du milieu et du pair aidant lui-même. Ceci dit, on constate que la spécificité du rôle du pair aidant est amplement reconnue, tant chez les pairs aidants eux-mêmes que chez les représentants des milieux d'embauche. On estime en effet que la différence apportée par le pair aidant réside dans sa manière de faire les choses, dans son approche qui consiste à avoir recours à son savoir expérientiel, au même titre qu'un ergothérapeute ou un travailleur social possède son propre angle d'approche.

Points forts du programme et de la formation

Au chapitre des points forts du programme PAR révélés par l'étude, nous soulignons à grands traits ici la raison d'être du programme. Que ce soit du côté des pairs aidants ou de celui des milieux d'embauche, on reconnaît l'importance d'intégrer des pairs aidants dans le réseau de la santé. De plus, la perception de l'effet bénéfique de la présence de pairs aidants, tant sur les personnes accompagnées que sur les équipes de travail, est largement partagée. D'ailleurs, tous les participants des milieux d'embauche ont déclaré qu'ils engageraient à nouveau un pair aidant si l'occasion se présentait.

Un autre élément fort du programme PAR qui se dégage de cette étude relève de la formation, soit *la préparation des pairs aidants à utiliser leur savoir expérientiel et le dévoilement auprès des personnes qu'ils accompagnent*. Non seulement les pairs aidants le font couramment dans leur travail et se sentent à l'aise de le faire, mais la plupart des milieux d'embauche apprécient la façon de faire du pair aidant à cet égard. On comprend de plus que la formation est pour beaucoup dans l'amélioration de cette compétence.

Points à améliorer du programme et de la formation

Par ailleurs, l'étude a aussi mis en évidence de nombreux aspects à améliorer, tant sur le plan de la formation que sur celui du programme en général.

Au regard de la formation, nous retenons ici, entre autres, le processus de sélection des candidats, une préparation plus adéquate au travail en SIM ou dans le réseau public en général, le développement de compétences en animation de groupe,

l'utilisation du savoir expérientiel en rencontre d'équipe ainsi que la santé mentale du pair aidant. Un ajustement est aussi à faire par rapport aux outils.

Pour ce qui est du programme lui-même, l'élément majeur à améliorer est nettement le soutien vis-à-vis des pairs aidants et des milieux d'embauche. L'amélioration à apporter se situe du côté de la constance et de la fréquence du soutien offert. Le soutien devrait être enclenché par PAR, sur une base régulière et définie, en plus de répondre aux besoins ponctuels sur demande. Le contenu de l'offre de soutien proposé ou la qualité du soutien lorsqu'il est fourni ne posent pas de problème. D'autre part, la mise en réseau, tant pour les pairs aidants que pour les milieux d'embauche, est apparue comme un besoin important à combler.

Au regard de la formation, nous retenons ici, entre autres, le processus de sélection des candidats, une préparation plus adéquate au travail en SIM ou dans le réseau public en général, le développement de compétences en animation de groupe, l'utilisation du savoir expérientiel en rencontre d'équipe ainsi que la santé mentale du pair aidant. Un ajustement est aussi à faire par rapport aux outils.

CONCLUSION

La réalisation du bilan de la situation du programme PAR aura permis d'en identifier les points forts et les points à améliorer, et de fournir des recommandations qui serviront à l'AQRP et aux responsables du programme pour le bonifier. À titre d'exemple, une attention spéciale sera portée à l'amélioration de la formation en intervention par les pairs sur le plan de la préparation des pairs aidants en vue de leur intégration dans les équipes de SIM et de SIV. Il importe de souligner que certaines mesures ont été mises de l'avant afin de préserver l'intégrité de cette démarche d'évaluation. De fait, la gestionnaire et les responsables du programme PAR ont été tenus à l'écart du processus de cueillette de données, de l'analyse de celles-ci et de la rédaction du rapport. Leur expertise et leur connaissance du programme ont toutefois été indispensables à la définition des orientations et des outils de collecte de l'étude. Notons en terminant que cette étude n'aurait pu être poursuivie sans leur grande ouverture et humilité devant cette démarche d'évaluation.

Indicateurs de performance

Une fenêtre sur la vision stratégique des établissements de santé et de services sociaux



Michel Gervais

Michel Gervais, MD, FRCPC, MBA, M. Mgmt, médecin psychiatre, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

LES INDICATEURS DE PERFORMANCE : UN ÉCLAIRAGE SUR LES VALEURS ET LA CULTURE DE L'ORGANISATION

La gestion des établissements de santé et de services sociaux s'appuie sur une culture organisationnelle, principalement sur les valeurs et les principes qui guident les actions des gens qui y travaillent. Les indicateurs de performance représentent des estimations de différentes facettes des activités d'une organisation de services. Les évaluations du coût, de l'efficacité, de l'efficience et de la qualité d'un service jettent de la lumière sur sa valeur ajoutée. Nous assistons à une hausse constante des indicateurs dans les systèmes de santé. Ces mesures ont varié au fil du temps en fonction de l'évolution de leurs priorités.

Comme il existe une limite au nombre de mesures fiables comptabilisées, le choix des indicateurs n'est pas neutre. Ce sont les objectifs du système de santé qui déterminent leur sélection et l'interprétation des résultats (Freeman 2002). De fait, ces indicateurs influencent l'actualisation de la vision stratégique de l'établissement de santé. Ils s'inscrivent dans des systèmes de contrôle, une reddition de comptes, qui modulent les comportements des intervenants dont les activités sont mesurées. Ce qui est mesuré a tendance à être fait. *A contrario*, les activités non mesurées courent le risque de ne pas être exécutées. Les indicateurs de performance jouent un rôle symbolique autant que fonctionnel : les mesures ne témoignent pas seulement des résultats, elles les provoquent.

LES BÉNÉFICES ASSOCIÉS AUX INDICATEURS DE PERFORMANCE

Un haut degré d'incertitude caractérise le contexte complexe dans lequel navigue le système de santé (Zimmerman 2010), une condition particulière tangible pour le domaine de la santé mentale qui étend ses ramifications bien au-delà de la majorité des disciplines médicales. Les indicateurs de performance sont rassemblés dans un tableau de bord qui devient une boussole orientant la gouvernance et le management des établissements de santé et de services sociaux. Par l'entremise d'outils informationnels et technologiques, ce tableau de bord représente une réalité complexe par un schéma simplifié (Voyer 2006). L'interprétation des résultats doit tenir compte des restrictions de ces mesures qui ne sont que des éclairages fragmentés de l'état des lieux. L'information produite par ces indicateurs reste néanmoins souvent fort utile, sinon indispensable.

La modulation des comportements, par le biais des indicateurs de performance, s'exerce de plusieurs façons. Par exemple, une mesure instaurée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) affirme que le délai maximal pour que commence l'intervention demandée dans les services de première ligne en santé mentale est de 30 jours. Le succès des actions entreprises par l'établissement sera occasionné en partie par sa capacité à atteindre cet objectif. En conséquence, plusieurs gestes seront posés pour y parvenir : embaucher un nombre adéquat de professionnels, coordonner les activités cliniques afin d'optimiser le délai d'accès, suivre de près le nombre d'individus inscrits sur la liste d'attente, etc.

Les indicateurs fournissent des points de repère pour se comparer à d'autres organisations ou systèmes de santé (souvent appelés « *benchmarking* »), un levier important pour améliorer l'offre de services. Les autorités en tiennent compte pour entreprendre des actions servant à soutenir, à guider ou à sanctionner les établissements en fonction de leur habileté à concrétiser les objectifs de performance.

LES INDICATEURS DE PERFORMANCE AU QUÉBEC : UN MIROIR DES PRIORITÉS ET DES LACUNES DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

À l'annexe 1 (intitulée « Standards ministériels ») du *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 (PASM 2015-2020 – MSSS 2015)*, vous trouverez tous les indicateurs de performance inspirés par la vision stratégique en santé mentale du MSSS. Comme cela est généralement le cas dans le système de santé québécois, ils sont majoritairement établis selon le délai d'accès (exemple : 24 heures pour une consultation psychiatrique lorsqu'une personne présente un premier épisode psychotique aigu) ou de volume (exemple : une équipe de suivi intensif dans le milieu doit compter 70 places par 100 000 habitants).

Ce qui éclaire le plus au sujet de la vision stratégique du MSSS n'est pas tellement ce qu'on y apprend dans ce *PASM 2015-2020*, mais bien ce qui n'y apparaît pas. Comme dans plusieurs autres secteurs en santé physique, de nombreuses classes cruciales d'indicateurs font défaut : les résultats qui importent aux personnes et à leurs proches, la qualité et la sécurité des services reçus, le bien-être et la satisfaction des intervenants, etc. Pour illustrer simplement ce constat, rappelons que la durée souhaitée pour un épisode de soins dans une salle d'urgence



se chiffre à 12 heures, *utilisateurs de service morts ou vifs* pourrait-on ajouter en filigrane.

Diverses interprétations sont possibles pour expliquer l'absence complète d'indicateurs aussi fondamentaux. Je vous soumets les hypothèses suivantes :

- ▶ L'affirmation voulant que le système de santé soit *centré sur les personnes utilisatrices* ne demeure qu'une prise de position esthétique. Cette orientation vers les usagers n'est pas au cœur de la vision stratégique et, par conséquent, très peu de mesures y font référence.
- ▶ Le management du système de santé et de services sociaux est radicalement clivé des réalités cliniques (Glouberman et Mintzberg 2001). Le système est géré comme une compagnie aérienne qui se soucie peu des opinions de ses ingénieurs, de ses pilotes et de son personnel de bord. Les mesures de la qualité et de la sécurité ne reçoivent donc pas assez d'attention. On peut certainement s'en inquiéter.
- ▶ La bureaucratie ministérielle peine à gérer la complexité (Plsek et Trisha 2001). Elle se confine à des indicateurs faciles à concevoir et à mesurer, comme le délai et le volume. Elle évite de s'attaquer aux dimensions imprévisibles du système, inhérentes à la complexité, qui échappent aux lois de la causalité linéaire et qui font mauvais ménage avec les promesses électorales récurrentes tous les quatre ans.
- ▶ La fonction managériale du système de santé souffre d'une sous-estimation dramatique de son importance. L'administration

est trop souvent perçue comme un simple soutien aux prestigieuses activités cliniques et un mal nécessaire dont la nuisance doit être circonscrite au strict minimum. La vérité est tout le contraire : les succès du système de santé au 21^e siècle seront étroitement liés à la qualité du management, c'est-à-dire à notre capacité à organiser nos ressources pour réaliser nos objectifs. Le management a des conséquences directes sur la santé des gens. Il génère des effets identiques à des gestes médicaux. Il doit être soutenu, amélioré et valorisé. La limite de l'étendue et de la richesse des indicateurs de performance, tel que cela est mentionné plus haut, reflète notre insouciance collective au sujet de la portée capitale de la pratique du management.

LA DÉFINITION DE LA PERFORMANCE EN FONCTION DES ATTENTES DES PERSONNES ET DE LEURS PROCHES

Dans un système véritablement *centré sur les personnes et leurs proches*, des indicateurs témoigneraient de la volonté des organisations d'intégrer de façon continue leurs préoccupations et recommandations dans les processus de gestion. Bien qu'ils soient peu exploités au Québec, plusieurs mécanismes sont connus pour favoriser ce dialogue avec les bénéficiaires du réseau de la santé. Voici une liste non exhaustive de ces dispositifs :

- ▶ Sondage auprès des citoyens sur leur expérience de la recherche et de l'obtention des soins et des services.
- ▶ Comité consultatif, composé de représentants des personnes et de leurs proches, qui formule des conseils quant aux

différentes dimensions de l'offre de services : la configuration des lieux, l'accueil, l'accès, le respect de leurs droits, etc.

- ▶ Système de plaintes des établissements.
- ▶ Coleadership des personnes utilisatrices avec les gestionnaires et les cliniciens dans des projets d'amélioration de la qualité, de la pertinence et de la sécurité des soins.

Le rétablissement n'est pas seulement un cheminement personnel se concrétisant en vase clos. Le Dr Gilles Julien, leader du mouvement de la pédiatrie sociale, lance de temps à autre ce slogan rassembleur : *Ça prend un village pour élever un enfant!* Il illustre ainsi le caractère éminemment social et relationnel des processus répondant aux besoins des enfants. Il en va de même pour le retour à la santé mentale : *Ça prend un village pour rétablir une personne!*, pourrait-on paraphraser. Dans ce village, le réseau de la santé et des services sociaux est appelé à jouer un rôle crucial. Cette responsabilité s'exerce entre autres en bâtissant des liens organiques entre les multiples voies du rétablissement et les indicateurs de performance. En d'autres mots, une vision stratégique véritablement centrée sur les citoyens saurait que *les seuls résultats qui comptent sont ceux qui intéressent la personne malade* (Porter et Lee 2013).

Au-delà d'un indicateur énonçant qu'il doit y avoir *250 places par 100 000 habitants dans les services de soutien d'intensité variable* (MSSS 2015) – une donnée aussi peu mobilisatrice qu'un panneau signalant la population d'une paroisse sur une route de campagne –, de nouvelles mesures *centrées sur la personne* pourraient voir le jour. Par exemple, pour un service ou une direction de santé mentale, les données suivantes seraient inscrites au tableau de bord :

- ▶ Dans un service de réadaptation psychosociale, définition du délai d'accès des personnes utilisatrices à un travail rémunérateur.
- ▶ Taux de suicide des utilisateurs.
- ▶ Degré de satisfaction des usagers et de leurs proches.
- ▶ Délai de récupération de sa santé et de retour au travail.
- ▶ Taux de concertation avec les familles et les proches.
- ▶ Taux et sévérité des erreurs médicales, taux de complication.
- ▶ Conformité des soins et des traitements aux guides de pratiques cliniques.

Dans un établissement transparent et authentiquement responsable, ces résultats seraient publics. D'une part, ces indicateurs deviendraient autant d'incitatifs pour s'améliorer ou une source de fierté pour le devoir accompli. D'autre part, les choix exercés par les citoyens pour leurs services seraient plus éclairés.

LE RÉTABLISSEMENT ET LES INDICATEURS DE PERFORMANCE CENTRÉS SUR LES PERSONNES

Le retour à la santé s'appuie sur le cheminement de la personne et s'inscrit dans un contexte social qui inclut le réseau de la santé et des services sociaux. Le terreau sera d'autant plus fertile au processus de rétablissement et à l'inclusion sociale que les organisations de santé intégreront les soucis des citoyens dans leurs objectifs de gestion, notamment dans les mesures de performance. Pour y parvenir, un système de santé conscient des déterminants pluralistes du rétablissement trouvera une capacité à gérer horizontalement les réseaux et à naviguer dans des contextes complexes. Dans de tels établissements de santé, la culture organisationnelle miserait sur l'intelligence collective et un leadership partagé.

La nécessité d'entendre la voix et de sentir les actions d'associations comme l'AQRP n'a jamais été aussi forte. L'écart se creuse entre les tracas managériaux et les besoins des personnes utilisatrices, surtout chez les plus vulnérables et marginalisées. L'amélioration de la connaissance et des compétences en matière d'organisation de services, chez les utilisateurs, se présente désormais comme une avenue dans laquelle on doit s'acheminer de manière plus urgente que jamais auparavant. Cet intérêt pour la mesure et les indicateurs de performance par les personnes elles-mêmes augmente leur capacité à influencer la culture organisationnelle des établissements. Dans cet univers, les stratégies jaillissent de partout. Elles sont prises en considération et potentiellement implantées. La mise à profit de l'intelligence collective inclut celle des gens bénéficiant des soins et des services qui peuvent exercer un leadership soutenu s'appuyant sur leurs compétences exclusives, souvent appelées « savoir expérientiel ». Leur contribution à la conception et à la mise en œuvre de mesures serait un signal tangible que la personne se trouve bel et bien au centre de la vision stratégique des établissements de santé et de services sociaux.

BIBLIOGRAPHIE

- Freeman, T. (2002). « Using performance indicators to improve health care quality in the public sector: A review of literature ». *Health Services Management Research*, 15 mai, 126-137.
- Glouberman, S. et H. Mintzberg. (2001). « Managing the care of health and the cure of disease – Part 1: Differentiation ». *Health Care Management Review* (hiver), 58-71.
- Ministère de la Santé et Services sociaux du Québec. (2015). « Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – Ensemble, on fait avancer le Québec ». *Bibliothèque et Archives nationales du Québec*, 1-89. ISBN : 978-2-550-73007-1. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>.
- Plsek, P. E. et G. Trisha. (2001). « Complexity science: The challenge of complexity in health care ». *British Medical Journal*, 323 (septembre), 625-628.
- Porter, M. E. et T. H. Lee. (2013). « The strategy that will fix healthcare ». *Harvard Business Review*, octobre, 1-19.
- Voyer, P. (2006). « Tableaux de bord de gestion et indicateurs de performance » (2^e éd.), Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Zimmerman, B. (2010). « How complexity science is transforming healthcare ». Dans S. Maguire, B. McKelvey et P. Allen (édit.), *The Sage Handbook of Complexity and Management*. ISBN-10 : 1847875696.

Espace pluriel : santé mentale et participation publique

Sous la direction de Michèle Clément

Sylvie Boulet, bachelière et diplômée de deuxième cycle en sciences infirmières; vice-présidente, Comité des usagers, Institut universitaire en santé mentale de Québec; représentante des comités d'usagers, Comité d'éthique clinique, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale



Sylvie Boulet

Depuis plus de dix ans, je m'implique comme représentante des utilisateurs de services en santé mentale. Dans *Espace pluriel : santé mentale et participation publique*, j'ai reconnu le cheminement et les questionnements que comporte ce rôle. C'est donc avec beaucoup d'intérêt que j'ai lu ce livre sur la participation publique en santé mentale. Comme il s'agit d'un ouvrage étoffé, issu de la réflexion de plusieurs auteurs et chercheurs de ce domaine, il m'apparaît difficile d'en faire le tour en peu de mots. Je tenterai néanmoins de vous en parler de mon mieux.

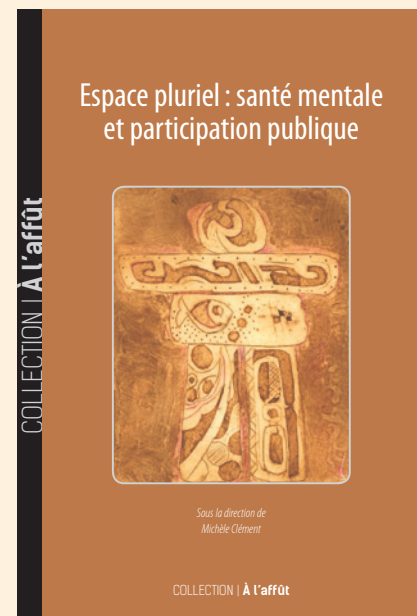
Au début, *Espace pluriel* fournit des repères historiques sur l'évolution du statut de la parole accordée au fou depuis l'âge asilaire, vers 1960, jusqu'à celle consentie à l'utilisateur de services en santé mentale en 2012. Les auteurs expliquent les changements dans le discours des usagers, son contenu, la façon dont cette voix est reçue de même que l'auditoire visé. Ils relatent le passage du « je » au « nous », la formation de groupes d'usagers en santé mentale, l'apport des groupes communautaires et les étapes de la transformation des services en santé mentale. Des tableaux aident à établir des liens entre les différents aspects de cette progression. Par la suite, M^{me} Clément et son équipe présentent les divers projets ministériels qui, à partir de 1987, ont jalonné les efforts pour que les usagers s'investissent dans la planification et l'organisation des services en santé mentale.

Les auteurs rappellent que, dans le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, le ministère de la Santé et des Services sociaux a voulu reconnaître les utilisateurs de services en santé mentale comme de véritables partenaires dans la gouvernance en santé. On y expose la réponse des usagers et la manière dont elle s'est organisée. Les chercheurs ont interrogé des usagers et des intervenants du milieu institutionnel et communautaire ayant vécu des expériences de participation publique en santé mentale. En général, les répondants considèrent que les personnes utilisatrices jouissent d'une bonne reconnaissance, qu'elles sont accueillies avec respect et écoutées avec ouverture, le tout dans un rapport égalitaire.

Puis viennent les facteurs qui influencent la coopération des usagers, tels que la volonté des milieux, le manque de clarté quant à la nature du rôle de représentant, la personnalité des usagers représentants, les obstacles rencontrés (par exemple, le discours hermétique parfois utilisé et l'absence de compensation financière). On note également la difficulté des représentants à parler au nom des autres usagers et à dépasser leur propre expérience. Les auteurs mentionnent que le manque d'effet réel des interventions des usagers peut les démotiver. Ils soulignent le bénéfice que les utilisateurs de services reçoivent sur le plan du cheminement personnel et du sens donné à leur vie.

À partir des récits des usagers représentants, les chercheurs ont pu dégager trois facettes de leur rôle : représenter les usagers, contribuer à l'évolution des mentalités relativement à la santé mentale et coopérer à la mise en place de changements. On évoque par ailleurs la fragilité de la participation publique en santé mentale.

Cet ouvrage me semble très pertinent et intéressant. Il reste toutefois que d'autres recherches doivent être effectuées pour évaluer dans quelle mesure l'implantation du projet de loi n° 10 a influencé la contribution des utilisateurs de services en santé mentale. Selon moi, la restructuration massive du système de santé et la fusion des établissements diminuent l'engagement des usagers de toutes provenances à l'organisation des services de santé et des services sociaux. Je pense que l'on compromet particulièrement la participation publique des utilisateurs de services en santé mentale qui, déjà, éprouvent le sentiment de ne pas être entendus parmi l'ensemble de tous les usagers des nouveaux centres intégrés.



LE 18^e COLLOQUE
DE L'AQRP

LE COLLOQUE DE L'AQRP, LE RENDEZ-VOUS PAR EXCELLENCE EN SANTÉ MENTALE AU QUÉBEC



CROISEMENT DES SAVOIRS ET APPROCHES NOVATRICES

Découvrir, apprendre,
s'approprier de nouvelles
pratiques en santé
mentale.

Du 14 au 15 novembre 2017,
Hôtel Sheraton, Laval

À la hauteur de vos attentes
et de notre tradition d'excellence :

- ▶ Une ouverture spectaculaire
avec des conférenciers d'ici et d'ailleurs;

Savoirs d'expérience : du témoignage à l'enseignement, de l'expérience à l'expertise.

Dre Emmanuel Jouet, Laboratoire de recherche de l'Établissement Public
de Santé Maison Blanche de Paris

- ▶ Des formations répondant à vos besoins et soutenant l'innovation;
- ▶ Plus de 35 choix d'ateliers proposant des sujets d'actualité;
- ▶ Un volet thématique sur les Premières Nations et les Inuits;
- ▶ Un volet thématique concernant les entendeurs de voix;
- ▶ Des activités périphériques favorisant la mise en réseau des participants;
- ▶ Une ouverture et un 5 à 7 baignant dans un croisement de musique
magique qui vous étonnera.
- ▶ Et finalement, une clôture exceptionnelle interactive et réflexive !

Le soutien quotidien au développement du pouvoir d'agir personnel et collectif : sommes-nous prêts à aller au-delà du slogan ?

Yann Le Bossé, Ph. D., Département des fondements et pratiques
en éducation, Université Laval et Laboratoire de recherche sur le
développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités
(LADPA)

**Des activités innovantes
de transfert de connaissances.**

Des invités passionnés !

Une ouverture vers un nouveau monde !

Soyez là !

Découvrez ou revisitez le 18^e Colloque sur
le site de l'AQRP!

[https://aqrp-sm.org/activites-
et-evenements/colloques/](https://aqrp-sm.org/activites-et-evenements/colloques/)

Information : 418 523-4190

