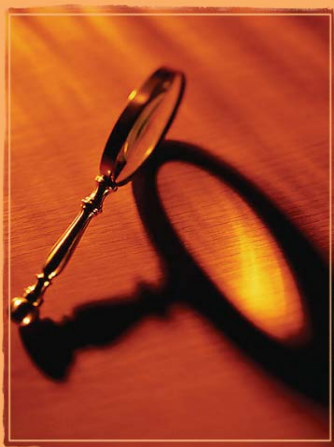




RECHERCHE ET
ÉVALUATION

RAPPORT de RECHERCHE

*Évaluation des aspects
organisationnels,
professionnels et cliniques
de l'implantation et
du fonctionnement
du Suivi intensif
dans le milieu*

CENTRE DE RECHERCHE

FERNAND • SEGUIN

Hôpital
Louis-H. Lafontaine

AFFILIÉ À
Université de Montréal

***Évaluation des aspects organisationnels, professionnels et
cliniques de l'implantation et du fonctionnement du
Suivi intensif dans le milieu***

Rapport de recherche

Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ)
990674

Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS)
Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)
6605-05-1999/2590106

Nicole Ricard, PhD
Alain Lesage, MD, MPhil
Daniel Reinharz, MD, PhD
Daniel Gélinas, MSc
Jocelyn Bisson, MSc
Sylvie Lauzon, PhD
Youcef Ouadahi, MBA
Louise Beauvais, MSc
Patrick Ohana, MEd

Hôpital Louis-H. Lafontaine
Centre de recherche Fernand-Seguin

Les auteurs de ce rapport sont :

Nicole Ricard, Inf., PhD, chercheure, Centre de recherche Fernand-Seguin affilié à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, co-directrice du Groupe de recherche interuniversitaire en sciences infirmières de Montréal

Alain Lesage, MD, MPhil, chercheur, Centre de recherche Fernand-Seguin affilié à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, professeur titulaire à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal

Daniel Reinharz, MD, PhD, chercheur, professeur adjoint au Département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval

Daniel Gélinas, MSc, Psycho-éducateur et travailleur social, agent de recherche au Module de soutien évaluatif au développement des services psychiatriques de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine affilié au Centre de recherche Fernand-Seguin

Jocelyn Bisson, MSc, conseiller clinique en recherche et évaluation à la Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine

Sylvie Lauzon, PhD, professeure agrégée et vice-rectrice associée aux études à la Faculté des sciences infirmières de l'Université d'Ottawa

Youcef Ouadahi, MBA, coordonnateur de projet à la Division de recherche psychosociale au Centre de recherche de l'Hôpital Douglas

Louise Beauvais, Inf., MSc, Centre de recherche Fernand-Seguin affilié à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, infirmière clinicienne spécialisée à l'Hôpital Douglas

Patrick Ohana, MEd, coordonnateur de recherche du Module de soutien évaluatif au développement des services psychiatriques de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine affilié au Centre de recherche Fernand-Seguin

On peut se procurer des copies additionnelles de ce rapport

par courrier : Module de soutien évaluatif
Hôpital Louis-H. Lafontaine
7401, rue Hochelaga
Montréal, QC
H1N 3M5

par téléphone : (514) 251-4015, poste 2832

par courriel : pohana.hlhl@ssss.gouv.qc.ca

Toute reproduction totale ou partielle et toute référence aux éléments de ce document sont autorisées à condition d'en citer la source.

Dépôt légal

Bibliothèque Nationale du Québec, premier trimestre 2006

Bibliothèque Nationale du Canada, premier trimestre 2006

ISBN 2-922577-35-X

© Hôpital Louis-H. Lafontaine, Module de soutien évaluatif
Tous droits réservés

Remerciements

Les auteurs de ce rapport tiennent à remercier sincèrement toutes les personnes qui ont contribué directement et indirectement à la réalisation de cette étude. En premier lieu, nous désirons remercier chaleureusement les usagers et leurs proches qui ont accepté de participer à cette étude et répondu aux divers questionnaires qui leurs ont été présentés. Nous voulons également remercier le personnel clinique et administratif de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine qui a soutenu ce projet. Plus précisément, nous exprimons notre reconnaissance à Madame Michèle Lévesque, gestionnaire intervenante et responsable du Suivi intensif dans le milieu et aux intervenants de ce programme pour leur intérêt à l'égard de ce projet, leur généreuse participation à la collecte des données et leur constance à remplir les relevés de contacts quotidiens.

Ce projet n'aurait pu être réalisé sans la précieuse collaboration de plusieurs personnes aux différentes phases ou activités du projet. Nous voulons souligner le travail des personnes suivantes et les remercier chaleureusement pour la qualité de leur engagement à ce projet :

- Madame Tonia Dominique, PhD (candidate), qui a réalisé les analyses qualitatives des entrevues auprès des intervenants
- Madame Diane Frezza, infirmière, qui a participé à l'entrée de données
- Madame Lorraine Laliberté, infirmière, qui a assuré de façon quotidienne la coordination et le suivi de la collecte des données
- Madame Sylvie Noiseux, PhD, qui a réalisé des entrevues pour le volet qualitatif auprès des intervenants et contribué à leur analyse
- Monsieur Pierre Sénécal qui a participé à l'entrée de données

De plus, cette étude n'aurait pas pu voir le jour sans l'aide financière du Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) et du Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS) et des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).

Table des matières

Remerciements.....	3
Liste des tableaux	5
Résumé bref	6
Résumé	7
Introduction.....	10
Contexte théorique	11
Méthode	19
Implantation et fonctionnement	21
Caractéristiques de l'intervention	30
Bénéfices pour les usagers	39
Bénéfices pour les proches	50
Retombées pour les intervenants	58
Évaluation des coûts	62
Discussion	69
Recommandations.....	75
Références	76
Annexe A : Relevé quotidien des contacts.....	82
Annexe B : Instruments de mesure	83

Liste des tableaux

Tableau 1 : Périodes de mesure des différents volets de l'étude.....	19
Tableau 2 : Tableau 2 : Catégories de personnes et d'endroits, modes de communication utilisés et proportions des contacts de moins et de plus d'une heure.....	32
Tableau 3 : Occurrence des sphères ayant fait l'objet de types d'intervention selon le RQC.....	33
Tableau 4 : Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des usagers du SIM	40
Tableau 5 : Statistiques descriptives et tests de comparaison des usagers du SIM sur l'HoNOS.....	43
Tableau 6 : Statistiques descriptives et tests de comparaison des usagers du SIM sur le MCAS.....	43
Tableau 7 : Statistiques descriptives et tests de comparaison des usagers du SIM sur le W-QLI	44
Tableau 8 : Statistiques descriptives et tests de comparaison des usagers du SIM sur le VSSS	45
Tableau 9 : Caractéristiques sociodémographiques des proches des usagers	51
Tableau 10 : Résultats descriptifs et comparatifs des proches sur les échelles de fardeau des proches, de leur détresse psychologique et de leur satisfaction face aux services	52
Tableau 11 : Caractéristiques socioprofessionnelles des intervenants.....	59
Tableau 12 : Résultats descriptifs et comparatifs sur les questionnaires attribués aux intervenants	60
Tableau 13 : Nombres et moyennes annuels des journées d'hospitalisation, des visites à l'urgence, des consultations dans les cliniques externes et des journées au centre de crise	63
Tableau 14 : Nombres et moyennes annuels des consultations dans les cliniques externes avec les psychiatres, les infirmiers, les psychologues, les travailleurs sociaux, les ergothérapeutes et les ARH.....	64
Tableau 15 : Coût annuel moyen des services médicaux, psychiatriques et pharmaceutiques, ainsi que des psychotropes facturés à la RAMQ.....	65
Tableau 16 : Dépenses reliées aux équipes de SIM durant l'exercice financier 2000-2001.....	66
Tableau 17 : Évolution des dépenses annuelles des équipes de SIM depuis leur implantation	66
Tableau 18 : Impact économique du SIM du point de vue de l'HLHL	67
Tableau 19 : Impact économique du SIM du point de vue du réseau de la santé et des services sociaux ..	67
Tableau 20 : Analyse de sensibilité.....	67
Tableau 21 : Modèle de réponses aux besoins.....	70

Résumé bref

Cette étude avait pour but d'évaluer les aspects organisationnels, cliniques, professionnels et économiques de l'implantation et du fonctionnement du Suivi intensif dans le milieu (SIM) dans les cliniques de secteur de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

Au plan organisationnel, il ressort que les pressions politiques et économiques liées à la réorganisation des services de santé mentale, de même qu'une volonté de l'institution et des médecins de conserver leur autorité et leur leadership dans le réseau de la santé mentale, ainsi qu'un désir de collaboration étroite entre cliniciens et chercheurs, sont les principaux facteurs qui ont facilité l'émergence et l'implantation du SIM. Toutefois, la complexité organisationnelle de l'institution, le manque de formation des intervenants des équipes multidisciplinaires sur les principes du SIM et parfois le manque de réceptivité et d'engagement des dirigeants des cliniques externes pour faciliter l'intégration des intervenants de SIM ont contribué à une émergence variable selon les cliniques ainsi qu'à retarder l'atteinte d'un fonctionnement optimal du SIM compte tenu des objectifs visés par ce nouveau programme.

Au plan clinique et professionnel, on observe que les interventions relevées dans le SIM sont en lien avec les objectifs du programme : elles se situent en majorité dans le milieu de vie de l'utilisateur, portent sur la santé et les activités concrètes de sa vie quotidienne ainsi que la représentation auprès de son réseau. La perception de l'alliance thérapeutique entre usagers et intervenants est très bonne et le demeure tout au long de l'étude. Les retombées du SIM pour les usagers se traduisent surtout au plan d'une diminution de l'anxiété et d'une amélioration de leur fonctionnement social. Les usagers rapportent un taux élevé de satisfaction face aux services de santé mentale. Leurs proches apprécient le SIM en raison notamment du sentiment de sécurité, de l'aide concrète et de l'allègement du fardeau qu'il apporte. Leur niveau de fardeau objectif est peu élevé et le demeure tout au long du suivi. Toutefois, le tiers des proches présentent une détresse psychologique qui s'accroît un an plus tard (au Temps 2 de l'étude) et ils aimeraient être plus informés et impliqués dans le suivi des usagers. Par ailleurs, les intervenants semblent être satisfaits et motivés par leur travail; ils perçoivent positivement le soutien du milieu de travail, ne présentent pas d'épuisement professionnel et de détresse psychologique et rapportent un sentiment d'accomplissement personnel élevé.

Au plan économique, même si l'on observe une diminution de l'hospitalisation et du recours à l'urgence, il en coûte un peu plus cher d'offrir un programme SIM comparativement à ce qui était traditionnellement offert dans un suivi de moindre intensité dans la communauté.

Les principales recommandations sont de poursuivre la programmation de SIM, mais de rendre le programme plus efficace, notamment, en s'assurant que ce programme se concentre sur les usagers requérant un suivi modérément intensif dans la communauté. Il est aussi recommandé que l'établissement développe le suivi intensif en équipe (*Programme of Assertive Community Treatment*) pour les usagers requérant un tel type de service dans la communauté. Enfin, une attention particulière devrait être portée pour intégrer à cette programmation des interventions de soutien émotionnel pour les proches des usagers suivis.

Résumé

Cette recherche visait à évaluer l'implantation et le fonctionnement d'un nouveau programme de suivi intensif dans le milieu (SIM) s'inspirant des modèles PACT (*Programme of Assertive Community Treatment*) et ICM (*Intensive Case Management*) et introduit en 1998 dans les cliniques externes de secteur de l'Hôpital Louis H. Lafontaine (HLHL). Les résultats de cette étude permettent d'identifier les divers facteurs qui ont influencé la mise en œuvre et le fonctionnement de ce programme, de décrire les interventions réalisées par les intervenants du SIM et d'en évaluer les retombées auprès des usagers, des proches et des intervenants, ainsi que dresser le plan économique.

Cette étude repose sur un devis mixte longitudinal couvrant des périodes variées de collectes de données (d'une à six années) selon les diverses variables de l'étude. Elle conjugue une approche à la fois quantitative et qualitative réalisée selon les volets de la recherche à l'aide de questionnaires validés, d'entrevues semi dirigées et d'histoires de cas. Diverses personnes ont été recrutés, soit des usagers (N = 249), leurs proches (N = 87), les intervenants des équipes de SIM (N = 28) et des informateurs clés (N = 42 : administrateurs, médecins et représentants de groupes communautaires).

L'analyse organisationnelle a permis de décrire les diverses phases qui ont présidé à l'implantation du SIM, à son émergence, ainsi qu'à son fonctionnement actuel. À la période précédant le SIM, on relève divers groupes de facteurs qui ont facilité son implantation, soit : 1) des pressions économiques liées à la transformation des services de santé mentale ainsi qu'un consensus des instances hospitalières, médicales et de la Régie régionale des services de santé et de services sociaux quant à la nécessité d'améliorer la prise en charge dans la communauté des personnes présentant des troubles mentaux graves ; 2) une volonté de l'institution et des médecins de conserver leur autorité et leur leadership pour une organisation des services plus communautaires ; et 3) un désir de collaboration étroite entre cliniciens et chercheurs pour l'implantation d'un nouveau programme de suivi dans la communauté reconnu efficace, surtout au États-Unis, justifiant ainsi la nécessité de procéder à son évaluation dans le contexte socio-sanitaire québécois. La période d'émergence des équipes de SIM dans les cliniques de secteurs est caractérisée par une difficulté, dans un peu plus de la moitié des cliniques, d'intégrer les intervenants à leurs équipes multidisciplinaires. Ces difficultés provenaient, entre autres, de la confrontation de modes de pratique bien établies dans ces équipes exposées à de nouvelles façons de faire de la part des intervenants de SIM, du manque de formation de la part de ces équipes sur les principes de base du SIM et du manque de compréhension et de réceptivité de la part des dirigeants des cliniques externes pour faciliter l'intégration du programme SIM aux activités de ces cliniques. Toutefois, après deux ans d'implantation, l'intégration des intervenants de SIM s'améliore dans la majorité des cliniques et ce service est mieux compris et reconnu comme étant indispensable à l'organisation des services à l'HLHL. Il n'en demeure pas moins que l'autonomie des intervenants de SIM est variable et tributaire du fonctionnement des cliniques et du leadership médical dans celles-ci. Le SIM à l'HLHL, inspiré des modèles PACT et ICM, a été implanté dans un contexte où l'on a voulu prendre en compte l'expérience de suivi aux appartements ce qui a conduit l'organisation à décider de nicher les agents de SIM dans les cliniques externes de psychiatrie de secteur pour les intégrer à des équipes déjà en place. Ainsi donc, et tel que prévu, l'évaluation du programme à l'aide de la grille de fidélité au PACT montre bien que le SIM s'en éloigne sur plusieurs dimensions. Par exemple, seulement le tiers des usagers répondent aux critères de l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ) pour être admissibles au PACT : les usagers retenus pour le SIM à l'HLHL présentaient plutôt des caractéristiques de ceux requérant, selon la terminologie du MSSS, un suivi modéré ou léger.

Au niveau clinique et professionnel, l'une des forces de cette étude est l'importance accordée aux interventions réalisées dans le SIM et à la qualité du lien entre les intervenants et les usagers. Sur une période d'un an, plus de 17 200 contacts ont été enregistrés auprès des 249 usagers suivis, soit une moyenne de 1,4 contacts par semaine d'une durée moyenne totale de 77 minutes. Une grande variabilité est observée au plan de l'intensité des contacts au sens qu'une proportion similaire (42 %) d'usagers ont bénéficié d'un suivi d'intensité faible ou modérée alors que 15 % des usagers ont été suivis de façon plus intensive (deux heures et plus par semaine). Près des trois quarts des contacts ont lieu dans le milieu de vie des

usagers, 20 % auprès des membres de l'équipe de secteur et 10 % auprès des proches. Près de la moitié des interventions de type discussion concernent des aspects liés à la santé mentale des usagers et à leurs activités de la vie quotidienne; plus du tiers concernent la médication. Le tiers des interventions ont pour objet la représentation ou la défense des droits des usagers. Une proportion similaire vise l'apprentissage de tâches, l'accompagnement dans la réalisation de diverses activités ou la résolution de certaines difficultés. Les interventions consacrées au budget et aux loisirs constituent le quart des échanges, tandis que celles relevant du travail ou de problèmes liés à la toxicomanie ou à la justice sont beaucoup moins fréquentes (9 % et 2 % respectivement). Par ailleurs, la perception de la qualité de l'alliance thérapeutique entre les usagers et les intervenants est excellente et le demeure tout au long du suivi.

Les personnes suivies par le SIM sont majoritairement des femmes (71 %) ; l'âge moyen se situe dans la cinquantaine, bien que la représentation des usagers à travers les diverses tranches d'âge soit assez similaire avec 25,3 % ayant 65 ans ou plus. Ces personnes présentent surtout des troubles psychotiques ou délirants (45 %) et des troubles affectifs (30 %). Un devis à mesures répétées, à un an d'intervalle, a été appliqué. Au T₁ de l'étude, un peu plus de la moitié des usagers présentent des difficultés modérées liées au stress ou à l'anxiété et de 30 à 40 % présentent des difficultés modérées relevant des relations sociales et des activités de la vie quotidienne. Moins de 30 % présentent des difficultés liées à l'humeur dépressive et moins de 20 % des symptômes modérés d'hallucinations ou de délires. Les scores de fonctionnement social indiquent la présence de problèmes légers à modérés au plan des compétences sociales et de l'adaptation à la vie quotidienne. Au T₂, après une année de suivi, les usagers présentent significativement moins de problèmes liés à l'anxiété, aux conditions de vie et aux occupations et activités ; ils s'améliorent au plan du fonctionnement social global, notamment au plan des compétences sociales et des problèmes de comportement. Enfin, l'analyse qualitative de la trajectoire d'un sous groupe d'usagers fait ressortir que leur évolution ne suit pas une trajectoire linéaire et que cette dernière est déterminée par un ensemble complexe de facteurs relevant tant de la motivation et de la détermination de l'utilisateur que de ses ressources au plan social et financier, ainsi que de sa santé physique. L'évolution des usagers est aussi liée à la clarté et à la cohérence des objectifs du suivi, de même qu'à la capacité des intervenants de les redéfinir lorsque nécessaire, ainsi qu'à leur créativité pour ajuster leurs interventions et défendre les droits et intérêts des usagers. L'étude démontre également que l'ensemble des usagers semblent très satisfaits face aux services de santé mentale qui leur sont offerts. Cette satisfaction demeure élevée tout au long du suivi et s'accroît significativement pour ce qui est de la perception des habiletés et des compétences des autres professionnels, de l'implication de leurs proches et de l'information et de l'accès reliés aux services.

Cette étude a aussi permis de rejoindre 87 proches très impliqués auprès des usagers et jouant des rôles diversifiés auprès de ces derniers (parents, frères/sœurs, enfants, conjoints). Leur fardeau objectif est peu élevé et demeure bas tout au long de l'étude indiquant qu'ils rapportent peu de conséquences objectives liées à leur rôle d'aidants naturels. Leur fardeau subjectif est plus élevé et surtout marqué par des inquiétudes quant à la situation présente et future de la personne suivie ; ce fardeau demeure également inchangé tout au long de l'étude. Également, le tiers des proches présentent un niveau élevé de détresse psychologique, niveau qui est augmenté au T₂ de l'étude. Ces derniers ont une perception très positive des professionnels, de même qu'une satisfaction relativement élevée face aux services de santé mentale. Toutefois, ce niveau de satisfaction diminue au cours du suivi, notamment en ce qui concerne leur implication et les compétences des psychiatres et des autres professionnels. Cependant, l'analyse de leurs propos concernant le SIM reflète une forte appréciation de ce service et une reconnaissance de la qualité du travail des intervenants même s'ils souhaiteraient être davantage informés et impliqués dans le suivi de leur proche malade. Ces observations soulèvent la question à savoir s'ils ne devraient pas bénéficier davantage, de la part des professionnels, d'un soutien émotionnel dans ce rôle d'aidant ?

Les trois quarts des intervenants de SIM ayant participé à cette étude sont des femmes âgées de 45 à 60 ans ; ils sont formés à part égale en soins infirmiers ou dans le domaine de l'éducation spécialisée. Ces intervenants sont expérimentés, cumulant en moyenne six ans d'expérience dans les soins psychiatriques de courte durée et dix ans en soins de longue durée. Ils semblent être satisfaits de leur travail, satisfaction qui demeure élevée tout au long de l'étude. Également, leur appréciation du soutien en milieu de travail

est positive alors que la perception de la cohésion entre les pairs s'avère un peu plus faible. Ces perceptions ne se modifient pas au cours de l'étude. Les intervenants présentent un score faible d'épuisement professionnel qui diminue d'une façon significative à la fin de l'étude. Parallèlement, ils rapportent un niveau élevé d'accomplissement personnel qui ne semble pas fléchir au cours de l'étude. Les résultats indiquent que les intervenants présentent un bien-être psychologique élevé et un seuil de détresse psychologique inférieur à celui de la population générale, seuil qui diminue entre les deux temps de l'étude. Enfin, ces intervenants rapportent un niveau élevé de motivation au travail, surtout lorsqu'elle est comparée à des résultats rapportés pour d'autres groupes de professionnels du secteur public.

Au plan économique, même si le SIM permet une diminution des coûts provenant d'une diminution de l'utilisation des services de 2 842 \$ par usager, l'impact économique net du programme SIM pour les trois années précédant et les trois années suivant son implantation se traduit par une augmentation variant de 4 827 \$ à 5 609 \$ par usager par an si l'on prend en compte les coûts d'opération du programme SIM et les coûts indirects provenant de l'utilisation des ressources hospitalières et du réseau de la santé. En somme, aucune économie n'est donc réalisée avec la baisse de la durée d'hospitalisation, du recours à l'urgence et des frais reliés aux services médicaux.

Cette étude évaluative a permis de mettre en évidence les forces et les limites de l'implantation du programme SIM dans les cliniques de secteur de l'HLHL. Les retombées positives se situent au plan du renouvellement et du déploiement de nouveaux modes de pratique dans la communauté, contribuant ainsi au sentiment d'accomplissement, de motivation et de satisfaction des intervenants de SIM. Des retombées positives se situent également dans l'amélioration du fonctionnement social des usagers et au plan de leur satisfaction et celle de leurs proches. La discussion des résultats permet d'expliquer ces résultats de même que l'absence d'impact économique du programme et conduit à diverses recommandations afin de mettre en œuvre des modalités de suivi dans la communauté qui s'ajustent plus spécifiquement à l'intensité des besoins des diverses clientèles suivies dans la communauté.

Introduction

Le projet de recherche évaluative faisant l'objet de ce rapport avait pour but d'évaluer l'implantation et le fonctionnement du programme de Suivi intensif dans le milieu (SIM) dans les cliniques de secteur de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine (HLHL). Plus spécifiquement, cette étude visait à : 1) décrire l'implantation, le fonctionnement et les coûts du programme SIM tel que mis en place et identifier les facteurs organisationnels qui les influencent ; 2) identifier les usagers pour lesquels cette approche s'avère bénéfique, dans quelles dimensions de leur vie et celles de leur proches et sous quelles conditions ; et 3) décrire les retombées de l'implantation et du fonctionnement du SIM sur le bien-être personnel et la satisfaction professionnelle des intervenants.

Le présent rapport présente une synthèse des principaux résultats obtenus en ce qui concerne ces trois objectifs de recherche. Au premier chapitre, les éléments du contexte liés à l'implantation du SIM à l'HLHL ainsi qu'une synthèse de l'état actuel des connaissances dans ce domaine seront présentés et suivis, au deuxième chapitre, d'un aperçu général des diverses approches méthodologiques utilisées dans cette étude. Ensuite, six chapitres correspondant à chaque volet de l'étude feront état de la pertinence de chacune des questions propres à cette étude, de la méthode retenue pour y répondre et des principaux résultats obtenus. Ils permettront de répondre aux questions suivantes :

1. Quel est le fonctionnement du SIM et quels sont les facteurs qui ont facilité ou entravé son implantation ?
2. Quelles sont les caractéristiques de l'intervention du SIM et comment a-t-elle évolué dans le temps ?
3. Quels sont les bénéfices du SIM pour les usagers ?
4. Quels sont les bénéfices du SIM pour les proches ?
5. Quelles sont les retombées du SIM pour les intervenants ?
6. Quels sont les coûts reliés au SIM ?

Enfin, la discussion permettra de commenter les principaux résultats obtenus en faisant ressortir ce que le SIM a pu accomplir et ce qu'il n'a pu réaliser au plan des objectifs visés. Ce dernier chapitre permettra d'identifier les retombées de cette étude de cas au plan des pratiques cliniques et de proposer certaines recommandations en regard de la programmation à l'HLHL et de l'évolution de ce type de programme.

Contexte théorique

Contexte présidant à l'implantation du SIM à l'HLHL et à la réalisation d'une recherche évaluative

En 1997, le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) recommandait que le Suivi Intensif dans le Milieu (SIM) fasse partie des éléments essentiels de la gamme de nouveaux services ambulatoires à développer comme moyen d'améliorer l'intégration et la réinsertion des personnes souffrant de troubles mentaux graves. C'est donc en continuité avec ces recommandations que l'HLHL procédait à l'implantation du SIM au printemps 1998 et choisissait, pour la mise en place de son modèle, de s'inspirer de la philosophie du modèle PACT (Stein & Test, 1980) et du modèle *Intensive Case Management* (ICM)¹, approches largement décrites et évaluées dans les écrits en réadaptation psychosociale (Mueser et al., 1998). L'originalité de cette implantation du SIM à l'HLHL provenait, d'une part, de l'utilisation du dispositif de soins et de services déjà existants dans les équipes interdisciplinaires des cliniques externes de secteur en y intégrant 31 intervenants de SIM afin d'offrir un suivi dans la communauté à 350 usagers (en moyenne, 1 intervenant pour 10 usagers). Ainsi, par son ampleur, cette innovation devenait l'implantation la plus importante au Québec dans un même site, créant un contexte unique et sans précédent pour son évaluation. D'autre part, l'implantation à l'HLHL constituait une adaptation de deux modèles de suivi dans la communauté, soit le modèle PACT et l'ICM, adaptation suscitant de nombreuses interrogations quant à son efficacité. En effet, on pouvait inférer que le modèle adapté de l'HLHL risquait d'être moins efficace puisqu'il différait de celui du PACT, reconnu pour son efficacité et dans lequel toute une équipe intervient directement auprès des personnes en offrant elle-même tous les services de traitement, de réadaptation et de réhabilitation. Différemment, le modèle implanté à l'HLHL proposait un suivi des usagers sur une base individuelle tout en ayant recours aux diverses ressources et expertises de l'équipe de secteur pour atteindre les objectifs d'intégration et de réinsertion sociale. Or, la nécessité de tenir compte du contexte de l'organisation des services de santé et des ressources disponibles dans l'implantation d'une innovation, tel un programme SIM, doit être prise en compte au cours de sa mise en œuvre. De plus, il a été largement reconnu qu'il n'y a pas qu'un seul modèle également approprié à tous les contextes et qu'il est irréaliste de reproduire exactement tous les éléments d'un modèle d'intervention en raison des différences existant dans les conditions locales qui influenceront sa mise en place (Bachrach, 1988). Par ailleurs, au cours des dix dernières années, on observe que les différences entre les programmes se modelant sur le PACT et d'autres modèles de suivi communautaire se sont amenuisées et ne sont plus aussi prononcées (McHugo et al., 1998). D'une part, les principes du PACT sont davantage reconnus et intégrés dans les autres programmes communautaires, ce qui peut contribuer à minimiser les différences observées antérieurement entre les modèles de soins communautaires plus traditionnels et le PACT. D'autre part, la large dissémination du PACT dans des contextes socio-sanitaires variés et en transformation a entraîné une hétérogénéité dans l'implantation de ce modèle, phénomène qui a conduit à l'émergence d'une nouvelle génération de recherches sur les modèles de suivi dans la communauté pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves.

Évolution des recherches sur les modèles de suivi dans la communauté

Au cours des deux dernières décennies, la recherche sur le suivi intensif dans la communauté a connu un essor considérable et l'on peut identifier quatre grandes thématiques qui ont marqué son évolution. La première, et la plus importante, porte sur l'émergence de différents modèles de suivi dans la communauté implantés dans plusieurs pays, soit aux États-Unis, en Australie, en Grande-Bretagne et au Canada. Ces recherches ont d'abord permis de décrire ces divers modèles de suivi et d'évaluer leur efficacité en com-

¹ Pour éviter des confusions au plan des différentes appellations des divers programmes, les termes PACT et ICM sont utilisés lorsqu'ils font référence au suivi de forte intensité (Mueser et al., 1998). Le terme *Case Management* est utilisé comme terme générique que l'on retrouve dans les études pour se référer à divers modèles de suivi dans la communauté qui se distinguent du PACT, de l'ICM et des soins traditionnels en clinique externe.

parant surtout le modèle PACT aux autres modèles de *Case Management*. Le second groupe de recherches, plus récentes et beaucoup moins nombreuses, s'est surtout intéressé aux composantes structurelles de ces modèles de suivi et principalement à l'évaluation des critères de fidélité au modèle PACT. Enfin, dans les deux dernières catégories de recherche, on retrouve des études s'intéressant davantage aux caractéristiques des interventions présentes dans ces programmes ainsi qu'à l'impact de ces programmes de SIM sur les intervenants.

Développement des modèles de suivi dans la communauté et l'évaluation de leur efficacité

Les modèles de suivi dans la communauté ont été décrits en fonction de différents paramètres qui les distinguent tels que l'intensité du suivi, les services offerts, les usagers ciblés, les valeurs qu'ils prônent et leurs aspects organisationnels (Mueser et al., 1998 ; Robinson et Toff-Bergman, 1989). Ces modèles peuvent se regrouper sous cinq grandes catégories : 1) le courtier de services, 2) le *Clinical Case Management*, 3) le modèle des forces ou de réadaptation, 4) le *Intensive Case Management* (ICM) et 5) le modèle PACT. Cependant, plusieurs auteurs (Gélinas, 1998 ; Mueser et al., 1998) soulignent que dans la réalité, ces différences entre les modèles ne sont pas aussi claires et des ambiguïtés persistent car ces diverses modalités de suivi dans la communauté s'ajustent au contexte du milieu ou aux besoins variés des usagers. À cet égard Mueser et al. (1998), regroupe ces divers modèles en trois grandes catégories, soit : 1) le suivi intensif comme le PACT et l'ICM ; 2) le suivi modérément intensif rejoignant, par exemple, le modèle des forces et de réadaptation ; et 3) le suivi peu intensif regroupant le modèle de courtier de services et le *Clinical Case Management*. Par ailleurs au Québec, le Groupe d'appui à la transformation des services en santé mentale (Ministère de la Santé et des services sociaux, 2002), dans un but de clarification, propose trois types de suivi dans la communauté caractérisés, entre autres, par l'intensité du suivi qui doit varier et s'ajuster aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves. On retrouve donc un suivi intensif en équipe s'inspirant du PACT, un suivi moyennement intensif généralement connu sous le vocable de *Case Management* et un suivi peu intensif faisant référence au modèle de suivi clinique externe ou ambulatoire. Or, c'est en quelque sorte ce type de classification que l'on retrouve dans la majorité des études portant sur l'évaluation de l'efficacité du suivi dans la communauté où l'on compare le suivi intensif (surtout le modèle PACT) aux soins moyennement intensifs (*Case Management*) et au suivi de faible intensité (soins standards dans la communauté ou suivi en clinique externe).

Dans les études visant à vérifier l'efficacité des modèles de suivi dans la communauté, c'est le PACT qui a été le plus largement évalué et comparé aux divers modèles de *Case Management* (tous modèles confondus) et aux soins standards offerts dans la communauté. Les comparaisons entre les différents modèles ont porté sur plusieurs types d'indicateurs tel que : 1) l'utilisation et les coûts des services psychiatriques, 2) l'amélioration de la condition psychiatrique et du fonctionnement social et vocationnel, 3) l'amélioration des conditions ou de la qualité de vie, 4) la satisfaction des personnes et de leurs proches et 5) le fardeau familial. Les résultats d'un nombre considérable de recherches ont fait l'objet d'écrits synthèses (Bond et al., 2002 ; Latimer, 1999 ; Mueser et al., 1998 ; Ziguras & Stuart, 2000) et de méta analyses (Marshall et al., 2000 ; Marshall & Lockwood, 2000) permettant de faire ressortir certaines évidences scientifiques robustes confirmant la supériorité du PACT sur les autres modèles. Toutefois, d'autres résultats apparaissent plus inconsistants, suggérant certaines tendances, mais sans pouvoir confirmer avec certitude l'efficacité d'un programme par rapport à un autre. L'objectif n'étant pas de reprendre tous ces travaux, mais pour chacun des indicateurs présentés ci haut, de situer le type de preuve scientifique disponible quant à l'efficacité de ces programmes. En résumé, on observe :

- La présence d'une évidence scientifique forte quant à la supériorité du PACT comparativement aux autres programmes pour ce qui est des variables : utilisation des services hospitaliers et stabilité résidentielle.

Plusieurs réviseurs au Québec, aux États-Unis et en Angleterre (Dorvil et al., 1997 ; Marshall et al., 2000 ; Mueser et al., 1998 ; Rapp, 1998) s'entendent sur le fait que les études portant sur l'évaluation du modèle original de *Case Management* de courtier de services (*Expanded Broker Model*) ont produit des résultats négatifs à l'instar de l'étude typique de Franklin et al. (1987) dans le sens où la

coordination des services à elle seule n'a pas d'impact dans le contexte d'une précarité des ressources (Mueser et al., 1998). De plus, un consensus émerge des écrits à l'effet que les programmes se modelant sur le PACT ou l'*Intensive Case Management* ont un impact positif sur la réduction du nombre et de la durée des hospitalisations des personnes suivies par ces programmes (Marshall & Lockwood, 2000 ; Mueser et al., 1998 ; Ziguras & Stuart, 2000).

De plus, en ce qui a trait aux conditions de vie, les personnes recevant les services du PACT ou du l'ICM, comparativement aux personnes suivies dans des services peu intensifs, vivent de façon plus indépendante, passent plus de jours dans des logements indépendants, sont plus stables au plan résidentiel, ont moins tendance à devenir sans abris ou passent moins de jours comme sans abris et ont moins tendance à être sans emploi (Marshall et al., 2000 ; Marshall & Lockwood, 2000 ; Mueser et al., 1998).

- La présence d'une évidence scientifique modérée quant à la supériorité du PACT et de l'ICM comparativement aux autres programmes pour ce qui est des variables : amélioration de la condition psychiatrique, qualité de vie, satisfaction des usagers et de leurs proches et fardeau familial.

Les résultats de l'ensemble des études ne permettent pas de tirer des conclusions univoques pour diverses raisons. D'une part, l'analyse de Mueser et al. (1998), met en évidence que le PACT et l'ICM ont des effets très modérés sur l'amélioration de la symptomatologie comparativement aux formes de suivi moins intensif. D'autre part, Marshall et Lockwood (2000) considèrent que les données de recherche sont insuffisantes pour comparer les programmes de type PACT et de *Case Management* et se prononcent sur leur efficacité relative. De plus, ces auteurs ne trouvent aucune différence significative entre le PACT et les soins standards au plan de l'amélioration des symptômes. Toutefois, les résultats de la méta analyse réalisée par Ziguras et Stuart (2000) affirment le contraire et indiquent que le PACT et le *Case Management* présentent une efficacité similaire dans la réduction des symptômes. Cependant, la supériorité de ces deux modèles de suivi dans la communauté sur les soins standards n'est pas encore démontrée de façon claire (Marshall et al., 2000 ; Ziguras & Stuart, 2000). Également, les résultats au plan de la qualité de vie ne sont pas concluants tant pour le PACT que pour le *Case Management*.

Dans un contexte de soins ambulatoires, l'une des variables importantes pour les personnes atteintes de troubles mentaux et leurs proches est la satisfaction en regard des services reçus dans la communauté. À cet égard, les études (Marshall & Lockwood, 2000 ; Mueser et al., 1998 ; Ziguras & Stuart, 2000) démontrent que le PACT et le *Case Management* ont des effets similaires et les personnes recevant ces deux types de services s'estiment significativement plus satisfaites que les personnes dont le suivi dans la communauté est moindre tel le suivi en clinique externe. Dans le même sens, ces études estiment que le PACT et le *Case Management* sont supérieurs aux soins standards contribuant à une plus grande satisfaction des proches des usagers et à un allègement de leur fardeau liés à la prise en charge de la personne malade.

- La présence d'une évidence scientifique faible quant à la supériorité du PACT et de l'ICM comparativement aux autres programmes pour ce qui est des variables : fonctionnement social, abus de substance et problèmes légaux.

Au plan du fonctionnement social, il demeure également difficile de tirer des conclusions valides compte tenu des nombreux résultats divergents qui ressortent de l'analyse de l'ensemble des études recensées. D'une part, les analyses réalisées par Mueser et al. (1998) et par le groupe Cochrane (Marshall et al., 2000 ; Marshall & Lockwood, 2000) indiquent que l'amélioration du fonctionnement social des personnes suivies dans le PACT ne se distingue pas significativement de celle des personnes suivies dans un programme de soins standards dans la communauté. Également, ces derniers auteurs estiment que les données disponibles pour comparer le PACT et le *Case Management* ne permettent pas de tirer des conclusions sur l'efficacité relative de ces deux modèles. Toutefois, Ziguras et Stuart (2000) arrivent à des observations différentes et soutiennent que les programmes de type PACT

et *Case Management* présentent une efficacité comparable pour ce qui est de l'amélioration du fonctionnement social des personnes et que ces deux approches sont significativement supérieures aux soins standards offerts dans la communauté.

En ce qui a trait aux autres variables relatives à l'abus de substance et aux problèmes légaux, il faut constater que ces variables ont été peu étudiées et que les résultats actuels indiquent qu'il n'y a pas de différences significatives entre le PACT, l'ICM et les soins standards moins intensifs.

Enfin, soulignons que pour ce qui est des comparaisons des coûts relatifs à ces divers modèles, certains auteurs considèrent que les données sont insuffisantes pour en arriver à des conclusions définitives (Marshall & Lockwood, 2000). À l'inverse, d'autres chercheurs (Latimer 1999 ; Rosenhec, 2000) soutiennent que l'implantation d'un programme de type PACT peut représenter une économie d'argent, après une année d'implantation, si le programme implanté respecte fidèlement les principes du PACT et s'il s'adresse à des grands utilisateurs de services hospitaliers. Ainsi, même si plusieurs études montrent une réduction des coûts, l'analyse économique démontre que pour compenser les coûts d'opération des programmes de type PACT, ceux-ci doivent s'adresser à des personnes ayant été hospitalisées au moins durant 50 jours au cours de l'année précédant leur entrée au programme. Toutefois, Latimer (1999) souligne que la réduction des coûts est surtout liée à la réduction des hospitalisations et que peu d'études ont évalué l'impact de ces programmes sur l'utilisation des autres ressources de la communauté telles les ressources de logements supervisés ou le fardeau des familles. En conséquence, il est beaucoup plus difficile de se prononcer sur l'impact économique de ce type de programme dans une perspective sociale élargie qui dépasse la seule variable d'utilisation des services hospitaliers.

Études portant sur les composantes structurelles des modèles de suivi dans la communauté et sur les critères de fidélité au PACT

Face aux limites que présentaient les diverses recherches sur l'efficacité relative des divers modèles de suivi dans la communauté et compte tenu du fait que de nombreux programmes ont été implantés en s'inspirant des caractéristiques du PACT, les recherches plus récentes se devaient d'identifier les facteurs, les mécanismes ou les ingrédients susceptibles d'expliquer la présence ou l'absence d'efficacité des programmes. Or, partant du postulat que le degré d'efficacité d'un programme était étroitement lié au degré de fidélité des caractéristiques de base du PACT, ces recherches ont d'abord construit un outil valide permettant d'évaluer le niveau d'implantation du PACT (Teague, Bond & Drake, 1998). Ainsi, le *Dartmouth Assertive Community Treatment Scale* (DACTS) est devenu l'outil de mesure de référence afin d'estimer le degré de fidélité des programmes aux principes du PACT à l'aide de 28 éléments groupés selon trois échelles (ressources humaines, frontières organisationnelles et nature des services) et fut utilisé dans divers recherches permettant de vérifier la relation entre le degré de fidélité au modèle et les résultats obtenus dans ces programmes. (Bond et al., 2001 ; McGrew et al., 1994 ; McHugo et al., 1999). Les résultats de ces études démontrent que le DACTS peut discriminer entre les programmes se modelant sur le PACT et les autres programmes de type *Case Management* et que le degré de fidélité au PACT est associé positivement à certains résultats cliniques. Notamment, la recherche longitudinale de McHugo et al. (1999) indique que les patients dans les programmes hautement fidèles aux principes du PACT consomment moins et présentent un taux de rémission plus élevé face au problème d'abus de substance, présentent un taux de rétention plus élevé dans le traitement et sont moins fréquemment hospitalisés que ceux intégrés dans des programmes moins fidèles. Cependant, on n'observe pas de différence significative entre les programmes hautement fidèles et ceux qui le sont moins au plan des durées de séjour hospitalier, de la condition psychiatrique, des relations familiales et sociales, de la stabilité résidentielle, de la qualité de vie et de la satisfaction générale pour ce qui est des services. Bien qu'intéressante, cette étude ne permet pas d'identifier les ingrédients des programmes plus ou moins fidèles et comment ceux-ci influencent leur efficacité. Cependant, les auteurs expliquent les différences observées en soulignant le fait que dans les programmes qui sont plus fidèles aux principes du PACT, les activités de proximité (*outreach*) et d'engagement sont davantage systématiques et assertives ce qui peut avoir plus d'impact, notamment sur les problématiques d'abus de substance et d'adhésion au programme. Par ailleurs, l'étude de McGrew et

al. (1994) apporte une certaine contribution à l'explication des mécanismes liés à l'efficacité des programmes plus fidèles au PACT. Cette étude démontre que certaines caractéristiques du PACT, soit la présence d'une infirmière dans l'équipe, le partage de l'ensemble de cas (*caseload*) en équipe, l'implication du responsable de l'équipe dans la dispensation des services et le nombre de contacts sont des prédicteurs significatifs de l'utilisation des services hospitaliers et contribuent à diminuer le nombre de ré-hospitalisations. Enfin, une dernière étude récente (Salyers et al., 2003) confirme l'importance de distinguer entre les divers types de programmes selon les critères de fidélité au PACT, ainsi que la capacité du DACTS à discriminer entre ces derniers. Toutefois, cette approche ne permet pas de se prononcer sur ce qui constitue une implantation appropriée d'un programme de suivi dans la communauté et la mesure de la fidélité au PACT ne représente qu'un aspect d'une implantation réussie. D'autres facteurs comme la compétence des intervenants, l'alliance thérapeutique, le contexte culturel, la constitution de l'équipe, les facteurs de motivation et les ressources allouées sont autant de facteurs qui peuvent faciliter ou interférer avec l'implantation et qui doivent être considérés dans une approche plus globale d'évaluation d'une implantation.

Études portant sur les caractéristiques de l'intervention dans les programmes de suivi dans la communauté

Tel que souligné dans la section précédente, l'identification des ingrédients actifs et susceptibles d'expliquer plus clairement ce qui contribue à l'efficacité des modèles ou programmes de suivi intensif dans la communauté (SIM) exigent d'en arriver à une meilleure connaissance de l'intensité et de la nature des interventions offertes dans ce suivi et de la qualité du lien ou de l'alliance thérapeutique entre l'intervenant et l'utilisateur. Cette perspective, quoique des plus fondamentales, a été relativement peu étudiée.

Quelques études se sont surtout intéressées à la fréquence ou à l'intensité des contacts retrouvés dans les programmes SIM (Bjorkman & Hansson, 2000 ; Brekke & Test, 1987 ; Durbin et al., 1997). La première étude (Brekke & Test 1987) dans ce domaine avait pour but, à partir d'une fiche de contacts quotidiens, d'établir si les services offerts par le *Treatment Community Living* (TCL ; nom original du PACT) de Madison au Wisconsin concordaient avec la conceptualisation du modèle d'origine. Les résultats démontraient que 65 % des contacts se sont réalisés dans la communauté et que 78 % du temps a été passé exclusivement avec la personne dans la communauté. Pour la première année de suivi, l'intervenant passait avec la personne 2,99 heures par semaine en moyenne, partagées en 4,28 contacts. Or, actuellement, Teague, Bond et Drake (1998) recommandent qu'une équipe PACT doit être en mesure d'offrir au minimum une moyenne de 4 contacts par semaine équivalent à une durée totale de 2 heures par semaine. De plus, les résultats de l'étude de Brekke et Test (1987) démontrent que 44 % des personnes suivies ont subi une diminution significative au niveau de la fréquence des contacts et que 80 % de ceux-ci ont eu au moins un contact chaque mois pendant les deux premières années du programme et au moins un contact au deux mois pendant la troisième à la septième année de suivi. De plus, cette étude révèle que les intervenants orientent leurs interventions en fonction des six domaines suivants : 1) le contact individuel, 2) la psychothérapie, 3) les activités à caractère social, 4) la médication, 5) les activités de la vie quotidienne et 6) l'emploi. Les chercheurs remarquent que la proportion de contacts dans ces différentes sphères est relativement stable durant les trois premières années de suivi au TCL, à l'exception du contact individuel et de la psychothérapie qui diminuent de 36,9 % à 30 % et de la sphère de l'emploi qui augmente de 9,5 % à 17,5 % en trois ans.

Par ailleurs, dans les deux autres études citées précédemment et s'inspirant plutôt d'un modèle de ré-adaptation (Durbin et al., 1997) et du modèle des forces (*Strengths Model*) (Bjorkman & Hansson, 2000), on constate que la fréquence des contacts varie respectivement de 9,2 à 9,8 contacts par mois pour une durée moyenne de 1,6 à 1,9 heures par semaine. En fait, ce qui distingue ces modèles comparativement au modèle PACT est surtout la fréquence des contacts et moins leur durée mensuelle totale. Or comme le suggère Allness et Knoedler (1998), un programme qui s'inspire du PACT doit être en mesure d'offrir une flexibilité et une intensité de services qui s'ajustent à la trajectoire de la personne et aux aléas de la

maladie. Toutefois, il n'en demeure pas moins que ces études ne permettent pas de se prononcer sur la relation entre ces caractéristiques de l'intervention et l'évolution clinique des personnes.

À cet égard, la recherche de Chinman et al. (1999) apporte une contribution intéressante en proposant une analyse qualitative des éléments de l'intervention qui facilitent le rétablissement des personnes inscrites dans un programme se modelant sur le PACT. Selon la perception des intervenants, la création d'une bonne relation thérapeutique caractérisée par la confiance est une condition préalable à l'amélioration de l'état des usagers. De plus, la persistance dans leurs actions, l'*outreach*, la fréquence des contacts, l'accent mis sur la résolution de problèmes, l'*advocacy*, la fidélité au traitement et le travail réalisé avec les familles sont des facteurs de succès importants. Différemment des intervenants, les personnes inscrites au PACT considèrent la relation avec l'intervenant comme étant un élément plus important que le fait de recevoir du soutien et de l'assistance pour résoudre les problèmes de la vie quotidienne.

Ces observations, concernant l'importance de la relation thérapeutique, rejoignent les résultats de quelques recherches (Calsyn et al., 2002 ; Chinman, Rosenheck & Lam, 2000 ; Gehrs & Goering, 1994 ; Neale & Rosenheck, 1995 ; Solomon, Draine & Delaney, 1995) qui ont démontré des liens significatifs entre la qualité de l'alliance thérapeutique intervenant/patient et l'amélioration de la condition clinique des personnes suivies. Plus spécifiquement, ces études démontrent que les intervenants et les clients ont une perception similaire et élevée de l'alliance thérapeutique. De plus, le niveau d'alliance est positivement associé à l'atteinte des buts de la réadaptation (Gehrs & Goering, 1994), à l'amélioration de la qualité de vie, à la réduction des symptômes, à une meilleure observance de la médication, à la satisfaction générale en regard du traitement (Solomon, Draine & Delaney, 1995), ainsi qu'à une plus grande stabilité résidentielle et satisfaction générale face à la vie (Chinman, Rosenheck & Lam, 2000). Bien que ce domaine de recherche demeure encore limité et que d'autres recherches s'avèrent nécessaires, les auteurs considèrent que la qualité de la relation thérapeutique est une variable toute aussi importante que les aspects structuraux des programmes qu'il faut prendre en compte dans l'évaluation de l'efficacité des programmes.

Retombées des programmes de suivi dans la communauté sur les intervenants

Que ce soit dans des programmes de type PACT ou de *Case Management*, il semble que les nouveaux programmes de suivi dans la communauté induisent des facteurs de stress importants liés entre autres à la nécessité pour les intervenants de répondre simultanément à une multitude de besoins et de tâches dans un cadre éclaté (Bond et al., 1991 ; Greenley, 1995 ; Witheridge, 1989). À cet égard, les premiers écrits sur les facteurs influençant le rôle du gestionnaire de cas (*Case Manager*) ont démontré comment les caractéristiques de la clientèle, tels que la dépendance des clients et l'organisation du travail (équipe vs. individuel) pouvaient contribuer à l'épuisement professionnel des intervenants (Intagliata & Baker, 1983 ; Reinke & Greenley, 1986). Toutefois, l'ensemble des études ne permet pas d'en arriver à des conclusions univoques quant à l'impact de ces programmes sur le bien-être des intervenants et l'on observe, selon les contextes de réalisation des études, que les résultats peuvent être différents. Ces différences peuvent être reliées à l'influence des divers modèles de suivi ainsi qu'au contexte organisationnel qui entoure le fonctionnement de ces programmes. D'une part, quelques recherches (Carney et al., 1993 ; Finch & Krantz, 1991) démontrent que les intervenants dans les programmes de *Case Management* n'éprouvent pas plus d'épuisement professionnel que la population générale. D'autre part, les résultats des études (Boyer & Bond, 1999 ; Koeske, Kirk & Koeske, 1993) comparant les effets des modèles PACT et des modèles de suivi plus traditionnel sur les intervenants, laissent penser qu'avec le temps le modèle PACT contribue à augmenter l'épuisement professionnel mais également qu'il y a divers prédicteurs à prendre en compte dans l'évaluation des effets des programmes. En ce sens, les résultats de l'étude de Cook, Pickett-Schenk et Nageotte (2000) démontrent que les programmes de type PACT, leur grandeur et la durée de l'emploi des intervenants dans ceux-ci sont des prédicteurs de l'épuisement professionnel et de la dépersonnalisation, confirmant ainsi les données des recherches antérieures à l'effet que l'accumulation des facteurs de stress dans le temps dans les programmes de type PACT influence le bien-être des intervenants. De plus, cette étude démontre que la satisfaction des intervenants au travail a un effet protecteur ; les intervenants

plus satisfaits de leur travail présentent un sentiment d'accomplissement plus élevé, éprouvent moins d'épuisement professionnel et ont moins tendance à dépersonnaliser leurs patients.

Par ailleurs, du côté des études britanniques (Onyett, Pillinger & Muijen, 1997 ; Prosser et al., 1996, 1997 ; Wykes, Stevens & Everitt, 1997), les résultats indiquent que les intervenants dans les programmes de soins communautaires font face à de hauts niveaux d'épuisement professionnel et de détresse psychologique liés aux stressseurs du travail ; ces niveaux sont plus élevés que chez les autres intervenants des établissements de santé. Ces études ont démontré que les stressseurs au travail provenaient des ressources humaines insuffisantes, des responsabilités sans pouvoir, des tâches administratives élevées, des demandes incompatibles et des changements importants survenant sur une courte période, ainsi que du fait de travailler dans les grandes villes. Elles indiquent également que la surcharge de travail et une faible satisfaction au travail sont associées à l'épuisement émotionnel et à la détresse psychologique. Ces auteurs (Wykes, Stevens & Everitt, 1997) concluent que les problèmes de santé au travail de ces intervenants doivent être pris en compte dans les études évaluatives, non seulement parce qu'ils peuvent influencer l'implantation et le fonctionnement des programmes, mais parce qu'ils constituent des coûts financiers et sociaux cachés non négligeables.

Résumé

1. Au cours des dix dernières années, l'évolution de la recherche et des pratiques a favorisé l'émergence de nombreux modèles de suivi dans la communauté s'inspirant plus ou moins fidèlement des principes du PACT. Toutefois, ce domaine de recherche a surtout permis de comparer l'efficacité de trois grands types de service d'intensité variable, soit un suivi intensif, associé au programme de type PACT ou ICM que l'on a comparé à diverses formes de suivi d'intensité modérée, nommé *Case Management*, et au suivi peu intensif correspondant aux soins standards ou traditionnels offerts dans la communauté.
2. Le premier groupe de recherches sur l'efficacité des programmes permet d'obtenir des résultats factuels pour ce qui est de la supériorité du PACT (ou de programmes similaires comme l'ICM) sur le *Case Management* et les soins traditionnels en regard de l'utilisation des services hospitaliers et de la stabilité résidentielle. De plus, le PACT s'avère supérieur au suivi traditionnel au plan de la satisfaction des usagers et de leurs proches et de l'allègement de leur fardeau. Toutefois, de nombreuses contradictions ressortent des recherches et ne permettent pas de conclusions univoques quant à la supériorité du PACT sur les autres modèles de *Case Management* au plan de la symptomatologie, du fonctionnement social, des problèmes légaux et de l'aspect économique. Ces constats sont liés aux diverses limites des études provenant entre autres : 1) des diverses adaptations des programmes peu documentées dans les écrits, limitant ainsi les possibilités de comparaisons rigoureuses entre les divers modèles ; 2) de l'utilisation d'outils de mesure différents et dont la validité n'est souvent pas démontrée ; 3) des durées de suivi souvent fort variables à travers les études ; et 4) de l'absence de recherche comparative permettant d'évaluer leur efficacité en fonction des caractéristique et des niveaux de besoins de la clientèle suivie.
3. Le deuxième groupe de recherches sur les composantes des programmes indique que plus un programme est fidèle aux principes de base du PACT, plus les résultats obtenus au plan clinique sont supérieurs. Les facteurs susceptibles d'expliquer cette plus grande efficacité des programmes plus fidèles sont entre autres associés aux activités de proximité (*Outreach*), au partage de la charge de travail par l'équipe et à la présence d'infirmières qui facilitent l'adhésion à la médication.
4. Le troisième groupe de recherches s'intéressant davantage aux caractéristiques des interventions permet d'identifier le nombre de contacts requis en début de suivi dans des programmes de type PACT et leur évolution au cours du suivi. Ces études mettent aussi en évidence l'importance de l'alliance thérapeutique intervenant-usager et de la flexibilité et de la diversité des interventions qui doivent s'ajuster à la trajectoire d'évolution des personnes suivies.
5. La quatrième groupe de recherches portant sur les retombées des programmes SIM sur les intervenants arrivent à des résultats contradictoires qui peuvent s'expliquer par les facteurs qui viennent atténuer ou accentuer les sources de stress associées au travail des intervenants ; ce sont principalement : le contexte organisationnel où ils sont implantés, la durée d'emploi dans ces programmes, la satisfaction au travail et la disponibilité des ressources.

Méthode

Ce projet repose sur un devis mixte longitudinal alliant une approche à la fois quantitative et qualitative et couvre une période variant entre un et six ans selon les six volets de la recherche, soit en fonction de l'analyse organisationnelle, des caractéristiques de l'intervention, des retombées sur les usagers, leurs proches et les intervenants et de l'analyse économique. Cette étude tire profit d'une implantation massive du SIM faisant appel à divers échantillons de participants soit 42 informateurs clés provenant de différents groupes (administrateurs, médecins, usagers, proches et représentants de groupes communautaires), 249 usagers, 87 de leurs proches et 28 intervenants SIM.

Tableau 1 : Périodes de mesure des différents volets de l'étude

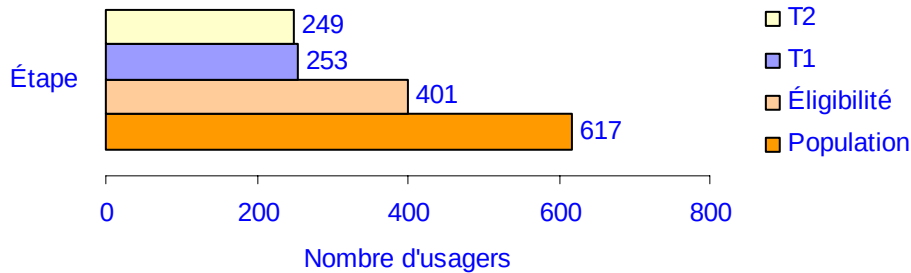
Volet de l'étude	Premier temps de mesure	Deuxième temps de mesure
Organisationnel	octobre 1998	avril 2002
Intervention	octobre 1999 à septembre 2000 (première mesure)	octobre 2000 à décembre 2001 (dernière mesure)
Usagers	octobre 1999 à octobre 2000	octobre 2000 à décembre 2001
Proches	février 2000 à février 2001	mars 2001 à février 2002
Intervenants	avril 1999	décembre 2001
Économique	avril 1995 à mars 1998	avril 1998 à mars 2001

Au niveau organisationnel, deux études de cas ont été entreprises pour décrire les différentes phases qui ont caractérisé l'implantation du SIM et identifier les divers facteurs qui ont facilité ou contraint le fonctionnement de ce programme. La fidélité du programme SIM au modèle PACT a aussi été évaluée pour ce qui est des ressources humaines, des frontières organisationnelles et de la nature des services offerts ; une analyse des dossiers a permis de caractériser la clientèle des équipes SIM par rapport aux critères établis par l'AHQ pour déterminer l'admissibilité à un programme de type PACT.

Au plan de l'évaluation des retombées du programme, une série d'instruments de mesure furent attribués aux usagers du SIM, à leurs proches et aux intervenants au début de l'étude (et du programme pour la plupart des usagers) au Temps 1 et, un an plus tard, au Temps 2. L'évaluation des données se rapportant à ces deux temps de mesure a permis d'examiner les retombées du SIM sur les usagers, sur leurs proches et sur les intervenants. Par ailleurs, des mesures des contacts ont été prises quotidiennement par les intervenants SIM pour documenter chacune de leurs interventions auprès des usagers.

Le Graphique 1 ci-après illustre les étapes qui ont présidé à la formation de l'échantillon des usagers de ce volet de l'étude. La population formant le bassin de recrutement (N = 617) était constituée de l'ensemble des usagers ayant été inscrits au SIM entre avril 1998 et octobre 2000. Parmi ces derniers, 401 étaient éligibles, c'est-à-dire qu'ils devaient avoir été suivis pour une période d'au moins deux mois dans le SIM entre le début d'avril 1998 et la fin de décembre 2001 et, parmi ces personnes éligibles, 249 usagers ont accepté de participer au Temps 1 et, un an plus tard, au Temps 2 du projet. Les caractéristiques de ces personnes sont décrites plus loin.

Graphique 1 : Formation de l'échantillon des 249 usagers
suivis parmi les 617 inscrits au SIM entre avril 1998 et
octobre 2000



Finalement, l'aspect économique du projet a été évalué en examinant les coûts associés à l'implantation du programme SIM dans les cliniques de secteur de l'HLHL. Des données sur l'utilisation des services hospitaliers, de l'urgence et des cliniques externes par les usagers du programme pendant les trois ans précédant leur entrée au programme et les trois ans suivant son implantation ont été recueillies et analysées afin de déterminer les retombées financières de ce projet pour l'hôpital et pour le réseau de la santé et des services sociaux suite à cette implantation.

Chacune des sections suivantes est présentée avec une mise en contexte, une description détaillée de l'approche méthodologique retenue et les résultats obtenus en terminant par un résumé de ces derniers.

Implantation et fonctionnement

Points de repère historiques

À l'origine, en 1984, le Programme de suivi en appartement (PSA) reposait sur le travail de deux éducatrices spécialisées ayant le mandat de soutenir le maintien des acquis et susciter de nouveaux apprentissages auprès des résidents ayant terminé leur stage aux maisons de transition et qui prenaient un appartement autonome dans la communauté. Au point de départ, ce programme s'adressait exclusivement à ces résidents et s'inscrivait en quelque sorte comme un prolongement de la programmation suivie dans cette ressource spécialisée de réadaptation et de réinsertion sociale. En 1987, le mandat du PSA s'est élargi en offrant directement des services de soutien à domicile auprès de clients ayant reçu leur congé de l'hôpital tout en n'ayant pas suivi le programme d'apprentissage dispensé par les maisons de transition de sorte que suite à l'ajout d'un troisième intervenant en 1991, le PSA offrait des services à 31 personnes en s'inscrivant dans le continuum des ressources résidentielles d'hébergement protégé de l'hôpital.

Toutefois, tous les clients suivis par le PSA devaient obligatoirement être référés par un requérant (qui relevait entre autres du service social) sur la base d'un contrat de services prévoyant que ses intervenants devaient s'en tenir strictement à leur mandat spécifique (défini par un plan de programme individualisé) et rendre des comptes aux référents qui avaient la responsabilité ultime du suivi (par le biais d'un plan de services individualisés) en conformité avec la politique de santé mentale adoptée par le gouvernement du Québec en 1989 qui prévoyait la mise en place de cette procédure pour les personnes dont la condition exigeait l'action concertée de plusieurs intervenants dans le contexte de la désinstitutionalisation.

Par ailleurs, lors la première mise en tutelle de l'HLHL en 1985, l'administrateur délégué recommandait dans son rapport d'embaucher des *Case Managers* qui seraient « *responsables de la coordination et de la continuité du plan de services individualisés* » (Aucoin, 1985) pour suivre les patients appelés à être réinsérés dans la société. C'est dans cette optique que le module des agents de coordination de Plans de services individualisés (PSI) a été mis en place en 1988 à titre de projet expérimental et qu'il s'inspirait explicitement au début du modèle classique de *Case Management* du courtier de services décrit par Intagliata (1982) qui avait pour tâche (tout comme les praticiens du service social) d'évaluer les besoins du client, de développer un plan de services, de référer le client auprès des ces derniers (dont le PSA en particulier), d'assumer la supervision des services reçus et de défendre les droits de son client. Il importe de préciser que les agents de coordination PSI n'avaient pas l'exclusivité de la conduite des plans de services individualisés (assumée entre autres par les travailleurs sociaux) et que l'on avait prévu à l'origine que ces *Case Managers* devaient suivre entre 25 et 30 clients. Entre 1988 et 1994, six intervenants ayant des formations de niveau collégial ou universitaire ont travaillé comme agents de coordination PSI. À son apogée en 1991, le module comptait cinq agents de coordination PSI qui étaient responsables du suivi de 76 clients dont plusieurs recevaient simultanément des services du PSA. Avec un ratio moyen de 15 clients par agent, le module des agents de coordination PSI se situait bien en deçà de la charge initiale prévue de sorte que ce projet pilote est devenu *de facto* un programme de *Case Management* intensif.

Une recherche-action conduite au début des années 90 pour cerner le cheminement de 73 clients ayant été suivi par ces agents de coordination PSI illustrait que les trois quarts de la clientèle suivie demeurait en appartement et que la majeure partie de leurs interventions n'étaient pas liées à la coordination des services comme cela avait été prévu à l'origine (bien que cette dimension était présente), mais bien au développement d'une relation d'aide et de soutien personnalisé dans le milieu de vie des clients suivis, l'agent de coordination PSI devenant *de facto* un praticien clinique offrant des services de réadaptation (Gélinas & Righi, 1991, 1992). Ce faisant, les agents de coordination PSI ont progressivement mis l'accent sur l'assistance dans la résolution des problèmes de la vie quotidienne et l'entraînement des habiletés sociales, influencés en cela par les écrits de Nadeau (1989) au Québec qui reprenait principalement à cette époque les idées de l'École de Boston à l'égard de la jonction entre la pratique du *Case Management* et l'approche de la réhabilitation psychiatrique fondée sur la recherche active de la clientèle dans son milieu

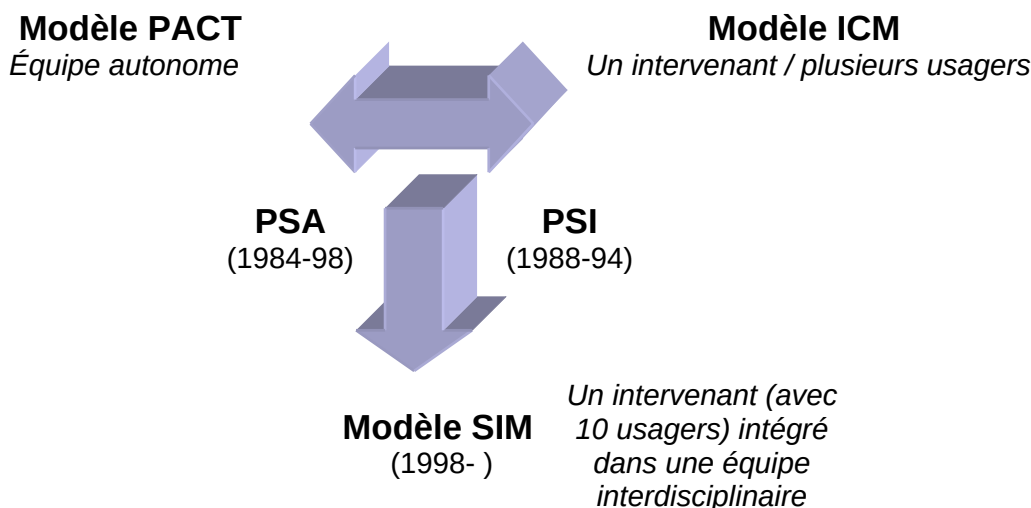
de vie pour lui apporter de l'aide et du soutien (*Assertive Outreach*) telle que prônée par Stein et Test (1980), les concepteurs de l'ACT (*Assertive Community Treatment*).

Lors de la fermeture du PSI en 1994, ses agents de coordination ayant une formation collégiale ont été absorbés par le PSA de même que plusieurs anciens clients du Module des agents de coordination PSI qui étaient de toute façon déjà suivis par le PSA. Or, comme le PSA et le module des agents de coordination PSI cumulaient huit postes d'intervenants, des affichages de postes permettaient de les combler et d'intégrer du personnel infirmier, ainsi que certains nouveaux intervenants de ce PSA élargi ayant travaillé aux maisons de transition dans les années 80 et 90. Par contre, le système de la référence des clients par les praticiens du service social a été maintenu jusqu'à la mise en place du programme SIM en 1998. Au moment de sa dissolution, le PSA suivait 88 clients (d'où un ratio moyen de 11 clients par intervenant) et tous ces clients ont été intégrés au nouveau programme SIM, les huit intervenants du PSA devenant à ce moment là des intervenants SIM ayant entre autres le mandat d'entraîner et de former les 22 nouveaux intervenants SIM. Bien que la mise en place de ce nouveau programme SIM s'inspirait de la philosophie de l'ACT :

« L'Hôpital Louis-H. Lafontaine a choisi de fournir la modalité de suivi intensif, en l'organisant non pas en série d'équipes entièrement dédiées au suivi intensif, distinctes des équipes interdisciplinaires de secteurs, mais intégrée dès le départ dans l'organisation des équipes interdisciplinaires déjà en place ; celles-ci s'adaptent à modifier leur organisation et leur rôle afin d'assurer la fonction de suivi intensif dans le milieu aux personnes qui le requièrent. De nouveaux intervenants dont la fonction sera de fournir du suivi intensif à certaines personnes seront ajoutées aux équipes interdisciplinaires de secteurs déjà en place » (Ally et al., 1998).

Le Graphique 2 illustre les sources historiques du programme SIM qui s'inspirent à la fois du PACT et de l'ICM en intégrant l'expérience acquise à l'HLHL avec les anciens programmes PSA et PSI.

Graphique 2 : Les sources du modèle SIM : Une alternative à l'hospitalisation dans le but d'améliorer la qualité des services et des soins



Dans cette optique, l'implantation du programme SIM à l'HLHL se situe à mi-chemin entre le PACT et l'ICM. À l'instar du modèle PACT, il confie le mandat de la coordination des services (ou la fonction du *Case Management*) dans une perspective de continuité des soins à l'équipe multidisciplinaire mais sans reproduire les caractéristiques organisationnelles de cette approche en intégrant des intervenants spécialisés de suivi intensif (*Specialist Assertive Outreach Staff*) à une équipe généraliste offrant des services psychiatriques au sein d'un secteur donné avec ses avantages et ses inconvénients (Burns & Firn, 2002). À l'instar de l'ACT et de l'ICM, il repose sur la recherche active de la clientèle dans son milieu de vie pour

lui apporter du soutien (*Assertive Outreach*), mais à partir d'une charge de travail individuelle propre à l'ICM. Toutefois, à la différence de l'ICM, les intervenants SIM n'exercent pas la fonction de la coordination (*Case Management*) comme c'était le cas avec le Module des agents de coordination PSI, qui lui était un véritable programme de *Case Management* intensif.

Autrement dit, si le programme SIM de l'HLHL ne peut pas être qualifié de PACT proprement dit, il ne peut pas non plus être qualifié de programme ICM à part entière tel qu'illustré par le Graphique 2, et ce pour deux raisons : d'abord, le programme SIM a été mis en place pour éviter le morcellement et le fonctionnement en silos qui caractérisait justement l'ancien système hiérarchique de référence entre le PSA et le module des agents de coordination PSI ou le service social ; ensuite, il a été mis en place d'une manière intégrative et massive pour éviter l'isolement organisationnel qui a conduit historiquement à la dissolution du projet pilote du module des agents de coordination PSI en 1994.

Au moment de la mise en place du programme SIM en 1998, la clinique externe de secteur joue un rôle de porte d'entrée et de plaque tournante à la fois en termes de gestion de la demande de services psychiatriques en provenance du milieu et lors d'une hospitalisation : « les professionnels des cliniques de territoire (...) sont appelés à intervenir, tant à l'interne qu'à l'externe, la philosophie étant qu'un patient demeure sous la responsabilité de son équipe traitante pour tous les épisodes de soins, afin d'assurer la continuité des soins et services » (Luyet, Giroux & Clerc, 1999). Ainsi, l'originalité de cette implantation provient de l'utilisation du dispositif de soins et de services déjà existants pour ajouter une nouvelle modalité de suivi au sein des équipes multidisciplinaires des cliniques externes spécialisées et de secteur en intégrant des infirmières et des éducateurs ayant le mandat spécifique de suivre la clientèle dans son milieu de vie dans une perspective interdisciplinaire de complémentarité et de continuité des soins et des services professionnels qu'elle recevait déjà de la part de ces équipes.

Ce programme s'inspire de la philosophie générale du modèle PACT qui implique que des intervenants mobiles et proactifs apportent une aide tangible et concrète aux personnes suivies dans la communauté, et ce en complémentarité et en continuité des interventions prodiguées par les autres professionnels de l'équipe clinique traitante tout en présentant des différences majeures, notamment en n'étant pas mis en place selon les modalités structurelles et organisationnelles propres au modèle PACT et en ayant pas de critères précis d'admission d'une clientèle suivie à long terme qui ciblerait spécifiquement les personnes admises fréquemment présentant de l'instabilité résidentielle, des handicaps fonctionnels importants compromettant leur maintien dans la communauté et des problématiques majeures associées à des troubles mentaux graves tel que l'alcoolisme et la toxicomanie (Allness & Knoedler, 1998).

Autrement dit, ce programme ne repose pas sur la constitution d'une équipe spécialisée entièrement dédiée à la pratique du suivi intensif en équipe et ces intervenants spécialisés sont susceptibles de suivre un large éventail de clientèle aux besoins variés, plus ou moins intensifs, de courte ou de longue durée, étant donné qu'ils inscrivent leur action au sein d'une équipe multidisciplinaire ayant *de facto* un mandat de fournir des services psychiatriques généraux à une tranche de la population de leur secteur. Ainsi, les patients susceptibles d'être suivis par ces intervenants peuvent aussi bien présenter des besoins de réadaptation sur de longues périodes de temps dans le contexte d'une stabilité relative dans la communauté acquise au fil des ans avant l'instauration de ce nouveau programme ; des besoins d'aide ponctuelle et d'accompagnement limité dans le temps pour aider la personne à se réorganiser suite à une hospitalisation ; ou encore des besoins de soutien temporaire dans leur milieu de vie pour surmonter une crise tout en n'ayant pas été hospitalisé durant la dernière année. Bref, ce programme ajoute une valeur à la souplesse et à l'éventail des services professionnels offerts par les équipes multidisciplinaires de secteur mais ne peut en aucun cas être qualifié d'application stricte du modèle PACT selon les critères et les standards de pratiques prescrits (Allness & Knoedler, 1998 ; Teague, Bond & Drake, 1998).

Enfin, bien que les intervenants SIM suivent leurs clients sur la base d'une charge de travail individuelle, trait distinctif du *Case Management* intensif (Mueser et al., 1998 ; Rapp, 1998), plusieurs caractéristiques du programme présentent des différences majeures avec cette dernière approche. En effet, bien que les intervenants SIM accompagnent et aident les personnes suivies dans le milieu au niveau de l'accès

auprès de différentes ressources sociales telles que l'aide sociale, le logement autonome, les banques alimentaires et les ressources municipales, leur mandat premier, tel que défini dans le document fondateur du programme SIM de l'HLHL, ne reposait pas sur la coordination des services puisque cette fonction devait être assumée au sein de l'équipe multidisciplinaire de la clinique externe (Ally et al., 1998). De plus, ce document fondateur spécifiait qu'ils n'avaient pas la responsabilité ultime du suivi psychosocial et de la référence à titre d'intervenant principal comme c'est souvent le cas dans les descriptions classiques des programmes de *Case Management* intensif que l'on retrouve dans les écrits. Autrement dit, ce document fondateur prévoyait qu'ils ne devaient pas agir d'une façon autonome, mais qu'ils devaient plutôt inscrire leur intervention spécialisée et de terrain dans le cadre d'un plan d'intervention et de services élaboré au sein d'une équipe multidisciplinaire suite à une requête généralement formulée par le médecin traitant de l'équipe (Ally et al., 1998).

Approche méthodologique du volet organisationnel de l'étude

L'implantation du programme SIM dans les cliniques spécialisées et de secteur de l'HLHL a nécessité un changement radical à la façon de prendre en charge les usagers présentant des troubles mentaux graves. Tant l'activité offerte par les intervenants des équipes de SIM que les rapports entre les intervenants des équipes de secteur et le reste du réseau de santé mentale se sont vu largement modifiés. Le SIM représentait donc une innovation majeure, et comme toute innovation dans le domaine de la santé, elle fut confrontée à des défis importants non seulement au plan de son acceptabilité dans un nouveau milieu, mais également dans le maintien des caractéristiques les plus essentielles à son efficacité. En effet, le risque est grand que l'implantation d'un nouveau modèle de soins et de services fasse l'objet de résistance ou qu'il donne lieu à quelques adaptations par son milieu d'accueil et que ces adaptations influencent le bon fonctionnement attendu de l'innovation. Ce volet de la recherche avait ainsi comme objectif de mettre en évidence les facteurs qui, dans les rapports entre les individus, les groupes, les organisations et les institutions, ont influencé l'implantation et le fonctionnement de cette innovation et identifier les éléments facilitant, mais aussi les barrières qui ont présidé à l'émergence, à la mise en place et au bon fonctionnement du programme SIM à l'HLHL.

Deux études de cas, réalisées 6 et 48 mois suivant l'implantation du SIM en avril 1998, ont été utilisées pour cette perspective organisationnelle de l'étude. Une diversité de sources de données en a fait partie, soit des entrevues individuelles et de groupe auprès d'informateurs clés, des dossiers d'usagers et des documents institutionnels. (Pour des informations plus détaillées sur cette phase, veuillez vous référer au rapport de Reinharz et al., 2003).

Entrevues

Plus de 40 entrevues individuelles ou de groupe ont été réalisées à chacune de ces étapes auprès de divers types d'informateurs clés pour assurer une diversité de points de vue. Douze psychiatres, sept infirmières travaillant dans les cliniques externes, six techniciens, trois représentants de la direction, trois éducateurs spécialisés, trois représentants de la régie régionale, deux intervenants, deux représentants des ressources communautaires, deux usagers, un ergothérapeute et un directeur de CLSC ont été rencontrés. Parmi les entrevues, 39 étaient individuelles et trois réunissaient 2 à 3 personnes appartenant à une même clinique (intervenants SIM, psychiatre et intervenants non SIM). Les entrevues semi structurées, d'une durée variant entre une et deux heures, ont été précédées d'un envoi, une semaine avant l'entrevue, d'un résumé du projet et des grands thèmes qui allaient être étudiés. Il y était spécifié que l'objectif de la rencontre serait d'aborder, en fonction de la perspective que le répondant représentait, chacune des grandes dimensions couvertes par l'analyse organisationnelle (leadership, coalition, structures, rôles, etc.). Lors de l'entrevue, un canevas a été utilisé pour assurer la couverture de l'ensemble des facteurs présents dans ces cadres théoriques. Les questions posées avaient trait à l'émergence et au fonctionnement des équipes de SIM pour des personnes souffrant de troubles mentaux graves. Les entrevues étaient enregistrées et leurs verbatim étaient retranscrits.

Analyse des dossiers des usagers et du fonctionnement de l'équipe

Par ailleurs, un échantillon de 54 dossiers choisis aléatoirement a été consulté sur un total approximatif de 600 dossiers afin de caractériser la clientèle suivie par le programme SIM. Les dossiers de 26 usagers suivis durant les 6 premiers mois de fonctionnement de l'équipe (1998) et les dossiers de 28 usagers suivis au moment de la dernière phase d'évaluation (2002) ont été colligés. Les dossiers ont été consultés par un professionnel de recherche et un archiviste pour y relever l'information relative aux caractéristiques mises de l'avant par l'AHQ permettant de décrire la clientèle suivie. La grille de caractérisation de la clientèle des équipes de SIM définit leurs usagers cibles parmi les personnes souffrant de troubles mentaux graves. Chaque usager devait remplir les quatre premiers critères d'admission établis par l'AHQ, soit : 1) être atteint d'une maladie mentale grave, généralement associée à des troubles psychotiques (schizophrénie, troubles schizoaffectifs ou troubles de l'humeur avec caractéristique psychotique) ; 2) manifester, depuis au moins les deux dernières années, une incapacité fonctionnelle marquée dans au moins un de trois domaines (activités de la vie quotidienne, maintien d'un réseau de soutien social ou comportement en public et avec les autres) ; 3) ne pas bénéficier adéquatement des services habituels (ne se présente pas au rendez vous, ne prend pas les médicaments prescrits) ; et 4) être sujet à des crises fréquentes qui se traduisent en général par des visites à l'urgence et par des hospitalisations répétées (plus de deux visites à l'urgence ou deux hospitalisations au cours des deux dernières années, plus de 30 jours d'hospitalisation au cours de la dernière année).

De plus, 26 intervenants ont participé au processus de validation pour ce qui est du fonctionnement de l'équipe après 6 mois d'implantation et 28 ont pu faire de même pour la situation après 48 mois. Ces intervenants ont validé les cotes attribuées par le coordonnateur du SIM à la grille DACTS qui évalue la fidélité du programme utilisé au modèle de référence PACT à l'aide de 28 éléments groupés selon trois échelles : ressources humaines, frontières organisationnelles et nature des services.

Résultats

Situation avant le SIM

L'analyse des entrevues a permis d'identifier six entités distinctes ayant beaucoup d'influence sur l'évolution de la structure des services pour les usagers souffrants de troubles mentaux graves à l'HLHL : le PSA avant l'implantation du SIM, les médecins, l'administration de l'hôpital, la régie régionale, les cliniques externes et les organismes communautaires.

Pendant la période précédant l'implantation des équipes de SIM, l'HLHL émergeait de plusieurs années difficiles marquées par des désaccords profonds entre psychiatres et administrateurs quant à l'orientation de l'institution qui les avaient menés à être, à deux reprises, placée sous tutelle. Ceci ne l'a cependant pas empêché de poursuivre une politique de désinstitutionalisation et une orientation vers des soins psychiatriques ancrés davantage dans la communauté, amorcée depuis plus de 30 ans et qui, sous l'influence décisive des incitatifs et des démotivants financiers mis de l'avant par son agence de financement, la Régie régionale de la santé et des services sociaux (RRSSS), étaient devenues un enjeu majeur pour l'institution. C'est dans ce contexte que l'hôpital a développé plusieurs alternatives à l'hospitalisation, tel que les foyers de groupes, les maisons de transition, les appartements supervisés, le PSA et le module des agents de coordination PSI.

Cette période pré SIM est marquée par une importante restructuration de l'ensemble des services psychiatriques du territoire, par la diminution du nombre de lits de longue durée et par le développement de services plus proches de la communauté. Cette période voit les médecins affermir leur rôle de responsables de la poursuite de la désinstitutionalisation et de garants de la mise en place de meilleurs services pour les patients non hospitalisés. En s'impliquant toujours plus dans la gestion et dans l'administration de l'institution, leurs activités se distancent du champ clinique.

En 1998, le ministère de la Santé et des services sociaux publie un document précisant les orientations de la transformation des services en santé mentale, recommandant un suivi intensif en équipe et dans la communauté comme approche à être implantée et ciblant les adultes atteints de troubles mentaux graves

comme clientèle prioritaire.

Un consensus de la part de l'administration de l'hôpital, de la RRSSS et du département de psychiatrie s'impose en faveur de l'implantation d'un nouveau service conçue pour améliorer la prise en charge de la clientèle aux prises avec des troubles sévères. La gestion de ce nouveau programme de type SIM est confiée aux médecins, en particulier aux dirigeants des cliniques externes, ces dernières pouvant être considérées comme le lieu « naturel » pour la prise en charge de la clientèle cible.

À ceci s'ajoute un lien formalisé avec une équipe de recherche qui s'implique non seulement comme l'évaluateur du changement mais aussi comme son accompagnateur. Cette équipe apporte des connaissances ainsi qu'une rigueur à la démarche qui s'impose et s'allie avec les équipes médicales des cliniques pour maintenir l'orientation et pour participer au processus en plein cours.

Émergence du programme SIM

L'orientation du programme SIM prend une voie particulière en s'inspirant à la fois du modèle PACT et de l'ICM. Deux à six intervenants sont introduits dans les différentes cliniques externes spécialisées et de secteur de l'institution et sont arrimés avec les équipes existantes, elles-mêmes multidisciplinaires. Des petites équipes rattachées aux équipes multidisciplinaires des cliniques externes font donc leur apparition dans le réseau de santé mentale pour assurer le suivi dans la communauté des personnes souffrant de troubles graves.

L'arrivée d'une nouvelle modalité possédant son propre mode de fonctionnement va cependant devoir se confronter à un contexte de pratiques professionnelles déjà bien établi de cliniques externes multidisciplinaires fonctionnelles avec leurs propres règles de fonctionnement et avec lesquelles les nouveaux intervenants vont devoir interagir.

Dans cette nouvelle configuration, les intervenants SIM sont amenés à partager la responsabilité de la prise en charge de la clientèle atteinte de troubles sévères avec les professionnels des équipes multidisciplinaires des cliniques externes. Le SIM à titre de programme ou de service spécifique prend forme en tant que structure à la fois autonome (pourvue de ses propres règles de fonctionnement) et en lien plus ou moins actif avec les équipes de ces cliniques externes selon les besoins et la volonté propre de chaque clinique.

En effet, le SIM se trouve inégalement intégrée selon les cliniques externes. Dans certaines cliniques, le SIM est vu par les médecins et les autres professionnels comme essentiellement une adaptation du PSA qu'il devait remplacer de toute façon. Dans ce cas, le programme SIM est vu comme un instrument qui a permis d'acquérir de nouvelles ressources pour consolider les services existants ou tout au moins les améliorer. Par contre, dans d'autres cliniques, les services offerts par les intervenants SIM sont perçus comme complémentaires aux services déjà existants et sont vus comme nécessaires pour l'amélioration de la prise en charge dans la communauté de la clientèle ciblée.

Ce qui caractérise principalement cette période est la difficulté, dans un peu plus de la moitié des cliniques, d'intégrer les intervenants SIM à leurs équipes multidisciplinaires. Le manque de préparation des intervenants de part et d'autres à une modalité qui implique forcément des interactions entre les nouveaux venus et l'équipe établie, mais aussi la méconnaissance des principes du programme SIM par les intervenants des cliniques externes, rendent les rapports parfois difficiles. De plus, le manque de soutien et de supervision des intervenants de SIM les laissent désarmés, en particulier là où l'accueil n'est pas des plus favorable. Quant aux équipes multidisciplinaires, certaines ne supportent pas le fait que le ratio usagers/intervenant des intervenants SIM (en moyenne, 1 intervenant pour 10 usagers) soit plus bas que celui qu'elles assument, alors qu'elles étaient vues comme des ressources additionnelles qui allaient pleinement partager les tâches quotidiennes des cliniques.

Toutefois, la réussite d'intégration des intervenants de SIM dans certaines cliniques externes laisse beaucoup d'espoir quant à une meilleure consolidation de ces services pour l'avenir. Une meilleure intégration survient lorsque le dirigeant de la clinique, un psychiatre, est convaincu de l'efficacité des interventions d'un programme SIM et qu'il s'implique personnellement dans l'implantation même du SIM et

de l'intégration de ses intervenants dans sa clinique. Un autre facteur sans doute déterminant est la réceptivité des professionnels de la clinique hôte qui est grandement facilitée lorsque les professionnels sont informés des principes d'un programme SIM et de la modalité choisie pour la mise en place d'un tel programme, et lorsque les liens interpersonnels entre « accueillants » et « accueillis » sont déjà présents.

Par ailleurs, pour les organismes externes à l'institution psychiatrique, l'avènement du programme SIM est considéré comme une opportunité pour la consolidation des liens avec le milieu institutionnel. En effet, le partenariat entre les organismes communautaires et les services des CLSC, en accord avec la philosophie de base du SIM et pour mieux assurer la continuité des services en dehors des horaires d'ouverture des cliniques externes, les amène à participer pleinement à un réseau qui doit également les impliquer.

De plus, deux atouts vont permettre aux décideurs d'amener les différents organismes à reconnaître l'autorité du SIM : 1) l'influence que confère leur position de médecins dirigeants de cliniques externes dans la hiérarchie de l'établissement et 2) les connaissances qu'ils détiennent de par leurs liens très étroits avec des chercheurs qui s'intéressent depuis longtemps aux modèles de suivi dans la communauté.

La possibilité de miser sur l'expertise acquise par les intervenants dans le cadre du PSA devient un autre avantage considérable aux mains des décideurs. En reconnaissant cette expertise et en développant une nouvelle modalité qui capitalise sur cette ancienne structure, les décideurs s'acquièrent l'adhésion de professionnels qui voient leur expérience valorisée.

Le gain évident pour l'équipe de recherche est essentiellement d'ordre normatif : voir émerger une modalité connue pour être la plus efficace pour la prise en charge des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves. Ce qui motive les cliniciens à participer au processus d'implantation peut se résumer en trois points majeurs : la croyance en l'efficacité de l'approche du suivi intensif dans le milieu, la fierté d'être associé à une modalité susceptible de favoriser le maintien de l'autorité institutionnelle en santé mentale et la capacité de développer de nouvelles expertises. Quant aux intervenants SIM, ils souhaitent avant tout acquérir de nouvelles expertises dans le cadre d'un projet novateur valorisant leur expérience dans le domaine de la réadaptation.

Il est important de souligner le fait que les liens formalisés avec l'équipe de recherche se sont révélés essentiels pour susciter l'adhésion de la majorité des professionnels de l'institution au démarrage du projet, auxquels s'ajoutent les liens interpersonnels développés par les intervenants SIM à l'extérieur de l'institution ; liens qui ont été décisifs pour amener les autres partenaires du réseau à participer au projet.

Fonctionnement du SIM

L'intégration des intervenants SIM dans les cliniques externes s'améliore avec le temps. Les intervenants des équipes multidisciplinaires comprennent peu à peu la spécificité du programme SIM et acceptent cette dernière comme un élément indispensable dans le réseau de santé mentale à l'extérieur de l'hôpital. Ils réalisent aussi que leur travail est tout aussi chargé que celui qu'ils assument et ce en dépit du ratio usagers/intervenant plus faible qu'ailleurs. Les frustrations associées à l'arrivée du programme SIM s'estompent progressivement dans plusieurs endroits.

Il n'en reste pas moins que l'orientation des intervenants SIM reste partiellement tributaire de l'organisation des services dans chacune des cliniques externes. L'autonomie qui leur est concédée varie. Les cliniques peuvent en effet les impliquer dans toutes leurs activités en réduisant d'autant la spécificité qu'ils cherchent à maintenir comme programme SIM.

Certes, on observe de la part des intervenants SIM une volonté d'acquérir toujours plus d'autonomie afin que leurs activités se rapprochent le plus fidèlement de celles de la pratique de l'ACT. Mais l'évolution d'un programme dont la légitimité s'accroît continuellement laisse entrevoir que l'orientation de la gamme de services offerts à la clientèle cible soit modifiée de façon à répondre aux nouvelles attentes engendrées.

Néanmoins, il reste que certains intervenants SIM expriment le sentiment d'être encore peu compris

et utilisés par les équipes multidisciplinaires pour la réalisation de tâches ne faisant pas partie de leur mandat. Cependant, cette situation est de moins en moins fréquente et ne subsiste en fait à un point où elle reste un irritant que dans une seule clinique où malgré les interventions du département de psychiatrie, les intervenants remettent encore en cause la pertinence du programme SIM au sein de leur clinique. Ce cas mis à part, on observe cependant que les réticences s'estompent au fur et à mesure que le rôle des intervenants SIM est compris.

En fait, les équipes de clinique externe, surtout celles qui ont le mieux intégré les intervenants SIM, bénéficient davantage de ces ressources additionnelles qui contribuent à répondre aux multiples tâches d'une clinique externe. Les intervenants SIM apportent en effet une aide directe à la prise en charge des patients plus légers que ceux pour lesquels ils sont formellement désignés. Ils apportent également une aide indirecte en forçant tous les intervenants des cliniques externes à se confronter à des nouvelles façons de faire et de penser, des éléments indispensables pour assurer une amélioration continue des services offerts.

En rapport à la clientèle retenue et aux approches qui ont inspiré la mise en place du programme SIM, les résultats découlant de l'analyse des dossiers d'usagers et du fonctionnement du SIM en fonction du modèle PACT révèlent que le programme mis en œuvre ne représente pas le modèle PACT. Cette analyse des dossiers d'usagers admis au début du programme (six premiers mois) indique que seulement 6 des 26 (23,1 %) usagers sélectionnés aléatoirement répondaient aux quatre critères établis par l'AHQ pour être admissible au PACT. Également, l'analyse des dossiers réalisée après 48 mois révèle que seulement 10 des 28 (35,7 %) usagers répondaient à ces critères. De plus, le score global obtenu avec la grille DACTS, visant à évaluer la fidélité au modèle PACT, était de 2,61 sur 5 après 6 et 48 mois de fonctionnement. Plus spécifiquement, le score pour la dimension des ressources humaines, de loin la plus fidèle à celle attendue d'une équipe PACT, était de 3,18 sur 5, celui pour l'organisation de l'équipe était de 2,57 sur 5 et celui pour la nature des services était de 2,00 sur 5. Pour répondre aux caractéristiques d'une équipe PACT, un score supérieur à 4,00 doit être obtenu. Comme indiqué au Graphique 2, représentant les sources du SIM à l'HLHL, et comme le montre aussi l'évolution observée, le programme SIM est une adaptation unique par rapport aux approches bien décrites du PACT et de l'ICM.

Impact du programme SIM d'un point de vue administratif

L'arrimage des intervenants SIM aux équipes multidisciplinaire des cliniques externes spécialisées et de secteur représente un changement organisationnel important dans l'institution avec des conséquences notables tant pour l'HLHL et les médecins que pour l'ensemble de l'organisation du réseau de santé mentale du territoire.

En effet, le registre administratif de la clientèle suivie par le programme SIM entre le 1 avril 1998 et le 31 décembre 2001 (soit la période couverte par l'étude) montre que 810 usagers ont bénéficié de ce programme, en incluant les 88 usagers de l'ancien PSA qui ont intégré le nouveau programme SIM dès son début en avril 1998. Ainsi, le programme SIM a offert des services de suivi intensif à 722 nouveaux usagers durant une période de 3 ans et 9 mois.

Parmi ces 810 usagers, 81 ont enregistré plus d'un séjour dans le programme SIM et 296 recevaient des services de la part des intervenants SIM au 31 décembre 2001. En tenant compte des longues durées de suivi enregistrées par les clients ayant bénéficié de l'ancien PSA et en cumulant la durée des séjours enregistrés par 10 % des usagers ayant enregistré plus d'un séjour, l'on observe parmi les 514 usagers dont le suivi était déjà terminé au 31 décembre 2001 que 35,6 % présentaient une durée supérieure à 1 an de suivi, 21,8 % présentaient une durée variant entre 6 et 12 mois de suivi et que 42,6 % présentaient une durée inférieure à 6 mois de suivi. Ces données administratives illustrent que ce programme présente globalement une ampleur significative au niveau de l'ensemble des services psychiatriques offerts par les cliniques externes spécialisés et de secteur de l'HLHL au sein d'un bassin de plus de 5 800 usagers suivis par ces cliniques (Bisson, Lesage & Bouchard, 2004).

Résumé

L'implantation du SIM à l'HLHL s'est inspirée des approches PACT et ICM dans un contexte d'expérience antérieure acquise avec le PSA et le module des agents de coordination PSI. À l'instar du PACT, elle confie le mandat de la coordination des services (ou la fonction de *Case Management*) à l'équipe multidisciplinaire dans une perspective de continuité des soins sans reproduire les caractéristiques organisationnelles de ce modèle, mais en intégrant des intervenants spécialisés du suivi intensif à une équipe généraliste offrant des services psychiatriques de secteur. Des avantages et des inconvénients s'associeront à un tel choix de fonctionnement. Le programme SIM, de même que le PACT et l'ICM, repose sur la recherche active de la clientèle dans son milieu de vie pour lui apporter du soutien (*Assertive Outreach*), mais à partir d'un suivi s'actualisant sur la base d'une charge individuelle de travail propre à l'ICM. Toutefois, à la différence de l'ICM, les intervenants SIM n'exerceraient pas la fonction de la coordination (*Case Management*) à titre d'intervenant principal.

Trois facteurs facilitant l'émergence et l'implantation du SIM et trois facteurs les contraignant on pu être identifiés.

Facteurs facilitant l'implantation et le fonctionnement du SIM :

1. sans la crise économique ainsi que les pressions et les incitatifs financiers de la RRSSS, la mise en place d'une équipe de SIM n'aurait pu jamais se réaliser ;
2. le besoin de préserver l'autorité tant de l'institution que des médecins dans un réseau de santé mentale en pleine évolution vers une organisation des services moins médicale et moins hospitalière, ainsi qu'une volonté de garder cette autorité ;
3. une collaboration étroite entre cliniciens soucieux de mettre en place le SIM et des chercheurs afin de déterminer la modalité la plus apte à répondre aux divers besoins qui s'expriment dans un programme de type PACT.

Facteurs contraignant l'implantation et le fonctionnement du SIM :

1. une institution dotée d'une structure organisationnelle établie avec des équilibres internes à respecter empêchant le type de transformation qui peut être introduit ;
2. un manque de formation de la part des intervenants des équipes multidisciplinaires qui ont besoin d'interagir avec les intervenants de SIM et un manque de préparation des cliniques externes à l'implantation du SIM ;
3. le degré d'implication et d'autonomie variable de la part des intervenants de SIM qui sont clairement dépendants de l'engagement du dirigeant de la clinique externe dans le développement du SIM.

Caractéristiques de l'intervention

Les documents fondateurs du programme SIM à l'HLHL indiquent qu'il vise essentiellement le traitement, la réadaptation et la réhabilitation des personnes atteintes de troubles mentaux graves (Ally et al., 1998). Ce nouveau programme s'inscrit nécessairement dans une transformation des pratiques traditionnelles conduisant les intervenants à œuvrer principalement dans la communauté et à exercer plusieurs fonctions incluant : 1) la surveillance des symptômes des usagers de façon à intervenir rapidement pour prévenir les rechutes, 2) le développement des habiletés des usagers pour accroître leur autonomie, 3) l'offre d'une aide tangible pour accéder aux différents services dont les usagers ont besoin et 4) le soutien de la famille, des proches et de la communauté qui entretiennent des relations avec les usagers intégrés dans le programme SIM. Par conséquent, la préoccupation première des intervenants SIM est d'assister les usagers dans leurs multiples transactions sociales afin de leur permettre de résoudre les problèmes concrets rencontrés dans leur quotidien et d'utiliser toutes les ressources de leur milieu. Le résultat envisagé vise une meilleure qualité de vie des usagers suivis et une amélioration de leur fonctionnement pour qu'ils retrouvent une certaine satisfaction dans leurs multiples lieux d'interaction sociale.

Dans les diverses études sur les modèles de suivi dans la communauté comme le PACT ou le *Case Management*, très peu d'entre elles ont porté sur le processus d'intervention. Cette perspective, devenant d'autant plus importante, s'est imposée comme étant au cœur des préoccupations à la fois des chercheurs et des intervenants. Un devis longitudinal a donc permis d'examiner le processus d'intervention selon deux dimensions : la première visait à décrire les caractéristiques des contacts quotidiens des intervenants SIM auprès des usagers pendant une période de 12 mois et la deuxième s'intéressait à la qualité de l'alliance thérapeutique établie entre les intervenants et les usagers suivis par le programme SIM et fut évaluée selon le point de vue des intervenants et des usagers à deux temps de mesure, soit à un intervalle de 12 mois.

Approche méthodologique de mesure des contacts quotidiens des intervenants SIM

Le besoin de recueillir des données pour décrire le processus de l'intervention a nécessité le développement d'une grille de contacts facile à utiliser quotidiennement, adaptée au contexte québécois et permettant de décrire le travail des intervenants SIM auprès des usagers suivis. Cette grille s'inspire d'un outil similaire permettant de mesurer l'ampleur des interventions réalisées *in vivo* au point de vue de leur fréquence, leur intensité, leur nature et leur évolution (Brekke & Test, 1987). Bien que cette grille s'inspire au plan conceptuel de différentes recherches et expériences menées aux États-Unis et en Ontario, son adaptation à la réalité québécoise est le fruit d'un processus d'échanges fructueux entre les concepteurs (Gélinas & Dion, 1999) et certains intervenants SIM qui ont participé à plusieurs étapes du développement et de la validation du Relevé quotidien des contacts (RQC ; voir Annexe A).

Le RQC permet de noter la durée, le contexte et la nature des interventions réalisées par les agents SIM auprès de leurs clients² et des personnes susceptibles de transiger avec eux que ce soit sur une base ponctuelle ou régulière. Pour chaque contact d'un agent SIM auprès d'un client ou d'une autre personne pour le soutenir, le RQC permet d'enregistrer le moment et la durée du contact, le mode de communication utilisée (en personne et/ou par téléphone), les catégories de personnes avec qui l'agent est entré en contact (client, citoyen, intervenant, membre de l'équipe de soins, ou membre de la famille), les catégories d'endroit où s'est déroulée successivement le contact (résidence, communauté, service, clinique, ou hôpital) et la sphère propre à la vie du client (santé mentale, santé physique, médication, budget, activités de la vie quotidienne (AVQ), logement, travail/école, loisirs/activités sociales, relations, justice ou toxicomanie) ayant fait l'objet d'un type d'intervention particulier (représenter, faire avec, discuter, ou intervention de crise), la gestion clinique n'étant reliée à aucune sphère.

² Pour éviter toute confusion dans la description de l'instrument et des résultats illustrés dans les tableaux qui y réfèrent, les termes « clients » et « agents SIM » vont être utilisés dorénavant pour désigner les usagers et les intervenants SIM en conformité avec le langage technique du manuel d'utilisation du RQC (Gélinas & Dion, 1999 ; Gélinas, Dion & Bisson, 2002).

Suite à chaque contact d'une durée de dix minutes ou plus auprès d'un client ou d'une tierce personne, l'agent SIM remplit un RQC. Seul le temps de contact relationnel avec la ou les personnes ayant fait l'objet d'une intervention est comptabilisé de sorte que le temps requis pour les tâches cléricales ou pour les déplacements lorsque l'agent SIM est seul dans sa voiture est exclu. À l'exception de la durée de l'intervention, toutes les réponses sont dichotomiques et non mutuellement exclusives. En ce sens, un contact peut avoir été fait en personne et/ou par téléphone, un appel pouvant être logé auprès d'un tiers lors du déroulement d'un contact en présence du client. Un contact peut avoir été fait auprès d'un client seulement, mais aussi en présence ou en l'absence du client auprès d'un citoyen, d'un autre intervenant, d'un membre de famille ou d'un membre de l'équipe. Ainsi, toutes les catégories de réponse d'un RQC pourraient être cochées de sorte que les pourcentages de réponses sont indépendants et peuvent être supérieurs à 100 % lorsque les résultats de plusieurs RQC sont cumulés sous la forme d'un rapport trimestriel remis aux agents SIM pour rendre compte de la typologie des contacts et de la nature des interventions déployées auprès de leurs clients respectifs (voir Tableau 3).

Au début de l'étude, les agents SIM ont reçu une formation à partir du manuel d'utilisation du RQC et d'exercices permettant de vérifier la compréhension de la logique et des différentes catégories de la grille (Gélinas & Dion, 1999). Une supervision a été assurée pour répondre aux questions des agents SIM et déceler des erreurs de cotation. La collecte de données des RQC auprès des 249 clients formant l'échantillon de l'étude a été réalisée par 34 agents SIM (en incluant les remplaçants du personnel régulier) et couvrir la première année de suivi pour 78,7 % de ces 249 clients (16,9 % d'entre eux ayant enregistré des RQC entre 6 et 12 mois et 4,4 % ayant enregistré des RQC durant moins de 6 mois). Une procédure de validation a été réalisée et démontre que l'instrument est fiable. L'accord interjuges pour chaque catégorie de réponses, l'accord entre les juges et un critère (codification de vignettes), ainsi que l'impact de l'expérience des agents SIM avec le RQC sur sa fiabilité ont été évalués. Les coefficients d'accord interjuges Kappa pour les variables dichotomiques et les coefficients de corrélation intra classe pour les variables continues indiquent des résultats allant de bon à excellent pour toutes les catégories de réponses. Les proportions d'accord entre les juges et le critère ont été élevées (94 %) et il n'y a aucun impact statistiquement significatif de l'expérience des agents SIM avec le RQC sur sa fiabilité (Gélinas et al., 2005).

Résultats

Typologie des contacts

La synthèse de 17 233 contacts enregistrés auprès de 249 clients renseigne d'abord sur la typologie des contacts constituée par la durée du contact, les modes de communication utilisés, le quart de travail, ainsi que les catégories de personnes et d'endroits concernés. Ainsi, 74,2 % des contacts d'une durée moyenne de 67 minutes se font en personne et 25,8 % des contacts d'une durée moyenne de 17 minutes se font par téléphone exclusivement³ ; la proportion du nombre de contacts ayant une durée de plus d'une heure s'élevant à 41 %. La plupart des contacts se sont fait durant la journée (96 %), tandis que quelques uns ont eu lieu en chevauchant le quart de soirée (5 %) et ou de nuit (1 %).

Ces données illustrent l'importance de considérer simultanément les deux dimensions liées à la fréquence des contacts, soit leur nombre total et leur durée totale cumulée dans le contexte où l'on demandait aux agents de SIM de comptabiliser autant les contacts très brefs de 10 à 15 minutes (par téléphone seulement) que les contacts beaucoup plus longs de 1 à 2 heures qui rendaient compte par exemple d'un accompagnement du client dans la communauté.

Pour les catégories de personnes, les résultats indiquent que le client est présent dans 79 % des RQC et que des membres de l'équipe de soins (incluant d'autres agents SIM, le médecin traitant, des collègues de la clinique externe ou le personnel infirmier des unités de soins) sont présents dans 19 % des RQC. Des intervenants en dehors de l'équipe (tels que des pharmaciens, des fonctionnaires de l'aide sociale ou le personnel du centre de crise) sont présents dans 17 % des RQC, les membres de la famille du client appa-

³ Seulement 4,7 % des contacts sont caractérisés par l'utilisation successive des deux modes de communication, d'où leur assimilation à la catégorie des contacts en personne.

raissent dans 10 % des RQC et des citoyens (tel que le concierge d'un immeuble par exemple) dans 7 % des RQC. Bref, le client est impliqué dans la vaste majorité des contacts, mais le suivi ne se réalise pas en vase clos puisque qu'une proportion importante des contacts implique la présence d'un tiers faisant l'objet d'une intervention. Des analyses indiquent que seulement 52 % des contacts impliquaient la présence du client en interaction exclusive avec l'agent SIM. Pour les catégories d'endroit, les résultats indiquent que 52 % des RQC impliquaient une présence de l'agent SIM à la résidence du client, 35 % des RQC indiquent que des interventions se déroulent dans la communauté au sens large et 9 % des RQC indiquent la présence de l'agent SIM au sein de services (tels que la pharmacie ou au bureau de l'aide sociale par exemple). Enfin, 27 % des RQC indiquent la présence de l'agent SIM à la clinique et 9 % dans un hôpital.

Un contact peut impliquer plusieurs personnes et se dérouler successivement d'une catégorie d'endroit à l'autre, reflétant ainsi le caractère mobile du SIM. Par exemple, lorsque l'agent SIM va chercher dans sa voiture son client à sa résidence pour se déplacer avec lui dans la communauté pour rencontrer son médecin à la clinique pour ensuite l'accompagner lors de la négociation d'un nouvel horaire de livraison de la médication auprès du pharmacien, les catégories « client », « membre de l'équipe » et « intervenant » d'une part, et les catégories « résidence », « communauté » « local/équipe » et « service » d'autre part, étaient cochées pour identifier toutes les personnes ayant fait l'objet d'une intervention et les déplacements successifs réalisés au cours de ce contact ayant une durée continue en présence du client.

D'où le calcul du pourcentage des contacts qualifiés *in vivo* qui s'établissent selon cette règle ⁴ dans 71 % de tous les contacts enregistrés, tel qu'indiqué à la gauche du Tableau 2. En effet, pour mieux rendre compte du fait que plusieurs catégories de personnes et d'endroits peuvent être cochées sur un même RQC, les données doivent être transformées pour créer des variables mutuellement exclusives pouvant s'additionner pour obtenir un total de 100 % tel qu'illustré au Tableau 2. Cet exercice permet de mettre en évidence deux profils différents au niveau de la typologie des contacts selon qu'ils se produisent *in vivo* ou au sein de la clinique et/ou de l'hôpital exclusivement. Ainsi, la majorité des contacts *in vivo* sont caractérisés par la présence du client (91 %), un mode de communication en personne (83 %) et une proportion plus importante de contacts ayant une durée de plus d'une heure (54%). À l'inverse, les contacts se produisant à la clinique et/ou à l'hôpital exclusivement sont caractérisés par une proportion importante de contacts auprès des tiers en l'absence du client (49%), un mode de communication par téléphone seulement (48%) et une vaste proportion de contacts ayant une durée de moins d'une heure (91%). Dans cette optique, il n'est guère surprenant de constater que 71 % des contacts *in vivo* représentent en fait 87 % de la durée totale cumulée de tous les contacts alors que les 29 % des contacts se produisant à la clinique et/ou à l'hôpital représentent seulement 13 % de la durée totale cumulée de tous les contacts.

Tableau 2 : Catégories de personnes et d'endroits, modes de communication utilisés et proportions des contacts de moins et de plus d'une heure pour les 249 clients (N = 17 233 RQC)

% du nombre de contacts	Catégories mutuellement exclusives	% du nombre de contacts	Catégories mutuellement exclusives	% du nombre de contacts	Catégories mutuellement exclusives	% du nombre de contacts	% de la durée totale cumulée
<i>In vivo</i> 71%	Client seul et/ou avec tiers	91%	Par téléphone	17%	Moins d'une heure	46%	<i>In vivo</i> 87%
	Tiers sans le client	9%	En personne	83%	Plus d'une heure	54%	
Clinique et/ou hôpital seulement 29%	Client seul et/ou avec tiers	51%	Par téléphone	48%	Moins d'une heure	91%	Clinique et/ou hôpital seulement 13%
	Tiers sans le client	49%	En personne	52%	Plus d'une heure	9%	

⁴ Seulement 10,3 % des contacts qualifiés *in vivo* impliquaient un passage à la clinique et/ou à l'hôpital.

En fait, la proportion importante de contacts caractérisés par l'absence du client et la présence des tiers dans le contexte des contacts se produisant à la clinique et/ou à l'hôpital seulement reflète une dimension fondamentale du SIM qui implique l'établissement d'une jonction entre le traitement dispensé et la pratique de la réadaptation et de la réhabilitation déployées dans le milieu de vie des clients. Ainsi, les agents SIM ont enregistré de nombreux contacts brefs réalisés auprès des membres de leur équipe de soins et des appels téléphoniques qu'ils devaient placer pour représenter leurs clients auprès d'autres personnes ayant des transactions sociales avec eux, qu'elles soient ponctuelles ou régulières.

Nous n'avons pas différencié des groupes de clients qui pourraient présenter des profils différents à l'égard de la typologie des contacts (Dietzen & Bond, 1993), mais nos résultats sont comparables aux niveaux de ces dimensions spécifiques à ceux obtenus par Brekke et Test (1987) à l'égard du premier programme de type PACT de Madison (*Training in Community Living*). En effet, ces auteurs rapportaient que 65 % des contacts représentant 78,1 % de la durée totale cumulée avaient été enregistrés dans la communauté, que 24,2 % des contacts représentant 18 % de la durée totale cumulée avaient été enregistrés au sein du local de leur équipe et que 10,8 % des contacts représentant 3,9 % de la durée totale cumulée avaient été réalisés par téléphone⁵. Toutefois, il importe d'interpréter ces fréquences à titre d'ordre de grandeur et non comme des valeurs absolues, en raison notamment des différences méthodologiques qui existent entre les instruments (Gélinas et al., 2005).

Nature des contacts

La nomenclature de la partie droite du RQC (voir Annexe A) est constituée d'une matrice reliant les sphères propres à la vie du client faisant l'objet d'un type d'intervention de la part de l'agent SIM. La matrice a pour fonction de permettre à ce dernier de répondre à la question posée par les chercheurs : Que faites-vous à propos de quoi lorsque vous enregistrez un contact auprès d'un client et/ou d'un tiers dans le cadre de votre suivi ? Le Tableau 3 illustre les résultats obtenus avec cette matrice. Il faut préciser que le type d'intervention « Gestion clinique » n'est pas relié à aucune sphère de sorte que 12,1 % des RQC caractérisés par l'emploi exclusif de ce type d'intervention enregistrent une valeur nulle dans la matrice. Par conséquent, il importe de considérer les pourcentages émergeant de la matrice non pas comme des valeurs absolues mais plutôt comme un ordre de grandeur, car le retrait de ces RQC enregistrant une valeur nulle dans la matrice aurait pour effet de gonfler les pourcentages obtenus sans modifier leurs valeurs relatives.

Tableau 3 : Occurrence des sphères ayant fait l'objet de types d'intervention selon le RQC

Nombre de clients : 249		Nombre de contacts : 17 233			
Gestion clinique : 21 %		Types d'intervention			
Sphères	Représenter	Faire avec	Discuter	Crise	Toutes les sphères
Santé mentale	12 %	1 %	46 %	1 %	51 %
Santé physique	11 %	5 %	37 %	0 %	42 %
Médication	11 %	8 %	38 %	0 %	45 %
Budget	9 %	7 %	27 %	0 %	35 %
AVQ	11 %	24 %	45 %	0 %	62 %
Logement	5 %	1 %	16 %	0 %	19 %
Travail/école	1 %	0 %	9 %	0 %	10 %
Loisirs/social	3 %	3 %	27 %	0 %	30 %
Relations	6 %	0 %	36 %	0 %	39 %
Justice	1 %	0 %	2 %	0 %	3 %
Toxicomanie	1 %	0 %	4 %	0 %	4 %
Tous les types d'intervention	32 %	35 %	74 %	1 %	

⁵ Le téléphone étant considéré *de facto* comme une catégorie d'endroit spécifique à cette époque.

Sphères ayant fait l'objet d'un type d'intervention ⁶

D'emblée, l'on observe à la droite du Tableau 3 que c'est la sphère des activités de la vie quotidienne (AVQ), incluant les nombreux déplacements en compagnie du client dans la voiture de l'agent SIM, qui est inscrite sur 62 % de tous les RQC, quel que soit le type d'intervention. Les sphères liées à la santé (Santé mentale, Santé physique et Médication) surgissent dans des proportions de 51 %, 42 % et 45 % respectivement, de même que les sphères liées aux dimensions relationnelles (Relations), instrumentales (Budget) et sociales (Loisirs/social) qui surgissent dans des proportions de 39 %, 35 % et 30 % respectivement. Ainsi, la majorité des interventions des agents SIM touche d'abord à des préoccupations immédiates exprimées par les clients pour maintenir leurs acquis personnels et sociaux dans la communauté. Il faut préciser qu'il est normal d'enregistrer une valeur relativement faible dans la sphère du logement (19 %) en raison de la logique des définitions proposées par l'instrument, tout le monde étant conscient qu'on déménage moins souvent dans la vie, alors que les préoccupations liées à la gestion du budget et de l'épicerie (AVQ) reviennent à toutes les semaines, surtout pour plusieurs clients dont les revenus proviennent de la sécurité du revenu. Par contre, la fréquence de la sphère « Travail/école » (10 %) laisse entrevoir que cette dimension est peu abordée par les agents SIM. Enfin, malgré des définitions assez restrictives des sphères « Justice » (3 %) et « toxicomanie » (4 %), il semble clair que ces dimensions ont un caractère marginal au niveau de l'ensemble des interventions déployées au sein du programme SIM.

Types d'intervention

Du côté des types d'intervention, l'on observe d'abord à la droite du Tableau 3 que le type d'intervention « Gestion clinique » est cochée à raison de 21 % de tous les RQC pour rendre compte de toutes les activités liées à la formulation, l'ajustement continu et la révision du plan d'intervention et de services.

Par ailleurs, l'on observe au bas du Tableau 3 que les types d'intervention « Représenter », « Faire avec », « Discuter » et « Crise » surgissent à raison de 32 %, 35 %, 74 % et 1 % respectivement de tous les RQC quelque soit la sphère spécifique ayant fait l'objet de ces types d'intervention. Il faut préciser que plusieurs types d'intervention peuvent être déployés simultanément ou successivement au cours d'un même contact et que le langage technique défini dans le manuel d'utilisation du RQC ne doit pas être interprété d'une manière péjorative dans le sens où la logique de l'instrument à l'égard de la définition des types d'intervention est fondée sur des critères précis permettant aux agents SIM de discriminer et de classer de multiples techniques d'interventions professionnelles déployées auprès des tiers et des clients selon une mécanique purement instrumentale (Gélinas et al., 2005).

La fréquence du type d'intervention « Représenter » (32 %) indique que les agents SIM sont entrés en relation d'une façon significative auprès de « citoyens », de membres de la « famille » ou d'autres « intervenants » tels que le pharmacien, l'infirmière du CLSC ou le fonctionnaire de la sécurité sociale. Dans la mesure où l'emploi du type « Représenter » est lié exclusivement à la présence d'un tiers (en excluant les membres de son équipe de soins) lors d'un contact, cela signifie que le suivi des clients ne se réalise pas en vase clos seulement avec eux, mais implique également pour les agents SIM d'entrer en relation avec des personnes ayant des transactions sociales avec leurs clients dans leur milieu de vie. Cela rejoint l'un des aspects de la pratique du suivi intensif prôné par les concepteurs du modèle PACT qui consiste non seulement à dispenser « *de la psychoéducation (au sujet de la santé mentale) auprès des membres de la famille et de la communauté, tels que les propriétaires et les employeurs* » (Test, 1998), mais aussi de défendre les droits des clients pour repousser la stigmatisation et la discrimination liées aux troubles mentaux graves et de les soutenir activement pour qu'ils puissent retrouver une citoyenneté pleine et entière (Stein & Santos, 1998). La fréquence observée laisse entrevoir que les agents SIM ont effectivement inscrit leur travail dans une perspective de réhabilitation, tel que stipulé dans le document fondateur du programme SIM (Ally et al., 1998).

La fréquence du type d'intervention « Faire avec » (35 %) indique que les agents SIM ont déployés

⁶ Pour une description complète de ces éléments sur le plan clinique, veuillez vous référer à la synthèse proposée par Ricard et al. (2004).

des interventions d'entraînement des habiletés sociales fondées sur un enseignement pratique auprès des clients pour soutenir l'apprentissage ou pour résoudre des problèmes concrets. Le type « Faire avec » inclut toutes les formes d'accompagnement des clients pour faciliter leur intégration et leur accès à des soins, des ressources sociales ou des services spécialisés. À l'instar du type « Représenter », il s'agit de l'un des aspects du SIM prôné par les concepteurs du modèle PACT qui consiste à déployer l'entraînement des habiletés sociales *in vivo* là où les clients les utilisent (Test, 1998). Or, la logique des définitions proposées dans le manuel d'utilisation du RQC restreint la cotation au niveau des croisements entre les sphères et le type d'intervention « Faire avec », tels que le « Faire avec/Justice » et le « Faire avec/Santé mentale », dans le sens où l'accompagnement du client au palais de justice à l'occasion d'une comparution ou lors de sa participation à un groupe d'entraide centré sur l'enseignement de la gestion des symptômes sont *a priori* des interventions peu fréquentes en elles-mêmes. Toutefois, la valeur nulle enregistrée dans la sphère « Travail/école »⁷ indique que la pratique active du soutien à l'emploi ou aux études par l'entremise d'un accompagnement est pratiquement absente au niveau de l'ensemble du programme alors que c'est une dimension fondamentale du modèle PACT original (Stein & Santos, 1998 ; Test, 1998). Les fréquences inscrites sous la colonne du « Faire avec » indiquent que 24 % des contacts impliquent un « Faire avec/AVQ » pour indiquer l'aide apportée pour faire l'épicerie, la lessive ou l'entretien du logement, tout en incluant les nombreux déplacements en voiture réalisés avec les clients dans la communauté, à l'instar des lignes directrices émises par Test et Stein (2000) pour décrire le caractère mobile de la pratique du SIM. Seulement 8 % des contacts enregistrent un « Faire avec/Médication », ce qui laisse entrevoir que la livraison ou la supervision directe de la médication, à titre d'intervention majeure au sein d'une équipe PACT (Allness & Knoedler, 1998 ; Thomson et al., 2002) est relativement faible dans le programme SIM de l'HLHL. Les fréquences au niveau des sphères « Budget » (7 %), « Santé physique » (5 %)⁸ et « Loisirs/Social » (3 %) laissent entrevoir du point de vue de l'ensemble du programme que l'entraînement ou l'accompagnement au niveau de ces sphères n'est pas déployé massivement auprès d'une vaste majorité de clients.

La fréquence du type d'intervention « Discuter » (74 %) indique que les agents SIM ont déployés auprès de leurs clients des interventions liées à la relation d'aide, qui est associé, comme on verra un peu plus loin, à un maintien, voire à un accroissement de l'alliance thérapeutique. Le type « Discuter » inclut toutes les interventions destinées à transmettre ou à recevoir des informations sur leur vécu, à les encourager en leur donnant des explications ou des conseils ou en leur offrant de l'écoute active, de l'empathie et un soutien émotionnel. Il n'est pas surprenant de constater que ce type d'intervention est présent massivement au sein de l'ensemble des contacts enregistrés par l'agent SIM étant donné qu'il reflète le mieux d'une façon générale l'ordre de grandeur de l'ensemble des sphères propre à la vie du client ayant fait l'objet d'une intervention tel que décrit plus haut.

Enfin, la fréquence du type d'intervention « Crise » indique que seulement 1 % des contacts sont liés à la résolution d'un problème nécessitant une action exceptionnelle qui vise la résolution immédiate d'une situation de nature médicale, psychiatrique ou psychosociale touchant à la sécurité du client et de son entourage et qui pourrait compromettre le maintien de ses acquis. Bien que la pratique du suivi intensif implique la prévention de l'émergence de situations de crise par une présence proactive dans le milieu de vie des clients (Thomson, Gélinas & Ricard, 2002), il importe de préciser que le manuel d'utilisation du RQC propose une définition assez restrictive de ce type d'intervention, de sorte qu'on n'a jamais enregistré de fréquences supérieures à 2 % au sein de l'ensemble des sites où le RQC a été implanté au Québec depuis 1999 (Gélinas et al., 2005). Toutefois, il faut noter que le type d'intervention « Crise » a été enregistré au moins une fois auprès du tiers des clients.

⁷ Bien que la cotation exacte de l'occurrence du « Faire avec/Travail-école » est de 0,5 % pour rendre compte que seulement 9,6 % des clients ont enregistré au moins un RQC à ce croisement.

⁸ Bien que des analyses plus poussées au niveau des clients suivis par la clinique de psychogériatrie laisse entrevoir une proportion plus grande de clients ayant fait l'objet d'un « Faire avec/Santé physique ».

Intensité des contacts

En pratique, l'intensité du suivi varie non seulement d'un client à l'autre, mais également au niveau du suivi lui-même au fil des mois. Ainsi, certains clients ou leurs proches peuvent faire l'objet de contacts réguliers très courts et espacés dans le temps alors que d'autres nécessitent de la part de l'agent SIM d'être vus au moins pratiquement à toutes les semaines, tout en exigeant de prendre contact régulièrement avec les autres membres de l'équipe de soins ou des personnes significatives de leur entourage pour consolider et encadrer le suivi. De plus, certains clients peuvent présenter des besoins peu ou très importants au début ou à n'importe quel autre moment du suivi (pour résoudre une problématique clinique ou sociale) pour finalement nécessiter seulement quelques contacts de relance entre ces périodes intenses de suivi. Dans la mesure où le SIM offre des services personnalisés, il est normal du point de vue des agents SIM d'enregistrer des variations importantes sur le plan individuel dans l'intensité requise pour suivre leurs clients, autant aux niveaux de leurs besoins et de l'historique du suivi.

Cela étant précisé, il importe de comprendre que l'évaluation d'un programme de suivi intensif passe par la mesure de l'intensité moyenne qui en émerge globalement et non par la description de toutes les trajectoires individuelles des clients suivis. Les agents SIM ont enregistré 46 225 RQC auprès de 644 clients entre le 18 octobre 1999 et le 31 décembre 2001. De cette base de données, on a extrait 17 233 RQC reflétant le suivi de 249 clients constituant notre échantillon. Pour des raisons méthodologiques, on a retenu une période de 12 mois de suivi continu pour chacun des clients à partir du premier RQC enregistré. Malgré des dates différentes reflétant le début et la fin de la collecte de ces données, 78,7 % de ces 249 clients ont été suivis pendant 52 semaines entre le premier et le dernier RQC enregistré alors que 21,3 % ont été suivis pour des périodes allant de 12 à 51 semaines. Tous les clients sans exception rencontraient le critère d'avoir été suivi durant au moins 2 mois et la période des clients ayant une durée de suivi inférieure à 12 mois reflétait la durée enregistrée dans le registre du programme. Ainsi, le dénominateur commun utilisé pour calculer la moyenne hebdomadaire du nombre de contacts et de la durée totale cumulée correspondait au nombre de semaines de suivi qui allait de 12 à 52 semaines et non au nombre de semaines où au moins un contact avait été enregistré. Ce dernier point est important sur le plan méthodologique pour tenir compte à la fois des pics et des pauses caractérisant le suivi au niveau individuel pour permettre d'appliquer une règle homogène mesurant le travail global requis au niveau du programme pour suivre l'ensemble des clients et pour apprécier le niveau d'intensité requis dans une perspective longitudinale.

Les résultats indiquent que la moyenne hebdomadaire du nombre de contacts par client s'élève à 1,43 (écart-type = 0,85) représentant une moyenne hebdomadaire de la durée totale cumulée de 76,82 minutes (écart-type = 46,44). Bref, l'intensité hebdomadaire moyenne requise pour suivre 249 clients du point de vue de l'ensemble du programme est de 1,43 contacts représentant l'équivalent en pratique d'une durée totale cumulée d'une heure et quart par semaine. À première vue, ce résultat peut surprendre, mais il faut prendre note que seulement 4 clients sur 249 ont été vus à toutes les semaines et que la moyenne obtenue est projetée sur tous les clients sans exception.

Comme les écart-types au sein de ces distributions indiquent une variabilité importante, cet indicateur statistique laisse entrevoir que derrière cette moyenne globale il y a des clients dont le suivi peut être qualifié de faible, de moyenne ou de forte intensité. Bien que la dimension de la moyenne hebdomadaire du nombre de contacts requis constitue un indicateur important dans la conduite de l'évaluation des programmes PACT⁹ (McGrew & Bond, 1997), on a fait le choix à l'instar de Durbin et al. (1997) de considérer la dimension de la moyenne de la durée totale cumulée pour identifier trois grands groupes de clients au niveau de la mesure de l'intensité du suivi étant donné que c'est cette dimension qui témoigne le mieux de l'énergie requise pour suivre les clients dans le contexte d'un suivi intensif s'actualisant sur la base d'une charge individuelle de travail. En effet, les données recueillies avec le RQC indiquent que malgré la

⁹ Ces derniers ayant à rencontrer la norme d'une moyenne hebdomadaire par client de 4 contacts représentant une durée totale cumulée de 2 heures (Phillips et al., 2001).

présence de quelques agents ayant à remplacer le personnel régulier et de quelques clients ayant été vus par plus d'un agent SIM, les RQC enregistrés auprès de 63,9 % des 249 clients de notre échantillon l'ont été par un seul agent SIM exclusivement, ce pourcentage grimpant à 87,5 % si l'on inclut les clients dont 90 % et plus des RQC ont été enregistré par le même agent SIM.

Ainsi, 15 % des clients présentent une moyenne hebdomadaire d'une durée totale cumulée supérieure à 2 heures (forte intensité), 43 % des clients présentent une moyenne hebdomadaire d'une durée totale cumulée se situant entre 1 et 2 heures (moyenne intensité) et 42 % des clients présentent une moyenne hebdomadaire d'une durée totale cumulée inférieure à 1 heure (faible intensité). À l'évidence, cette dernière proportion de clients ayant reçu un suivi de faible intensité a eu un certain impact sur l'établissement de la moyenne attribuée à l'ensemble du programme.

Bref, ces proportions reflètent une tendance de fond pour évaluer globalement l'un des aspects du programme envisagé dans son ensemble à l'aide d'un instrument ayant été validé avec succès et le soutien continu des agents SIM (Gélinas et al., 2005). Ces résultats peuvent aisément être comparés avec ceux émergeant des écrits même si de nombreuses différences et difficultés méthodologiques subsistent entre les différentes grilles de contacts utilisées à travers le monde occidental (Fiander et al., 2003). En effet, Brekke et Test (1987) ont enregistré une moyenne hebdomadaire de 4,28 contacts représentant 2,99 heures durant la première année du suivi de leurs clients par le *Training in Community Living*, cette moyenne chutant à 2,82 contacts représentant 1,88 heures lors de la deuxième année du suivi pour ensuite décroître à 2,11 contacts représentant 1,33 heures à la cinquième année du suivi. Par ailleurs, Björkman et al. (2002) affirment que les *Case Managers* de leur programme élaboré en Suède sur la base d'un très faible ratio entre clients et agents s'inspirant du *Strengths Model Case Management* rapportent offrir à leurs clients durant les 18 premiers mois du suivi une moyenne de 1,45 contacts directs représentant une durée totale de 1,9 heures par semaine. Certes, il faut interpréter ces données en termes d'ordre de grandeur et non comme des valeurs absolues. Mais il semble que la tendance de fond qui émerge de la mesure de l'intensité globale se révélant dans le programme SIM de HLHL est beaucoup plus proche du pôle du *Case Management* intensif que de celle du modèle PACT.

Alliance thérapeutique entre intervenants SIM et usagers

L'alliance thérapeutique est le facteur clé de la relation entre le thérapeute et le patient et n'est pas sans influencer la nature et l'intensité des contacts entre les agents SIM et leurs clients. Dans la présente recherche, sa mesure, à l'aide du *Working Alliance Inventory* (Horvath & Greenberg, 1986), a permis de tenir compte de la qualité de la collaboration entre l'intervenant et l'usager. Ce questionnaire comprend trois sous échelles qui mesurent : 1) comment les buts sont mutuellement endossés par l'intervenant et l'usager, 2) l'accord sur les tâches à accomplir et 3) les liens à développer qui feront en sorte de générer la confiance et l'acceptation entre l'intervenant et l'usager. Le questionnaire d'alliance thérapeutique, attribué aux intervenants et aux usagers à deux temps de mesure (T_1 et T_2), est basé sur une échelle de cotation allant de 1 (bas niveau) à 7 (haut niveau) qui peut atteindre un score total de 252. Les résultats indiquent que l'alliance thérapeutique, selon la perception des usagers, est demeurée élevée et statistiquement la même entre T_1 (moyenne = 215,97 ; écart-type = 21,85) et T_2 (moyenne = 215,29 ; écart-type = 26,96) pour ce qui est du score total et des scores dimensionnels (but, tâche et lien). Évaluée selon le point de vue des intervenants, l'alliance thérapeutique perçue par ces derniers est aussi demeurée élevée et statistiquement la même entre T_1 (moyenne = 212,59 ; écart-type = 22,60) et T_2 (moyenne = 211,51 ; écart-type = 28,17) pour ce qui est du score total et des scores dimensionnels (but, tâche et lien) et a été significativement corrélée avec celle des usagers aux T_1 et T_2 pour ce qui est du score total et des trois échelles individuelles ($p < 0,01$). Par contre, les usagers percevaient une alliance thérapeutique significativement plus élevée avec leurs intervenants que le contraire au T_1 ($t = 4,06$, $p < 0,001$) et au T_2 ($t = 3,84$, $p < 0,001$) pour ce qui est des buts du traitement. On peut alors se demander si l'importance accordée aux interventions de type « Discuter » relevées précédemment avec le RQC peut expliquer cette différence entre les usagers et les intervenants. C'est ce que l'examen qualitatif des bénéfices pour les usagers présenté dans la section suivante pourrait révéler.

Résumé

Les résultats obtenus avec le RQC indiquent que le programme SIM de l'HLHL s'est effectivement déployé dans le milieu de vie des usagers suivis ; 71 % des contacts représentant 87% de la durée totale cumulée de tous les contacts enregistrés par les intervenants de SIM se produisent *in vivo*, ces données pouvant se comparer aisément avec les résultats obtenus historiquement à Madison lors de l'évaluation spécifique de cette dimension au sein du premier PACT (Brekke & Test, 1987 ; Test, 1998). De plus, les fréquences globales obtenues au niveau des types d'intervention illustrent que la pratique des intervenants de SIM ne s'actualise pas en vase clos puisque 21% des contacts enregistrés impliquent la présence d'un autre membre de l'équipe de soins et 32 % des contacts enregistrés impliquent la présence d'un citoyen, d'un autre intervenant au sens large (tels que le pharmacien, l'infirmière du CLSC ou le fonctionnaire de la sécurité du revenu) ou d'un membre de la famille. A priori, ces indicateurs laissent entrevoir que le programme s'est effectivement déployé selon certains principes s'inscrivant dans une perspective de continuité, de liaison et de coordination des soins consolidant le traitement dispensé et la pratique de la réadaptation et de la réhabilitation déployées dans le milieu de vie des clients, tel qu'il était stipulé dans le document fondateur du programme SIM (Ally et al., 1998), rejoignant en cela certains aspects du modèle PACT (Test, 1998).

La mesure de l'intensité requise du point de vue de l'ensemble du programme laisse toutefois entrevoir que le programme SIM s'éloigne considérablement des normes propres au modèle PACT à l'égard de cette dimension spécifique. Les résultats indiquent que les usagers suivis par le programme SIM font l'objet d'une moyenne hebdomadaire de 1,4 contacts représentant l'équivalent d'une durée totale cumulée d'une heure et quart par semaine, alors que la norme propre au modèle PACT est d'une moyenne hebdomadaire globale par usager de 4 contacts représentant une durée totale cumulée de 2 heures (Phillips et al., 2001). En fait, seulement 15 % de la clientèle suivie ferait l'objet d'un suivi dont les contacts représenteraient une durée totale cumulée de 2 heures et plus. De plus, certaines sphères spécifiques faisant l'objet d'une intervention impliquant une supervision étroite (médication) ou un accompagnement *in vivo* (soutien au travail ou aux études) enregistrent des valeurs qui suggèrent que ces interventions ne sont pas déployées massivement au sein du programme SIM alors que ces interventions sont au cœur de l'articulation du modèle PACT original (Test, 1998). Dans cette optique, les dimensions spécifiques évaluées par l'emploi du RQC laissent entrevoir que la pratique des intervenants SIM converge plutôt vers le *Case Management* intensif au sens large, ce dernier ayant tendance à incorporer plusieurs dimensions propres à l'*Assertive Community Treatment* (ACT), d'autant plus que le suivi est déployé sur la base d'une charge individuelle de travail (Gélinas, 1998 ; Mueser et al., 1998 ; Rapp, 1998). Enfin, la perception de la qualité de l'alliance thérapeutique entre les usagers et les intervenants semble excellente et similaire pour ces derniers et le demeure entre les deux temps de mesure de l'étude.

En somme, il est primordial de prendre en considération toutes les dimensions évaluées dans le présent rapport car l'examen des caractéristiques et du processus de l'intervention ne permet pas à lui seul d'apprécier le contexte, les résultats obtenus et la portée du programme évalué.

Bénéfices pour les usagers

Le suivi intensif dans la communauté s'adresse aux personnes présentant des troubles mentaux graves, difficiles à rejoindre ou à maintenir dans un programme de traitement traditionnel et présentant une détérioration marquée au plan de leur fonctionnement social et de leurs habiletés de vie quotidienne (Drake, 1998 ; Mueser et al., 1998). Toutefois, ce groupe cible ne forme pas une population homogène au plan de leur condition psychiatrique, de la gravité de leur maladie et de leur fonctionnement social. Aussi, tel que démontré à la première section de ce rapport, les bénéfices que retirent les usagers d'un programme tel que le SIM sont variables. Des bénéfices clairs ont été identifiés au plan de la satisfaction, de la stabilité résidentielle et de l'employabilité. Cependant, en ce qui a trait à l'amélioration de la condition psychiatrique, du fonctionnement social et de la qualité de vie, les avantages des programmes sont plus mitigés. De plus, même si l'on reconnaît que les grands utilisateurs des services profiteraient davantage de ce type de programme, les diverses caractéristiques de la clientèle, pour qui les programmes sont les plus bénéfiques, demeurent encore peu définies (Drake, 1998). Or, afin de mieux identifier les bénéfices liés au SIM et pour comprendre pourquoi certains usagers bénéficient ou non de ce programme, on a conjugué à l'approche classique de recherche quantitative, utilisée dans les recherches antérieures, une approche qualitative visant à analyser la trajectoire d'un sous échantillon d'usagers permettant ainsi d'identifier les facteurs liés à leur évolution.

Devis et échantillon

Cette portion de l'étude repose sur un devis de recherche mixte longitudinal alliant une approche quantitative et qualitative ; elle s'est déroulée dans les sept cliniques de secteur de l'HLHL entre octobre 1999 et décembre 2001 pour la partie quantitative et une année plus tard pour la partie qualitative. Le volet quantitatif de cette portion de l'étude visait à préciser la nature du changement chez les usagers suivis par le SIM au plan de leur symptomatologie, leur fonctionnement social et leur qualité de vie entre la première et deuxième année de suivi. Pour sa part, le volet qualitatif visait à explorer en profondeur l'évolution d'un sous échantillon d'usagers afin de décrire leur trajectoire durant leur suivi par le SIM et d'identifier certaines de leurs caractéristiques ou facteurs liés à leur évolution.

La population formant le bassin de recrutement (N = 617) était constituée de l'ensemble des usagers ayant été inscrits au SIM entre avril 1998 et octobre 2000. Parmi ces 617 usagers, 401 étaient éligibles, c'est-à-dire qu'ils devaient avoir été suivis pour une période d'au moins deux mois dans le SIM entre le début avril 1998 et la fin de décembre 2001, et parmi ces personnes éligibles, 249 usagers ont accepté de participer au Temps 1 et, un an plus tard, au Temps 2 du projet.

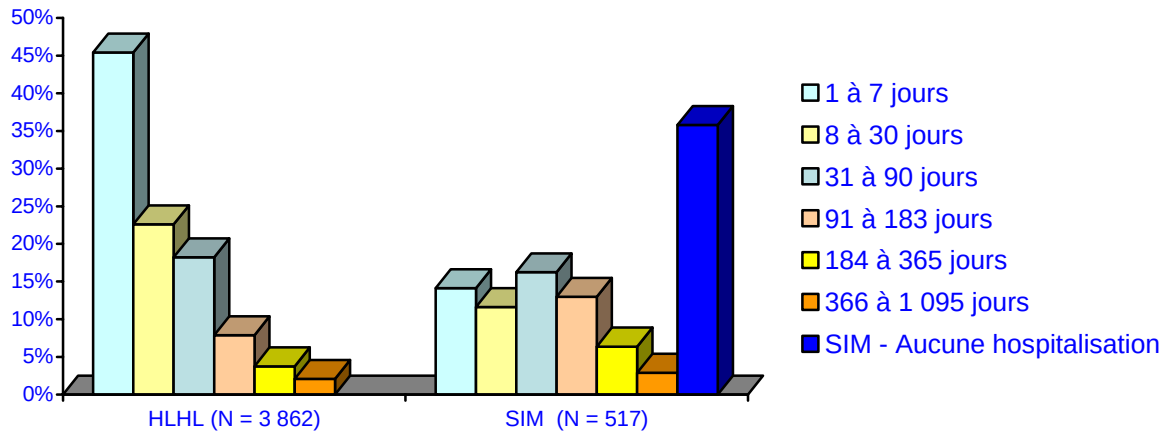
Le Tableau 4 ci-après présente des informations plus détaillées sur leurs caractéristiques sociodémographiques et cliniques. Il faut noter que cet échantillon est constitué de personnes âgées de 22 à 91 ans (moyenne = 52,7 ans), majoritairement de sexe féminin (71,1 %), plus du quart âgés de 65 ans et plus (25,3 %) et présentant pour la plupart des troubles psychotiques (45 %) et de l'humeur (30 %).

Tableau 4 : Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des usagers du SIM (N = 249)

	%
Sexe	
Hommes	28,9
Femmes	71,1
Âge	
22-39 ans	21,7
40-49 ans	24,5
50-64 ans	28,5
65 ans ou plus	25,3
Origine ethnique	
Nord américaine ou européenne	92,8
Autre	7,2
Langue usuelle	
Français	95,6
Anglais	2,0
Autre	2,4
Scolarité	
Nombre total d'années de scolarité	
Primaire non complété	10,3
Primaire complété et secondaire non complété	44,6
Secondaire complété	20,2
Études collégiales ou universitaires	24,9
Nombre d'enfants	
Aucun	44,8
1 ou plus	55,2
Lieu de résidence	
Appartement autonome (domicile privé)	90,2
Appartement supervisé	3,7
Résidence pour personnes âgées	2,3
Résidence d'accueil	1,4
Autre	2,4
Suivi SIM ou PSA	
SIM	81,1
Programme de suivi aux appartements (PSA)	18,9
Diagnostic	
Troubles mentaux organiques	6,0
Troubles délirants, psychotiques	45,4
Trouble de l'humeur	30,1
Troubles anxieux	11,2
Troubles de la personnalité	4,0
Toxicomanie	1,2
Autres troubles	2,0
Âge de la 1 ^{ère} consultation en psychiatrie (min = 5 ; max = 96 ; moy = 33,8 ; é-t = 18,1)	
5-19 ans	22,1
20-29 ans	28,9
30-39 ans	22,1
40 ans et plus	27,0
Âge de la 1 ^{ère} hospitalisation en psychiatrie (min = 5 ; max = 96 ; moy = 35,3 ; é-t = 18,5)	
5-19 ans	18,7
20-29 ans	28,0
30-39 ans	23,1
40 ans et plus	30,2
Hospitalisation antérieure au SIM	
Oui	83,5
Non	16,5

Le profil de l'hospitalisation est précisé et comparé dans le Graphique 3 ci-dessous.

Graphique 3 : Pourcentages des usagers ayant eu un séjour hospitalier à l'HLHL en 1996-1997-1998 et pour l'ensemble des usagers de SIM dans les trois ans précédant leur entrée dans le programme (données sur 517 usagers de SIM)



Plus de 35 % des usagers de SIM n'avaient pas connu d'hospitalisation. Parmi les usagers de l'HLHL ayant été hospitalisés dans les services de courte durée pendant cette période, près de 35 % avaient connu plus d'un mois d'hospitalisation et 12 % plus de 3 mois d'hospitalisation, soit près de 155 usagers par an.

Instruments de mesure

Six instruments de mesure furent attribués aux usagers participant à cette étude. Quatre d'entre eux ont été complétés par l'intervenant principal de l'utilisateur : un questionnaire concernant des informations sociodémographiques et cliniques, deux outils évaluant les symptômes psychiatriques et le fonctionnement psychosocial qui sont l'HoNOS (*Health of the Nation Outcome Scales*) et le MCAS (*Multnomah Community Ability Scale*) et le Relevé de la consommation d'alcool et de drogues. Les deux autres instruments ont été remplis par les usagers avec l'assistance de l'intervenant au besoin : le Questionnaire de la qualité de vie Wisconsin et un questionnaire de satisfaction des usagers face aux services de santé mentale.

Méthodes d'analyse

Les analyses effectuées dans ce volet de l'étude étaient, d'une part, descriptives pour dresser un profil des réponses des usagers aux deux temps de mesures. D'autre part, des analyses comparatives, des tests t pour mesures appariées et des tests Wilcoxon pour proportions, ont permis d'évaluer l'évolution des usagers selon les instruments de mesure présentés ci-dessus entre la première année et la deuxième année du SIM à l'HLHL.

Partant, des résultats à ces questionnaires, un sous échantillon de 36 usagers fut constitué en identifiant les extrêmes, c'est-à-dire les personnes qui présentaient à partir des réponses aux questionnaires de symptomatologie et de qualité de vie, les changements les plus positifs ($n = 10$) et les plus négatifs ($n = 10$). Un troisième groupe, pour sa part, a été formé à partir des personnes qui ne présentaient, à partir des réponses à ces questionnaires, aucun changement significatif entre les deux temps de mesure ($n = 16$). Des entrevues semi structurées ont été réalisées auprès des intervenants responsables de ces usagers afin d'obtenir leur point de vue sur la nature de l'évolution de leur patients et sur les facteurs liés à leur évolution. Il est à noter que les intervenants ignoraient à quels sous groupes appartenaient les usagers. Ces entrevues ont été enregistrées et retranscrites intégralement. L'analyse des entrevues a été réalisée en prenant compte de la dimension temporelle du suivi et en considérant trois phases, soit l'entrée des usagers dans le suivi, le suivi lui-même et la fin du suivi. Ces trois grandes catégories d'analyse comportaient des

sous catégories, permettant de raffiner l'analyse, soit : 1) les conditions de départ des usagers ; 2) le contexte du suivi incluant la réponse de l'utilisateur, celle de leur réseau et les interventions ; et (3) la condition générale des usagers à la fin du suivi comparativement à son début, permettant ainsi d'identifier s'il y avait eu amélioration, détérioration ou maintien de leur condition de santé mentale.

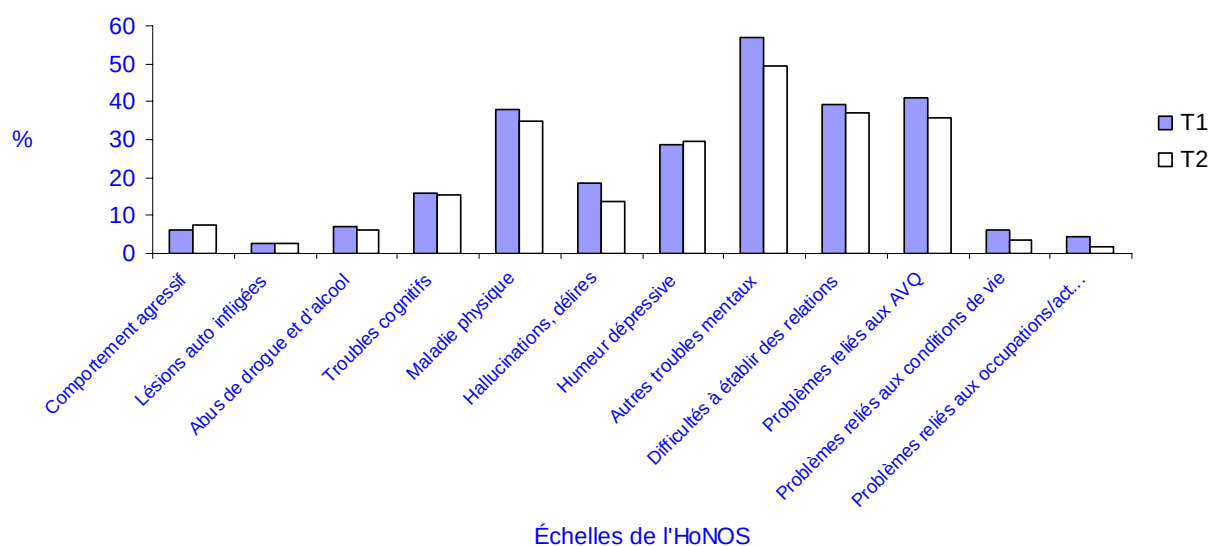
Résultats

Volet quantitatif

Pour évaluer l'évolution de la condition psychiatrique des usagers à l'aide du questionnaire HoNOS, deux stratégies furent adoptées : 1) la comparaison des pourcentages d'utilisateurs cotant deux ou plus (un tel score se réfère à un niveau de problème modéré, important ou grave) aux différentes dimensions de l'HoNOS aux T₁ et T₂ et 2) la comparaison des scores moyens aux T₁ et T₂ pour chaque énoncé, pour le score global et pour le nombre d'énoncés sur 12 ayant une cote de deux ou plus. La première approche donne un aperçu de l'évolution quant à la prévalence ou la proportion d'utilisateurs aux prises avec une problématique sérieuse, tandis que la deuxième approche donne un aperçu de l'évolution en ce qui a trait aux tendances centrales observées.

Le Graphique 4 présente les proportions des utilisateurs ayant obtenu des cotes de deux ou plus sur les échelles de l'HoNOS.

Graphique 4 : Proportions des utilisateurs cotant 2 ou plus (problème modéré, important ou grave) sur les 12 échelles de l'HoNOS



Au T₁, plus de la moitié (56,7 %) des utilisateurs se retrouvent dans la catégorie « autre trouble de santé mental », 41 % présentent des problèmes liés aux activités de la vie quotidienne, 39,1 % éprouvent des difficultés à établir des relations sociales, 38,1 % souffrent de problèmes de santé physique et 28,5 % sont pris avec des problèmes d'humeur dépressive. Ces proportions apparaissent relativement similaires au T₂ sauf dans deux cas, notamment au niveau des autres troubles mentaux qui diminuent significativement à 49,4 % et au niveau des problèmes liés aux occupations et aux activités qui passent de 4,5 % à 1,6 %. La distribution de l'énoncé, « autres troubles mentaux », montre qu'il s'agit en grande partie de problèmes liés à l'anxiété (50,3 % au T₁ et 49,7 % au T₂).

On peut constater selon le Tableau 5, pour ce qui est des scores moyens de chaque énoncé et de leurs statistiques comparatives sur les échelles de l'HoNOS, une diminution significative de l'intensité des troubles liés aux occupations et aux activités, des « autres problèmes mentaux » et des problèmes liés à la condition de vie. Pendant qu'aucun écart significatif n'est apparu au niveau du score global de l'HoNOS

entre les deux temps de mesure, un tel écart significatif s'est révélé au niveau du nombre d'énoncés (sur 12) ayant un score de deux ou plus signifiant une baisse du nombre de problèmes sérieux une année après le suivi dans le SIM.

Tableau 5 : Statistiques descriptives et tests de comparaison des usagers du SIM sur l'HoNOS (N = 249)

	T ₁		T ₂		Test t
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type	
1. Comportement agressif	0,36	0,64	0,43	0,63	1,5
2. Lésions auto infligées	0,17	0,56	0,12	0,41	-1,4
3. Abus de drogue et d'alcool	0,29	0,84	0,24	0,66	-1,2
4. Troubles cognitifs	0,69	0,88	0,62	0,88	-1,3
5. Maladie physique	1,18	1,42	1,15	1,29	-0,3
6. Hallucinations, délires	0,61	1,17	0,52	0,97	-1,3
7. Humeur dépressive	1,02	1,05	1,02	1,09	-0,1
8. Autres troubles mentaux (anxiété)	1,83	1,72	1,52	1,12	-2,8 **
9. Difficultés à établir des relations sociales	1,27	1,28	1,19	1,19	-0,9
10. Problèmes reliés aux AVQ	1,20	1,12	1,12	1,20	-1,0
11. Problèmes reliés aux conditions de vie	0,36	0,72	0,26	0,61	-2,2 *
12. Problèmes reliés aux occupations/activités	0,37	1,15	0,15	0,40	-3,0 **
Score global	0,78	0,50	0,73	0,47	1,6
Nombre d'énoncés cotés 2 ou plus	2,62	2,01	2,35	1,91	-2,1 *

* p < 0,05 ; ** p < 0,01

Le Tableau 6 présente les scores moyens et leurs statistiques comparatives aux échelles évaluant le fonctionnement social des usagers (MCAS). Si l'on se réfère au barème des échelles, allant de 0 (aucun problème) à 4 (problème très grave), on peut constater que les scores moyens sont relativement bas indiquant la présence de problèmes relativement légers sur ce plan. De plus, une diminution significative des scores apparaît entre T₁ et T₂ au niveau des problèmes de compétences sociales, des problèmes de comportement et de la difficulté globale de fonctionnement indiquant une amélioration dans ce domaine.

Tableau 6 : Statistiques descriptives et tests de comparaison des usagers du SIM sur le MCAS (N = 249)

	T ₁		T ₂		Test t
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type	
1. Obstacles au fonctionnement	0,88	0,74	0,84	0,70	-0,9
2. Adaptation à la vie quotidienne	1,15	0,91	1,13	0,95	-0,4
3. Compétences sociales	1,43	0,68	1,33	0,77	-2,6 **
4. Problèmes de comportement	0,51	0,65	0,44	0,60	-2,1 *
5. Fonctionnement global	0,99	0,57	0,94	0,57	-2,2 *

* p < 0,05; ** p < 0,01

Au niveau de la consommation d'alcool aux T₁ et T₂, 62 % des usagers sont décrits comme abstinentes, 31 % en font une consommation non problématique, plus de 4 % en abusent et près de 2 % présentent une dépendance modérée. Pour ce qui concerne les drogues aux T₁ et T₂, 88 % des usagers sont décrits comme abstinentes, plus de 8 % en font une consommation non problématique, moins de 4 % en abusent et moins de 1 % présentent une dépendance modérée.

Au plan de la qualité de vie, les résultats détaillés sont présentés au Tableau 7 ci-dessous. Les scores aux échelles de qualité de vie Wisconsin peuvent varier entre -3 (très bas niveau de fonctionnement ou de satisfaction) et +3 (très haut niveau de fonctionnement ou de satisfaction) avec le score de 0 représentant une perception plutôt neutre. Deux échelles sont par contre unipolaires : l'échelle de bien-être psychologique qui varie entre 0 (absence totale de bien-être) et 3 (très haut niveau de bien-être) et inversement, l'échelle de détresse psychologique qui varie entre -3 (très haut niveau de détresse) et 0 (absence totale de

détresse). Pour les quatre premières échelles, on observe des niveaux positifs ou modérés de satisfaction au T₁, variant de 1,30 à 1,59, en ce qui concerne le bien-être psychologique, les symptômes, la satisfaction face aux domaines de la vie, ainsi que la satisfaction face aux relations sociales. Ensuite, on constate des niveaux relativement faibles pour les AVQ, la satisfaction face à l'argent et la santé physique et un niveau modéré de détresse au niveau psychologique. Les résultats sont relativement similaires au T₂ à l'exception du bien-être psychologique qui se détériore et de la satisfaction face aux relations sociales qui s'améliore.

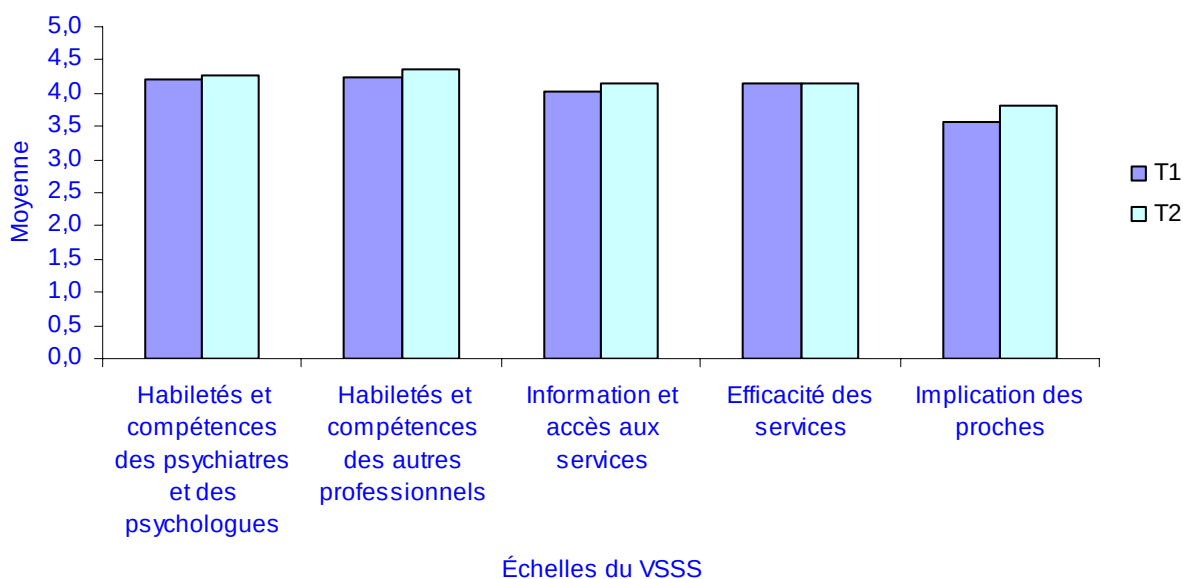
Tableau 7 : Statistiques descriptives et tests de comparaison des usagers du SIM sur les échelles de qualité de vie Wisconsin (N = 249)

	T ₁		T ₂		Test t
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type	
1. Bien-être psychologique	1,59	0,91	1,37	0,91	-3,1 **
2. Symptômes	1,34	1,50	1,40	1,51	0,7
3. Satisfaction face aux domaines de la vie	1,32	1,04	1,31	1,09	-0,1
4. Satisfaction face aux relations sociales	1,30	1,34	1,52	1,27	2,7 **
5. Niveau de fonctionnement dans les AVQ	0,80	0,25	0,79	0,30	-0,6
6. Satisfaction face à l'argent	0,56	1,73	0,72	1,62	1,6
7. Santé physique	-0,02	1,76	-0,01	1,82	-0,4
8. Détresse psychologique	-1,25	0,92	-1,17	1,02	1,2

** p < 0,01

Le Graphique 5 présente les scores moyens de satisfaction sur les échelles du *Verona Service Satisfaction Scale* (VSSS/F-54).

Graphique 5 : Moyennes des scores de satisfaction face aux services



En ce qui a trait à la satisfaction des usagers faces aux services de santé mentale on observe aux T₁ et T₂, comme le démontrent le Graphique 4 et le Tableau 8, des scores moyens au dessus de 4 (plutôt satisfait) au niveau des habiletés et compétences des autres professionnels, des habiletés et compétences des psychiatres et psychologues, de l'efficacité des services et de l'information et accès aux services. Avec un score moyen inférieur à 4, la satisfaction face à l'implication des proches se trouve à mi-chemin entre une

perception plutôt satisfaisante et neutre. La satisfaction augmente significativement entre T₁ et T₂ dans le cas de l'information et accès aux services, de l'implication des proches et des habiletés et compétences des autres professionnels.

Tableau 8 : Statistiques descriptives et tests de comparaison des usagers du SIM sur le VSSS (N = 249)

	T1		T2		Test t
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type	
1. Habiletés et compétences des psychiatres et des psychologues	4,22	0,63	4,27	0,72	1,0
2. Habiletés et compétences des autres professionnels	4,24	0,60	4,37	0,63	3,0 **
3. Information et accès aux services	4,01	0,69	4,16	0,66	3,5 ***
4. Efficacité des services	4,16	0,63	4,15	0,74	-0,2
5. Implication des proches	3,56	1,01	3,80	0,97	3,3 ***

** p < 0,01 ; *** p < 0,001

Volet qualitatif

Suite à la reconstruction des trajectoires, l'analyse de contenu a permis d'identifier 20 usagers qui avaient évolué favorablement, 10 d'entre eux qui présentaient une condition stable et 6 autres qui s'étaient détériorés. Les résultats de cette analyse révèlent d'abord que l'évolution des usagers suit une trajectoire non linéaire, idiosyncrasique et pouvant être ponctuée par des périodes de fluctuations diverses. De plus, on observe que même si certains aspects de la condition de santé de l'utilisateur peuvent s'améliorer, d'autres demeurent stables ou se détériorent. Également, certains changements, tels que rapportés par les intervenants, sont très subtils et de prime abord peuvent apparaître peu significatifs. Par ailleurs, en plus d'éclairer de façon nuancée la variabilité et la subtilité des changements observés, cette analyse qualitative met en évidence la réalité complexe et dynamique d'un ensemble de facteurs qui interviennent pour influencer ou pour moduler considérablement l'évolution de l'utilisateur suivi dans le SIM. En effet, ces facteurs caractérisent un contexte de prise en charge complexe : émergent non seulement des caractéristiques propres des usagers suivis dans le SIM et de leur réseau social, mais le fait qu'elles sont étroitement reliées à certains événements de leur vie, à la disponibilité des ressources appropriées dans leur milieu, à la nature des interventions mises en place dans le SIM et à la qualité de l'alliance thérapeutique entre les usagers et les intervenants qui a été décrite dans une section précédente.

Caractéristiques du suivi et des usagers dont la condition de santé s'est améliorée

Les usagers ayant davantage profité du SIM (n = 20) présentaient, au début du suivi, un profil de besoins complexes caractérisé par une condition psychiatrique peu stable à laquelle pouvait s'ajouter des problèmes de toxicomanie et de santé physique, ainsi que des conditions de vie difficiles. Toutefois, en dépit de ces besoins complexes, la motivation de l'utilisateur à se prendre en main pour éviter de revivre des expériences traumatisantes comme les ré-hospitalisations, ainsi que le désir de vivre en appartement et de prendre une distance en regard de leur statut de malade mental, semblent avoir constitué l'un des facteurs déterminants de leur évolution. Ainsi, la détermination de l'utilisateur à améliorer sa santé physique (ex. : diabète, cancer), à obtenir un traitement adéquat (ex. : insuline, soulagement de la douleur) et à résoudre des difficultés psychosociales majeures (ex. : soins des enfants) découlant des problèmes de santé mentale et de comorbidité qui sont autant des éléments de motivation qui constituent la toile de fond sur laquelle viennent se greffer les interventions du SIM. Dans ce contexte, il semble que les interventions mises en place par l'intervenant ont eu plus d'emprise que dans les deux autres groupes, soit pour mobiliser l'utilisateur ainsi que sa motivation de modifier ses habitudes de santé, agir sur ses conditions de vie ou intervenir auprès de son réseau social. De plus, il est intéressant de noter que dans ce groupe, les intervenants semblent avoir eu plus de facilité à décrire leurs interventions et à identifier les facteurs liés à une évolution positive de l'utilisateur. En ce qui a trait aux caractéristiques des interventions relevées dans ce groupe, on observe que leur efficacité thérapeutique est étroitement liée à la sensibilité et au jugement

clinique de l'intervenant, ainsi qu'à sa créativité et à sa flexibilité dans les approches qu'il utilise auprès des usagers suivis. Par exemple, même si les motifs de référence au SIM et les objectifs de départ peuvent être précisés par le médecin ou par l'équipe traitante, on peut observer que la justesse du jugement clinique de l'intervenant pour réaliser l'évaluation initiale des besoins de l'utilisateur constitue un élément clé du suivi. Cette évaluation permet non seulement une analyse et une compréhension approfondie de l'ensemble de la situation de l'utilisateur, mais facilite l'établissement des priorités d'intervention dans un contexte où les besoins sont complexes et les demandes multiples.

L'intervention dans le milieu de vie de l'utilisateur dépasse largement les cadres thérapeutiques traditionnels et comporte de nombreux avantages dont celui de permettre des interventions plus directes et immédiates par rapport aux sources de difficulté des usagers. Toutefois, le suivi dans ce contexte moins structuré est exigeant et son succès semble être lié à la détermination et à la persévérance des intervenants, ainsi qu'à leur capacité d'être proactif et créatif. Une perception positive de l'utilisateur et la présence d'espoir permet d'anticiper certaines situations, même lorsque les solutions ne sont pas évidentes ou que l'utilisateur est réticent à accepter les services du SIM. De plus, la créativité de l'intervenant dans sa recherche de stratégies d'intervention, de même que dans le choix du moment opportun et dans la façon de les appliquer, ressortent également comme des facteurs contribuant à l'évolution positive des usagers suivis. Par exemple, il ne s'agit pas seulement d'instaurer un pilulier ou de faire de l'enseignement sur la médication pour s'assurer que l'utilisateur respectera son traitement. Il importe d'identifier le moment où il est plus réceptif à recevoir cet enseignement et la façon d'aborder cette question afin de respecter son rythme et ses choix. Enfin, l'un des aspects importants dans le processus de l'intervention est la capacité de l'intervenant, en collaboration avec l'utilisateur, le réseau social et les ressources communautaires, à trouver des solutions individualisées pour diminuer les sources de stress et préserver ce fragile équilibre entre les capacités de l'utilisateur et les sources de stress inhérents au maintien d'une vie autonome dans la communauté.

Caractéristiques du suivi et des usagers dont la condition de santé est demeurée stable

Dans ce deuxième groupe d'utilisateurs ($n = 10$), les intervenants ne relatent pas de changements significatifs à l'état de santé mentale mais plutôt une stabilisation ou un maintien des acquis. L'analyse des données permet d'identifier trois sous-groupes de personnes. Dans les deux premiers, les conditions de départ difficiles sont articulées autour des problèmes chroniques de santé mentale ou de santé physique. Ces problématiques structurent les conditions de vie de ces usagers et introduisent des difficultés dans leurs relations interpersonnelles, affectant leur fonctionnement social et la réalisation de tâches liés à leur maintien dans la communauté. De plus, dans ces deux premiers sous-groupes, on observe une inadéquation entre les objectifs du suivi qui sont peu réalistes compte tenu de la nature des problématiques présentées par les usagers au début du suivi. Ce qui distingue principalement ces deux sous-groupes c'est la présence ou non de réévaluation qui est faite par l'intervenant des objectifs du suivi pour tenir compte du contexte et des ressources de ces usagers. Dans le premier sous-groupe, la remise en question des objectifs du suivi permettant de mieux tenir compte de la condition de santé de l'utilisateur et de ses ressources va amener ces derniers à prendre des décisions majeures en regard de leur contexte de vie. Par exemple, ces décisions ont trait aux situations maritales et familiales et sont adoptées en regard d'un milieu de vie extrêmement problématique. Les conséquences de ces décisions vont permettre à ces usagers de vivre dans des conditions plus adaptées à leur condition générale. Par exemple, un utilisateur se sentant incapable de continuer à affronter les sources de stress présentes dans sa vie, décide de rompre son mariage, de placer ses enfants et de vivre en appartement supervisé. Une autre qui désire se séparer de son conjoint, ne le fera pas en raison des pertes importantes qu'elle se sent incapable d'assumer. Or, si le cheminement des usagers dans le suivi n'a mené à aucun changement majeur, il a toutefois conduit à une évaluation plus approfondie de leur condition générale dans le respect de leurs capacités et leur a permis de conserver certains acquis.

Pour ce qui est du deuxième sous-groupe, même si la nature des conditions de départ de ces usagers et la requête de l'équipe ne concorde pas avec le cadre des objectifs du SIM, ceux-ci ne font pas l'objet de questionnement ou de réévaluation par l'intervenant. En effet, leurs besoins se traduisent par des besoins

d'accompagnement et de soutien, malgré la présence d'un réseau social important, de moyens économiques confortables et d'une assiduité à la médication. Malgré certaines améliorations dans la reprise des activités de ces usagers, les intervenants observent la persistance du sentiment d'anxiété ou des troubles dépressifs, ce qui perturbe la trajectoire de ces usagers et place les intervenants en situation d'impuissance.

Contrairement aux deux sous-groupes précédents, l'acuité des problèmes de santé mentale se présentant sous la forme de troubles de la personnalité ou de schizophrénie paranoïde, n'est pas aussi marquée. Ainsi, les conditions de départ qui nécessitant la prise en charge étaient plutôt associées aux grandes difficultés de ces usagers à remplir leurs obligations quotidiennes comme la gestion des tâches domestiques et financières et l'assiduité à la médication. Par exemple, en plus de répondre au besoin d'une aide afin de se loger de manière convenable, il était nécessaire d'intervenir pour faciliter le maintien des quelques acquis en début de suivi afin de préserver une certaine qualité de vie. Dans cette perspective, les intervenants ont surtout tenté de renforcer certains acquis tel que la reconnaissance des symptômes des troubles de santé mentale, la présence d'un soutien familial ou encore la réprobation de la consommation d'alcool ou de drogue. Toutefois, au cours du suivi, les intervenants observent que même si le contact a pu s'établir avec les usagers et que les conditions du suivi sont discutées, la condition mentale de ces derniers affecte leur collaboration au suivi. Par exemple, un usager abuse du suivi sans vraiment en profiter et ne respecte pas les conditions liées au suivi ce qui conduit à la fermeture de son dossier. Pour d'autres, la relation avec l'intervenant se poursuit sur un fond de méfiance, nécessitant des précisions constantes quant aux objectifs du suivi permettant peu d'emprise à l'acquisition de nouveaux apprentissages.

Enfin, de façon générale, on observe dans ce groupe qui est demeuré stable, que la nature du processus de l'intervention entre l'intervenant et l'utilisateur est peu documentée, si bien qu'il est difficile d'identifier clairement certains facteurs spécifiques liés à leur trajectoire. On peut émettre l'hypothèse que dans ce groupe, l'alliance thérapeutique serait la plus faible; elle serait même plus faible que dans le groupe d'utilisateurs qui ont présenté une détérioration de leur condition, et ce, en raison des diverses observations que nous avons relevées.

Contexte du suivi des usagers dont la condition de santé s'est détérioré

En ce qui concerne le troisième groupe d'utilisateurs ($n = 6$) dont la condition de santé s'est détériorée, le suivi s'est soldé soit par la mort de ces derniers ($n = 2$) ou par leur placement définitif en milieu institutionnel. Il faut souligner que les conditions de départ de ces utilisateurs en début de suivi sont caractérisées par une combinaison de facteurs au plan socio-économique, de leur santé physique et mentale et de leur contexte de vie qui contribuent à créer un profil de besoins complexes et très importants : condition psychiatrique peu stabilisée ou réfractaire au traitement pharmacologique, problèmes de santé physique chroniques, conditions de vie insalubres liées à une pauvreté extrême, absence d'un réseau de soutien, violence, vieillissement, etc. De plus, il faut souligner l'âge moyen de plus de 65 ans de ce groupe, une caractéristique qui ne constitue pas un problème en soi, mais qui se conjugue à d'autres facteurs et comporte de multiples répercussions dans l'évolution de leur suivi. Par exemple, il faut noter que la mobilité réduite de ces personnes réduit leur contact avec la communauté ainsi que le désinvestissement du réseau de soutien qui, après de nombreuses années investies dans le soin de leur proche, tend à prendre une certaine distance, à être beaucoup moins présent, contribuant à accentuer l'isolement social déjà important de ces utilisateurs.

Toutefois, il faut souligner que la trajectoire de ce groupe d'utilisateurs se fait en deux temps. Premièrement, la prise en charge de ces derniers par l'intervenant de SIM conduit à une amélioration de leur condition. Par exemple, chez la plupart des utilisateurs formant ce groupe (5 sur 6), ces améliorations se traduisent par une plus grande adhésion à la médication, un isolement moindre, l'amélioration de leurs conditions de vie, de leurs habitudes de santé et des AVQ et, parfois même, à une stabilisation des symptômes psychiatriques. Toutefois, l'analyse du contexte du suivi révèle que l'équilibre entre les ressources de l'utilisateur et les sources de stress demeure extrêmement fragile et constitue un défi majeur au déroulement du suivi. En effet, on constate que dès qu'un événement survient, tel qu'une détérioration de la santé

physique, un conflit plus important dans le réseau, une diminution des services, le départ de l'intervenant en vacances ou une décision qui va à l'encontre des désirs de l'utilisateur, il s'ensuit une détérioration importante de sa condition; une détérioration qui semble s'installer à plus long terme. À cet égard, il importe de souligner que les usagers faisant partie de cette trajectoire semblent présenter un profil particulier du fait que leur réseau de soutien est soit inexistant, soit conflictuel ou problématique au plan de la santé mentale. Bien que ce réseau fragilisé puisse procurer une certaine aide, on constate que lorsque les besoins de l'utilisateur deviennent plus importants, les membres du réseau se retirent ou encore deviennent une source de difficultés (violence, rejet, problème de santé mentale) qui s'ajoutent aux autres sources de stress pour contribuer à la détérioration de l'utilisateur suivi. Également, les usagers dans ce groupe (5 sur 6) présentent d'importants problèmes de santé physique juxtaposés à des problèmes de santé mentale qui, au cours du suivi, s'accroissent et contribuent à la détérioration de leur condition mentale.

En somme, les usagers de ce groupe ont des besoins très importants au niveau de l'assistance instrumentale, du suivi étroit de la médication, des soins par rapport à leur santé physique, du soutien psychologique et des ressources communautaires. Il semble donc que l'ampleur et l'intensité des besoins de ce groupe d'utilisateurs font appel à une diversité, à une complexité, à une intensité et à une continuité de services qu'il était, pour diverses raisons, difficile d'offrir de façon soutenue et à long terme dans le contexte du SIM. En fait, on peut penser que même en présence d'une alliance thérapeutique souvent positive, la complexité des besoins de l'utilisateur dépasse largement la capacité de l'intervenant et des ressources du milieu à offrir les services requis. En effet, bien que le manque de collaboration ou la rupture dans la relation avec les intervenants ait été souligné à quelques reprises pour ce groupe d'utilisateurs, il semble difficile d'associer cette détérioration uniquement aux difficultés dans l'établissement et au maintien de l'alliance thérapeutique.

Résumé

Les personnes qui ont été suivies par le SIM sont majoritairement des femmes d'âge moyen bien que plus du quart d'entre-elles ont 65 ans ou plus ; ces personnes présentent principalement des problèmes d'ordre psychotique et affectif majeur. Au T₁, la fréquence des problèmes modérés ou graves liés à la symptomatologie, au fonctionnement social, à la qualité de vie et à l'abus de substances et de drogues est relativement peu élevée. Les domaines où les problèmes sont les plus importants sont ceux liés aux troubles de l'anxiété, au stress, aux activités de la vie quotidienne et aux relations sociales ; plus du tiers des usagers y présentent des problèmes plus accentués. Après une année de suivi dans le SIM, les résultats montrent clairement une réduction des problèmes d'intensité dite modérée, importante ou grave au plan de l'anxiété, des problèmes liés à la condition de vie et de ceux liés aux occupations et aux activités. Les résultats concernant le fonctionnement social indiquent une amélioration globale significative influencée surtout par des changements au plan des compétences sociales et une amélioration des problèmes de comportement.

Au plan de la qualité de vie des usagers, les résultats peuvent apparaître quelque peu paradoxaux. Alors que la satisfaction face aux relations sociales s'améliore significativement après une année de suivi, on observe que le bien-être psychologique diminue et que les autres dimensions de la qualité de vie demeurent inchangées. Par ailleurs, les usagers inscrits au SIM sont en général très satisfaits des services de santé mentale qu'ils reçoivent et ce niveau de satisfaction se maintient et même évolue favorablement en ce qui a trait aux habiletés et aux compétences des autres professionnels, à l'implication des proches et à l'information et à l'accès reliés aux services.

L'analyse de la trajectoire des personnes suivies met en évidence le fait que l'évolution des usagers ne suit pas une trajectoire simple et linéaire ; même si certains aspects de la condition de santé de l'utilisateur peuvent s'améliorer, d'autres demeurent stables ou se détériorent. Également, certains changements sont très subtils et de prime abord peuvent apparaître peu significatifs. Cette analyse met en évidence la réalité complexe et dynamique d'un ensemble de facteurs qui modulent considérablement l'évolution de l'utilisateur suivie par le SIM. La motivation de l'utilisateur, sa détermination, sa capacité à établir une alliance thérapeutique, l'accessibilité et l'ouverture de son réseau de soutien, ses événements de vie, sa santé physique, sa réponse aux traitements pharmacologiques, son âge et ses ressources socioéconomiques sont autant de conditions qui déterminent un équilibre plus ou moins fragile influençant l'issue du suivi. Ces conditions entrent en interaction avec les caractéristiques des interventions mises en place par les intervenants et il faut constater comment la clarté et l'adéquation des objectifs du suivi, le jugement clinique de l'intervenant, sa créativité et sa persévérance permettent ou non de préserver ce fragile équilibre et influencent à leur tour la nature de l'évolution de la condition de santé de l'utilisateur.

Bénéfices pour les proches

À l'origine des programmes de type PACT, la participation des proches au traitement des personnes suivies ne fut pas considérée comme un objectif prépondérant, ce modèle mettant davantage l'accent sur la « séparation constructive de la personne et de sa famille » (Burns & Santos, 1995 ; McFarlane, Stastny & Deakins, 1992). Ce constat peut expliquer le fait que les retombées du PACT sur les proches ont été très peu étudiées. Tel que présenté dans le contexte théorique, les quelques études disponibles rapportent un effet comparable des programmes de type PACT et de *Case Management* sur l'allègement du fardeau et de la satisfaction des proches. Ces études démontrent également que ces modèles sont supérieurs au suivi traditionnel dans la communauté (clinique externe) pour ce qui est de ces variables. Par ailleurs, il faut noter que ces études présentent des limites importantes notamment en regard du nombre de participants, des outils utilisés et quant à l'impact de ces programmes sur le bien-être et la détresse émotionnelle des proches, dimension qu'on a jugé importante de prendre en compte dans la présente étude.

Devis et échantillon

Un devis longitudinal alliant une approche quantitative et qualitative avec deux temps de mesure a été utilisé pour ce volet de l'étude. La collecte des données a été réalisée, au temps T₁, entre février 2000 et février 2001 auprès de 87 proches. Au temps T₂, réalisé entre mars 2001 et février 2002, 75 proches ont accepté de nouveau de participer à l'étude. L'échantillon des proches a été constitué en identifiant, parmi les 249 usagers participant à l'étude, ceux qui recevaient un soutien régulier d'un membre de leur famille ou d'une personne significative. Ils furent identifiés par les intervenants et ont accepté que l'on contacte leurs proches. À partir de 101 usagers ainsi identifiés, 98 proches ont été contactés par téléphone. Parmi ces personnes, 4 ont refusé de participer et 7 ne répondaient pas aux critères d'inclusion de l'étude. Au T₂, un taux de participation de 85 % a été obtenu : 9 proches ont refusé de participer et 3 autres n'ont pas pu être rejoints. Le Tableau 9 ci-dessous présente les caractéristiques sociodémographiques détaillées des proches. Il faut souligner que ces derniers sont âgés de 19 à 83 ans (moyenne = 52 ans) et que plus des deux tiers sont de sexe féminin. Dans 96,6 % des cas, le proche représente la personne qui procure le plus de soutien à l'usager, et dans 72,4 % des cas il se dit très impliqué auprès de l'usager. La fréquence des contacts varie entre tous les jours (39,1 %) et moins d'une fois par semaine (11,5 %). Le quart des proches cohabitent avec les usagers et leurs liens de parenté se répartissent de façon similaire entre parents (24,1 %), frères ou sœurs (24,1 %) ou enfants des usagers (23,0 %).

Tableau 9 : Caractéristiques sociodémographiques des proches des usagers (N = 87)

	N	%
Sexe		
Masculin	29	33,3
Féminin	58	66,7
Âge		
Moins de 30 ans	5	5,7
31 à 40 ans	11	12,6
41 à 50 ans	28	32,2
51 à 60 ans	19	21,8
61 ans ou plus	24	27,6
Statut civil		
Marié(e) / conjoint(e) de fait	49	56,3
Divorcé(e) / séparé(e)	17	19,5
Célibataire	12	13,8
Veuf / veuve	9	10,3
Groupe ethnique		
Canadiens français	75	86,2
Canadiens anglais	1	1,1
Autres	11	12,6
Scolarité		
Primaire	12	13,8
Secondaire	35	40,2
Collégial (en partie ou complété)	19	21,8
Universitaire (en partie ou complété)	21	24,2
Emploi rémunéré		
Aucun	40	46,0
Temps partiel	38	43,7
Temps plein	9	10,3
Revenu familial		
Moins de \$10 000	6	6,9
10 000 \$ à 19 999 \$	16	18,4
20 000 \$ à 29 999 \$	20	23,0
30 000 \$ à 39 999 \$	16	18,4
40 000 \$ à 49 999 \$	6	6,9
50 000 \$ ou plus	23	26,4

Instruments de mesure

Trois instruments auto administrés furent complétés par les proches. Le fardeau des proches fut évalué à l'aide de la version abrégée du *Family Burden Interview Schedule* (FBIS-SF), leur détresse émotionnelle à l'aide de l'Indice de détresse psychologique utilisée pour l'enquête de Santé-Québec (IDPESQ) et leur satisfaction face aux services offerts à l'aide de la version famille du *Verona Service Satisfaction Scale* (VSSS/F-54) dont les caractéristiques sont présentées à la fin de ce rapport. Ce dernier questionnaire fut complété avec deux questions ouvertes invitant les proches à décrire ce qu'ils ont le plus et le moins aimé de leur expérience avec les services de santé.

Résultats

Volet quantitatif

Le Tableau 10 ci-dessous présente les résultats descriptifs et comparatifs aux T₁ et T₂ pour les échelles du fardeau des proches, de leur détresse psychologique et de leur satisfaction face aux services. On

peut constater que les scores moyens du fardeau objectif au T₁ sont très bas, variant de 0,18 à 0,76 sur une échelle variant de 0 (absence de fardeau) à 4 (fardeau perçu et ressenti tous les jours), indiquant ainsi que les proches rapportent très peu d'effets concrets liés à la maladie de la personne suivie dans le SIM. De plus, on n'observe pas de modification significative de ce fardeau entre les deux temps de mesure.

Tableau 10 : Résultats descriptifs et comparatifs sur les échelles de fardeau des proches, de leur détresse psychologique et de leur satisfaction face aux services (N = 87)

	Min - Max théorique	T ₁		T ₂		Test t
		Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type	
Fardeau						
Fardeau objectif						
Fardeau des AVQ	0 - 4	0,76	0,72	0,71	0,81	- 0,5
Fardeau de supervision	0 - 4	0,18	0,30	0,22	0,35	1,0
Fardeau financier	0 - 4	0,57	1,22	0,51	1,14	- 0,5
Impact sur la routine	0 - 4	0,38	0,66	0,47	0,96	0,9
Fardeau subjectif						
Fardeau des AVQ	0 - 3	0,28	0,37	0,35	0,47	1,3
Fardeau de supervision	0 - 3	0,22	0,35	0,25	0,38	0,6
Inquiétudes	0 - 4	2,19	0,82	2,27	0,91	1,0
Réactions affectives négatives	1 - 5	2,20	0,87	2,17	0,94	- 0,4
Fardeau dépassant les capacités	1 - 5	2,10	1,25	2,01	1,18	- 0,7
Attitude des professionnels	1 - 4	1,79	0,55	1,98	0,66	2,1 *
Stigmatisation	0 - 1	0,16	0,19	0,19	0,22	1,4
Bénéfices						
Bénéfices	0 - 4	1,13	0,81	1,01	0,91	- 1,4
Gratifications	1 - 5	4,26	0,77	4,09	0,80	- 1,8
Détresse psychologique	0 - 100	18,58	14,73	21,86	16,58	2,1 *
Satisfaction face aux services						
Compétences des psychiatres et des psychologues	1 - 5	4,18	0,58	4,00	0,70	- 2,4 *
Compétences des autres professionnels	1 - 5	4,27	0,65	4,11	0,70	- 2,0 *
Accès et information	1 - 5	3,36	0,80	3,17	0,94	- 1,8
Efficacité des services	1 - 5	3,78	0,70	3,72	0,86	- 0,8
Implication des proches	1 - 5	3,39	1,06	3,08	1,19	- 2,6 **

* p < 0,05 ; ** p < 0,01

En ce qui a trait aux dimensions du fardeau subjectif, on constate que ce sont les aspects liés aux inquiétudes, aux réactions négatives et au sentiment d'être dépassé par la condition de santé de l'utilisateur qui présentent les scores les plus élevés aux deux temps de mesure. Ces résultats indiquent que les proches ont fréquemment des inquiétudes face à la sécurité de l'utilisateur, au type de soins et d'aide qu'il reçoit, à sa vie sociale, à son avenir, à sa santé physique et à ses conditions de vie ou à son autonomie. Également, ces proches reconnaissent que le fait d'avoir à soutenir une personne présentant un problème de santé mentale les amène à vivre de l'ambivalence ou des sentiments négatifs tels que la déception, la colère, l'irritabilité et l'embarras. Enfin, près du tiers des proches considèrent que le fardeau lié à leur rôle de personne soutien ou d'aidant dépasse leurs capacités. Ces aspects du fardeau subjectif demeurent inchangés entre les deux temps de mesure. Les trois autres dimensions du fardeau subjectif, soit ceux liées aux AVQ, à la supervision et à la stigmatisation, ont toutes des scores moyens très faibles, indiquant qu'elles ne semblent pas présenter de problème particulier.

Les résultats à ce questionnaire de fardeau suggèrent également que les proches ont une perception plutôt positive de l'attitude des professionnels. Le score moyen de 1,79 à cette échelle indique que les

proches sont en général plutôt en accord avec les énoncés décrivant des attitudes positives des professionnels (intérêt, respect, information, disponibilité) et plutôt en désaccord avec les énoncés décrivant des attitudes négatives. Toutefois, au T₂, on observe une perception un peu moins positive des proches face à ces derniers ; une baisse significative qui peut s'expliquer surtout par une perception moins positive de leur disponibilité et de la durée du suivi.

Pour ce qui est des deux mesures de bénéfices par rapport au fardeau, seule celle concernant les gratifications, aux T₁ et T₂, se traduit par un score élevé reflétant le fait que les proches apprécient d'être en compagnie des usagers, estimant que ceux-ci occupent une place importante dans leur vie tout en étant fier d'eux, heureux d'accomplir des tâches pour eux, ainsi qu'heureux grâce à leur présence. À l'inverse, le score se rapportant aux bénéfices concrets est plutôt faible, indiquant le peu d'aide concrète apportée par les usagers au plan instrumental ou émotionnel.

Le résultat issu de l'échelle de détresse psychologique au T₁ indique que les proches obtiennent un score moyen de 18,58, se situant au-dessus du score moyen de la population québécoise non institutionnalisée qui est de 16,2 (Boyer et al., 1993). Si l'on considère le seuil critique de 26,2, représentant la limite inférieure du niveau de détresse chez les personnes souffrant de détresse psychologique sévère, 30% des proches sont ainsi identifiés comparativement à 20 % dans la population générale. Le score moyen de détresse passe à 21,86 au T₂ : une augmentation significative de la détresse psychologique avec le pourcentage de proches ayant un niveau élevé de détresse (score > 26,2) augmentant à 38 %.

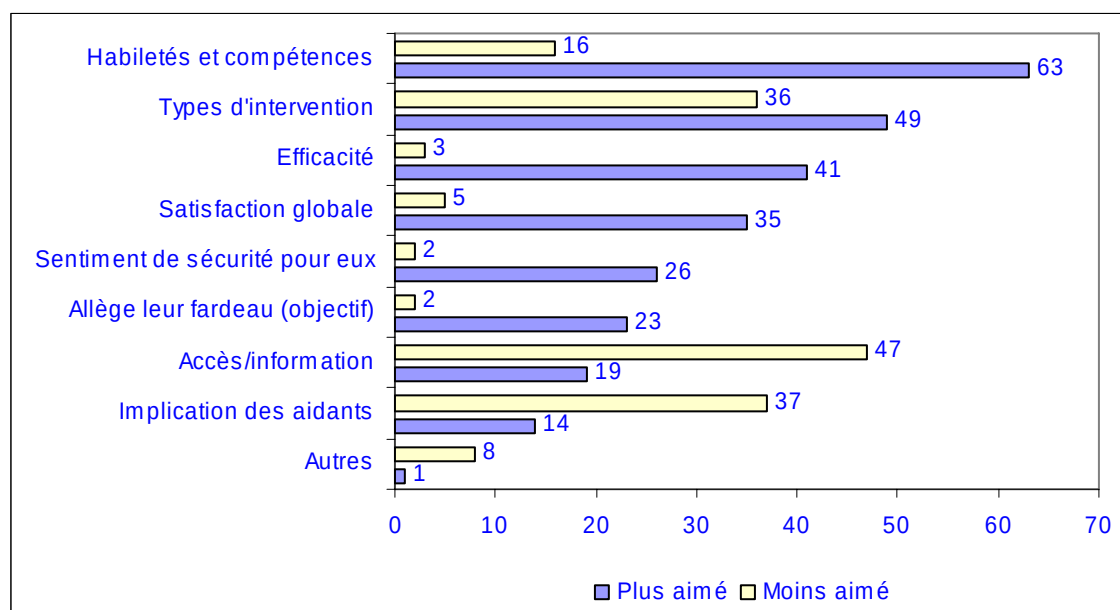
Afin d'apprécier les résultats du *Verona Service Satisfaction Scale*, il faut noter que cet outil de mesure de type Likert permet de situer le niveau de satisfaction sur une échelle variant de 1 (très mauvaise satisfaction) à 5 (excellente satisfaction), un score de 3 indiquant une satisfaction mixte. Au T₁, avec des scores moyens allant de 4,16 à 4,26, la satisfaction des proches face aux habiletés et compétence des psychiatres, psychologues et autres professionnels semble très bonne.

La satisfaction des proches face à l'efficacité des services semble plus mitigée. Le score moyen de 3,78 à cet égard indique une perception qui paraît un peu plus satisfaisante qu'ambivalente (mixte). Enfin, les perceptions semblent plus ambivalentes à l'égard de l'accès à l'information (moyenne = 3,36) et quant à leur propre implication dans les services (moyenne = 3,39). Par contre, il faut constater qu'au T₂ de l'étude, on assiste à des changements significatifs dans le sens d'une détérioration de la satisfaction notamment en ce qui a trait à la satisfaction face aux compétences des psychiatres, des psychologues et des autres professionnels et à l'implication des proches dans les services de santé mentale, ce qui ne concorde pas avec la vision des usagers. Aucun changement significatif n'est ressorti au niveau de la satisfaction face à l'accès à l'information ou à l'efficacité des services.

Volet qualitatif

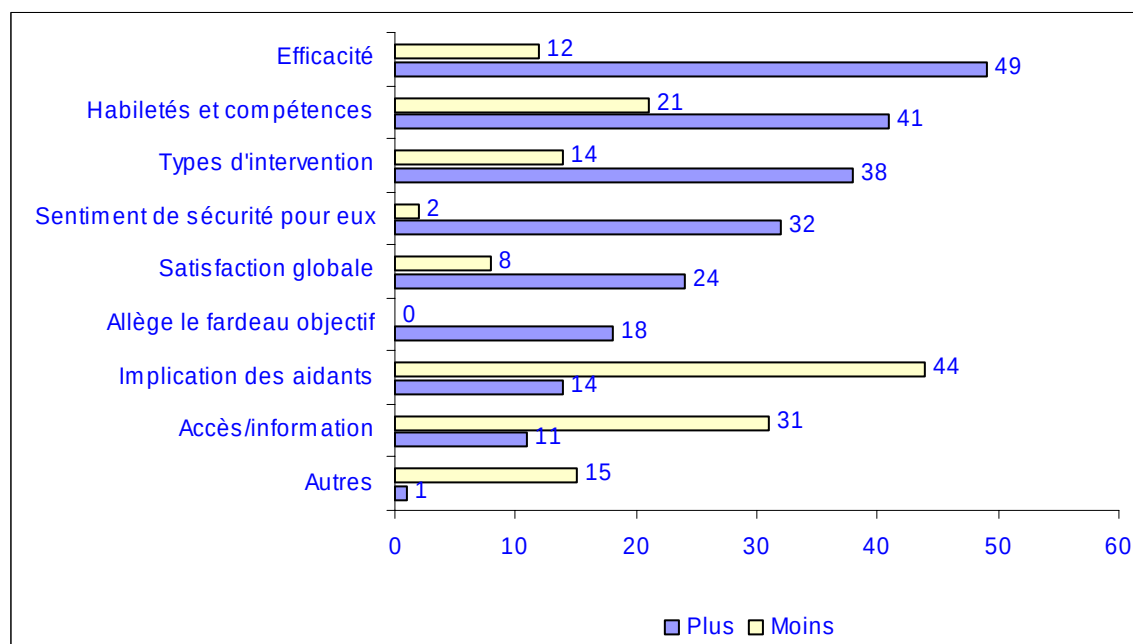
À la fin du questionnaire de satisfaction des proches envers les services (VSSS/F54), deux questions ouvertes les invitaient à décrire ce qu'ils ont le plus aimé et ce qu'ils ont le moins aimé de leur expérience avec les services de santé mentale durant la dernière année dans le but d'explorer certaines perceptions à l'égard des services que le questionnaire structuré ne permettait pas de capter (Ruggeri & Dall'Agnola, 1993). Les propos des proches ont été enregistrés, retranscrits, analysés et codés en unités de signification (voir Beauvais, 2002) pour de plus amples détails sur la procédure d'analyse qualitative). Une unité de signification représente les commentaires d'un proche sur l'une ou l'autre des dimensions retenues. Les fréquences de ces unités de signification sont présentées dans les Graphiques 6 et 7 suivants.

Graphique 6 : Distribution de fréquence des unités de signification des données qualitatives au T₁ provenant des propos des proches (N = 85)



Total des unités = 427 (positif = 271 ; négatif = 156)

Graphique 7 : Distribution de fréquence des unités de signification des données qualitatives au T₂ provenant des propos des proches (N = 74)



Total des unités = 375 (positif = 228 ; négatif = 147)

Au T₁, 427 unités de signification ont été codées dont la grande majorité (271) représente des perceptions positives des proches face aux services. Un peu plus du tiers des unités de signification (156) relève des aspects qu'ils ont le moins appréciés des services. Au T₂, un total de 375 unités de signification ont été co-

dées, dont 228 relèvent de commentaires positifs et 147 font état de remarques négatives face aux services. Compte tenu qu'il y avait moins de proches qui avaient participé au2, on doit considérer que la proportion de commentaires positifs et négatifs aux deux temps de mesure demeure passablement similaire. Dans ce qui suit, sont présentés des extraits des propos des proches, permettant d'apprécier la teneur de leurs commentaires positifs et négatifs face à chaque dimension des services et plus spécifiquement concernant le SIM.

Au plan de la dimension des attitudes et des compétences des professionnels, les proches apprécient *« l'alliance entre l'utilisateur et l'intervenant du SIM... l'énergie que l'intervenant met pour aider l'usage »*... Ils qualifient les intervenants *« d'anges mis sur leur chemin et celui de l'utilisateur... »*. Parmi ces commentaires positifs, 18 proches ont souligné que la régularité du suivi pour l'utilisateur est un aspect qu'ils apprécient des intervenants du programme SIM. Des expressions telles que *« c'est un rappel pour l'utilisateur... le fait qu'il sait qu'il aura de la visite l'encourage à bien tenir son appartement... »* démontrent que le suivi dans le milieu de vie est apprécié. À cette dimension, les commentaires négatifs concernent certaines réactions des professionnels lors de situations où ils ont dû se présenter à l'urgence avec l'utilisateur. D'autres proches déplorent l'attitude des psychiatres envers eux et envers les usagers. De plus, quelques-uns perçoivent que la relation n'est pas satisfaisante entre l'intervenant du programme SIM et les usagers. Toutefois, ils mentionnent qu'ils n'osent pas intervenir par crainte de diminution des services.

Au plan de la dimension des types d'intervention, l'expression telle que *« des services comme ceux du SIM auraient dû exister depuis longtemps »* démontre une grande satisfaction envers le programme SIM. Plusieurs services destinés aux personnes suivies dans le SIM sont appréciés, entre autres, *« l'aide pour gérer le budget... l'accompagnement pour faire l'épicerie... l'aide pour déménager lorsque cela est nécessaire... la surveillance de la prise des médicaments... »*. Parmi les commentaires qui génèrent de l'insatisfaction dans cette dimension, les proches déplorent assez fréquemment *« le manque d'activités de loisirs organisées par l'hôpital »*. Les proches sont préoccupés par l'inactivité des usagers et par la qualité de vie de ces derniers. Pour d'autres, c'est *« le manque d'aide pour trouver un emploi »* ou encore *« le manque d'hébergement approprié »* qui constitue une source d'insatisfaction. D'ailleurs, c'est davantage l'absence de service que l'insatisfaction envers les services qui ressort dans les commentaires négatifs dans cette dimension.

En ce qui a trait à l'efficacité des services, la quasi totalité des commentaires sont positifs. Les expressions, *« ils l'ont aidé à revenir comme avant... ça lui a évité l'hospitalisation... sa qualité de vie est améliorée... ça lui a redonné sa dignité... »*, témoignent de la perception d'efficacité des services pour les usagers. Pour eux, l'efficacité des services s'exprime en terme de : *« j'ai retrouvé mon rôle d'enfant vis-à-vis mon parent... je n'ai plus à le supporter dans les activités de la vie courante... nos rapports sont plus normaux... »*.

Au plan de la satisfaction globale envers les services, les proches donnent des commentaires dont la majorité est positive. Les expressions telles que *« tout est parfait... il n'y a redire de ce programme... »* ressortent fréquemment. Quelques commentaires révèlent des insatisfactions telles que *« le suivi n'est pas assez intensif... »* ou *« l'utilisateur devrait être hospitalisé »*.

Le sentiment de sécurité apporté aux proches par les services a fait l'objet en quasi totalité de commentaires positifs sur les effets bénéfiques du programme SIM pour eux. Les commentaires tels que *« c'est une sécurité pour toute la famille... ça enlève une tension... ça redonne la paix de l'esprit... ça permet de respirer... »* témoignent du soulagement apporté par le programme SIM. Seulement deux proches ont manifesté de l'inquiétude pour ce qui est de la sécurité financière de l'utilisateur et de leur peur qu'un usager soit mis sous curatelle si ce dernier ne pouvait pas tenir son budget.

Par ailleurs, l'allègement du fardeau objectif du proche est aussi un aspect bénéfique du programme soulevé par plus du quart des proches. Certains ont mentionné : *« on n'arriverait pas seul... ça m'a permis de garder l'utilisateur à la maison... on sent un partage avec l'intervenant... grâce au SIM, j'ai pu récupérer ma vie sociale »*. De plus, c'est une très petite minorité qui estime que le maintien dans le milieu de l'utilisateur est trop exigeant pour eux et leur donne un surplus de tâches.

La dimension concernant l'information et l'accessibilité recueille en majorité des perceptions négatives des services. Les principales sources d'insatisfaction concernent le manque « *d'information sur les traitements... sur les effets de la médication... sur l'évolution de la maladie de l'usager* ». D'autres proches ont manifesté qu'ils ne connaissaient pas les services offerts par le programme SIM. Les proches aimeraient également être renseignés sur les ressources existantes pour les usagers. Dans cette dimension, les commentaires positifs cités reflètent surtout leur perception de la disponibilité des l'intervenant : « *on sait qu'on peut compter sur lui s'il y a un problème... j'ai son numéro de téléavertisseur en cas de nécessité...* ».

La dimension d'implication des proches dans les services recueille également une majorité de perceptions négatives alors qu'un nombre plus faible de commentaires concernent leur satisfaction avec cette dimension. Les zones d'insatisfaction concernent surtout le manque de communication avec les intervenants sur le rôle qu'ils jouent comme proches. Des expressions telles que « *ils ne savent pas ce que je fais pour l'usager... ils ne m'appellent pas pour savoir ce que je pourrais faire de plus pour l'usager... j'aimerais savoir si j'agis bien...* » dénotent que certains d'entre eux ne perçoivent pas d'encouragement dans leur rôle de proche. Ils ont mentionné à plusieurs reprises qu'ils préféreraient être contactés et certains s'expriment ainsi : « *ce n'est pas à moi d'aller brasser à leur porte... quand ça va bien, on n'ose pas appeler... on ne veut pas les déranger... on sait qu'ils sont occupés...* ». Ces témoignages font part de leur désir d'être impliqués, mais également de leur peur de nuire. Parmi les commentaires positifs de cette dimension, les proches apprécient « *la considération des intervenants envers eux* » et le fait de pouvoir « *solliciter leur opinion... se sentir partie prenante du traitement* ».

Les unités de signification classées dans la dimension « autre » ont été plus difficiles à catégoriser ; elles sont presque toutes négatives. Voici quelques extraits de ces perceptions négatives : « *avant j'avais une bonne alliance avec l'usager. Depuis qu'il a un intervenant, il est plus distant... avant c'est moi qui lui donnait ses médicaments... ont-ils peur que je lui donne mal ses médicaments ?* ». D'autres commentaires concernent les conséquences négatives de la sectorisation des services de santé en regard du placement nécessaire pour l'usager.

Pour terminer, il faut mentionner que pour une quinzaine de proches, la personne qui était suivie au SIM avait reçu son congé de ce service au moment du T₂. Ce sous-groupe de proches ne semble pas présenter de différence notable au plan des diverses variables de satisfaction, de la détresse psychologique et du fardeau comparativement à l'ensemble du groupe de proches dont l'usager était encore suivi par le SIM.

Résumé

Cette étude a permis de rejoindre une variété de proches des usagers suivis dans le SIM ; ces proches leur procurent un soutien important et se disent être très impliqués dans la vie de l'utilisateur suivi par le SIM, notamment par une fréquence de contact élevée variant entre un à deux jours par semaine et tous les jours pour plus du tiers d'entre eux.

Le fardeau objectif apparaît peu élevé et similaire aux deux temps de mesure. Par contre, le niveau du fardeau subjectif est plutôt modéré, notamment au plan des inquiétudes face à la situation présente et au futur de la personne malade. Ce fardeau demeure le même tout au long de l'étude. La satisfaction face aux services de santé mentale est en général relativement élevée. Par contre, ce sont les dimensions, information, accès aux services et implication des proches qui indiquent un niveau de satisfaction plutôt mixte. De plus, les dimensions, implication des proches, compétences des psychiatres et des psychologues et compétences des autres professionnels diminuent d'une manière statistiquement significative au T₂ de l'étude.

Enfin, le tiers des proches présentent un niveau de détresse psychologique plus élevé que la population en général et celui-ci s'accroît au T₂ de la recherche. Cette proportion correspond aux pourcentages observés dans d'autres études québécoises réalisées auprès d'aidants naturels de personnes présentant des troubles mentaux graves (Ricard, Fortin & Bonin, 1995).

L'analyse des données qualitatives révèle une grande cohérence avec les données quantitatives pour ce qui est des commentaires positifs des proches face au SIM ; ils sont près de deux fois plus élevés que ceux démontrant de l'insatisfaction et ce, aux deux temps de mesure. Entre autres, les proches soulignent la qualité de la relation entre l'utilisateur et l'intervenant, le sentiment de sécurité, l'allègement du fardeau, le soutien et l'aide concrète découlant de l'implantation du SIM.

Retombées pour les intervenants

L'implantation d'un nouveau programme de soins dans la communauté tel que le SIM fait appel à de nombreux changements au plan de la philosophie de l'intervention, du renouvellement des rôles et des pratiques et de l'insertion d'intervenants dans de nouvelles équipes de soins, induisant inévitablement des facteurs de stress susceptibles d'influencer la santé des intervenants. Ces stressors proviennent également des caractéristiques de la clientèle et de la nécessité pour les intervenants de répondre simultanément à une multitude de besoins et de tâches dans un cadre d'intervention éclaté. Ces nouveaux contextes exigent donc un sens d'autonomie, d'initiative, de créativité, de polyvalence, de souplesse et de capacité à faire face à l'imprévu (Bond et al., 1991 ; Greenley, 1995 ; Witheridge, 1989). Toutefois, tel que démontré à la première section de ce rapport, les résultats de l'ensemble des études ne permettent pas de conclure sur l'impact réel des programmes se modelant sur le PACT ou sur le *Case Management*. En effet, il y a lieu de prendre davantage en compte de nombreux facteurs inhérents au contexte de travail et aux caractéristiques même des intervenants, facteurs qui peuvent agir comme des éléments de protection et diminuer les effets de stress sur la santé des de ces derniers. C'est pourquoi la présente étude s'est intéressée non seulement à l'épuisement professionnel des intervenants et à leur santé mentale, mais également à des variables telles leur satisfaction au travail, leur soutien au milieu de travail et leur motivation au travail.

Échantillon

L'échantillon de ce volet comprend les 28 intervenants SIM pour lesquels des données ont été récoltées aux T₁ et T₂ de l'étude. Durant cette portion de l'étude, allant d'avril 1999 à décembre 2001, 31 intervenants SIM ont travaillé dans les cliniques de secteur de l'hôpital. Trois d'entre eux, en raison de leur entrée tardive dans le SIM ou de leur sortie avant le T₂, n'ont pas fourni de réponses aux deux temps de mesure et furent retirés des analyses. L'échantillon donc comprend 28 intervenants SIM âgés de 26 à 60 ans (moyenne = 45,7 ans) dont les trois quarts sont de sexe féminin. Leur statut d'emploi est réparti de façon égale entre les infirmières et les éducateurs spécialisés. La majorité, soit 57,1 %, ont une formation collégiale et 42,9 % ont une formation universitaire. Les intervenants ont une expérience moyenne de 9,7 ans en soins de longue durée et de 6,2 ans en soins de courte durée (voir Tableau 11).

Tableau 11 : Caractéristiques socioprofessionnelles des intervenants (N = 28)

	Min	Max	Moyenne	Écart-type	N	%
Sexe						
Hommes					7	25,0
Femmes					21	75,0
Âge	26	60	45,7	5,9		
26-44 ans					11	39,3
45-60 ans					17	60,7
Profession						
Infirmier(ère)					14	50,0
Éducateur(trice) spécialisé(e)					14	50,0
Formation						
Collégial					16	57,1
Certificat universitaire					7	25,0
Premier cycle universitaire					4	14,3
Deuxième cycle universitaire					1	3,6
Nombre d'années d'expérience psychiatrique						
Soins de courte durée	0	22	6,2	7,4		
Soins de longue durée	0	24	9,7	7,6		
Clinique externe	0	2	0,3	0,6		
Suivi aux appartements (N = 8)	0	10	1,0	2,1		
Autre	1	20	5,3	5,3		
Total	2	27	17,2	7,0		

Instruments de mesure

Six instruments de mesure auto administrés furent utilisés pour ce volet de l'étude soit : 1) l'Échelle de satisfaction globale au travail, 2) l'Échelle de soutien en milieu de travail, 3) l'Échelle du *burnout* des professions d'aide, 4) l'Indice de détresse psychologique de l'enquête Santé-Québec, 5) l'Échelle de motivations au travail et 6) l'Échelle de bien-être psychologique.

Résultats

Le Tableau 12 ci-dessous présente quelques statistiques descriptives et comparatives sur les questionnaires attribuées aux intervenants aux T₁ et T₂. Les intervenants sont, aux deux temps de mesure, généralement satisfaits de leur travail et le demeure tout au long de l'étude. Ils perçoivent également un niveau élevé de soutien au travail de la part de leur supérieur et un niveau modéré par rapport à la cohésion avec leurs pairs. En fait, l'examen de la distribution des scores à l'échelle de cohésion au T₁ montre que 27 % des intervenants ont une impression plutôt défavorable quant à la cohésion entre les intervenants SIM. Les résultats obtenus au T₂ sont significativement corrélés à ceux du T₁, quoique sans différer de façon significative.

Tableau 12 : Résultats descriptifs et comparatifs sur les questionnaires attribués aux intervenants
(N = 28)

	T ₁		T ₂			
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type	r	t
Satisfaction globale au travail	5,46	0,85	5,43	1,12	0,33	-0,2
Soutien en milieu de travail						
Soutien du supérieur	3,40	0,44	3,25	0,44	0,49 *	-1,6
Cohésion avec ses pairs	2,84	0,58	2,95	0,47	0,73 ***	1,5
Épuisement professionnel						
Épuisement (intensité)	2,25	1,47	1,92	1,31	0,78 ***	-1,9
Épuisement (fréquence)	1,25	0,74	1,10	0,74	0,90 ***	-2,0 *
Accomplissement (intensité)	5,15	0,63	5,05	0,63	0,45 *	-0,9
Accomplissement (fréquence)	5,19	0,60	5,06	0,60	0,64 ***	-1,3
Détresse émotionnelle	13,27	11,19	10,03	10,48	0,76 ***	-2,3 *

* p < 0,05 ; *** p < 0,001

Les scores moyens pour l'intensité et pour la fréquence de l'épuisement professionnel aux T₁ et T₂ sont relativement bas, indiquant que les sentiments d'épuisement sont plutôt légers et surviennent en moyenne quelques fois par an. On peut noter, dans les deux cas, des corrélations significatives entre les résultats observés au T₁ et ceux observés au T₂. Cependant, une diminution significative est observée seulement pour la fréquence de l'épuisement. De plus, les scores moyens pour l'intensité et pour la fréquence de l'accomplissement professionnel aux T₁ et T₂ sont relativement élevés. Également, on constate des corrélations significatives entre les deux temps de mesure, mais aucune différence significative n'apparaît pour autant. Si on compare ces résultats à ceux de deux autres études, Major (1995) et Pelletier (1986), réalisées auprès d'infirmières œuvrant dans des unités de soins chirurgicales de courte durée dans la première étude (N = 95) et dans trois centres hospitaliers psychiatriques dans la deuxième étude (N = 107), les intervenants SIM ressentent moins d'épuisement professionnel que ce soit en termes de fréquence ou d'intensité par rapport aux deux groupes d'infirmières. Quant à leur sentiment d'accomplissement personnel dans leur travail, les intervenants SIM l'expriment plus fréquemment que leurs pairs, mais d'une manière modérée et à équidistance des deux moyennes des deux autres études québécoises.

En ce qui concerne la détresse émotionnelle, des niveaux plutôt bas sont observés aux T₁ (13,27) et T₂ (10,03). Ces valeurs se situent bien au-dessous du score moyen de la population québécoise non institutionnalisée (16,2) et encore beaucoup plus bas par rapport aux scores moyens (23,3 au T₁ ; 23,1 au T₂ ; 22,9 au T₃) d'échantillons d'infirmières francophones (N = 1 550 au T₁ ; N = 1 287 au T₂ ; N = 1 094 au T₃) œuvrant en gériatrie dans les centres hospitaliers et les centres d'accueil du Québec (Duquette et al., 1995). Le niveau de détresse au T₂ est significativement corrélé à celui du T₁ et indique une baisse significative. De plus, si l'on considère le seuil critique utilisé dans l'enquête Santé-Québec (Boyer et al., 1993) pour définir un niveau élevé de détresse (un score égal ou supérieur à 26,2), seulement 18 % des intervenants au T₁ et 10,7 % d'entre eux au T₂ peuvent être identifiés comme présentant un niveau élevé de détresse.

Les deux autres échelles, celle des motivations au travail et celle du bien-être psychologique, ont été attribuées qu'au T₂. Les résultats par rapport aux motivations au travail semblent témoigner d'un niveau plutôt élevé, mais aussi lorsque qu'on compare ces résultats à ceux rapportés par les auteurs de l'échelle pour différents groupes de professionnels (directeurs d'école, enseignants et personnel de soutien). Les présents résultats sont en fait supérieurs à ceux rapportés pour la moyenne de ces groupes d'employés. Enfin, les résultats par rapport au bien-être psychologique sont aussi très positifs avec des scores moyens allant de 4,04 (fréquemment) à 4,44 (presque toujours), suggérant que les intervenants présentent un niveau de bien-être élevé au T₂ de l'étude.

Résumé

Les intervenants sont principalement des femmes formées comme infirmières ou éducatrices spécialisées avec un niveau d'éducation collégial ou un certificat universitaire et dont l'expérience dans le domaine de la psychiatrie oscille autour de six ans pour les soins de courte durée et de dix ans pour ceux de longue durée.

Les intervenants éprouvent un niveau élevé de satisfaction au travail tout au long de l'étude. De plus, le soutien du supérieur en milieu de travail est perçu comme étant plutôt positif, alors que la cohésion entre les pairs semble moins élevée. Le niveau d'épuisement professionnel des intervenants est relativement bas et diminue significativement entre les deux temps de mesure alors que le sentiment d'accomplissement demeure élevé. Ce n'est que la minorité des intervenants qui présente de la détresse psychologique et cette proportion diminue significativement au T₂, demeurant bien au-dessous des valeurs de la population générale et de celles des autres professionnels. Au T₂, la motivation au travail et le bien-être psychologique des intervenants se situent à des niveaux plutôt élevés et sont supérieurs lorsque comparés à ceux rapportés pour d'autres groupes de professionnels.

Évaluation des coûts

La très grande majorité des recherches portant sur l'évaluation des avantages économiques des divers modèles de suivi dans la communauté a été réalisée dans des contextes sociosanitaires très différents de celui de la présente étude. De plus, il semble difficile d'en arriver à des conclusions définitives sur l'impact économique de ces programmes, d'une part, en raison du nombre limité d'études réalisées dans des contextes socioéconomiques variés et, d'autre part, en raison des limites de ces analyses économiques qui ne prennent pas suffisamment en compte les coûts d'opération de ces programmes ainsi que leur impact sur l'utilisation des autres ressources de la communauté, telle que les cliniques externes, ou encore le fardeau des familles. Dans cette perspective, pour examiner les coûts associés à l'implantation du programme SIM dans les cliniques de secteur de l'HLHL, la présente étude a non seulement évalué l'utilisation des services hospitaliers, de l'urgence et des cliniques externes par les usagers du programme dans les années précédentes et suivant son implantation, mais également estimé les coûts d'opération que représentait ce programme afin d'en évaluer ses retombées financières autant pour l'hôpital que pour le réseau de la santé et des services sociaux suite à cette implantation.

Approche méthodologique

Répartition des coûts

L'évaluation de l'aspect économique du programme SIM doit donc tenir compte des coûts occasionnés par le suivi des usagers à travers le programme tout en les comparant aux coûts des services occasionnés avant leur inclusion dans ce programme. La procédure prise pour dresser ce profil économique est conforme aux recommandations de l'OCCETS (Office canadien de coordination des évaluations des technologies de la santé, 1997) et fait usage de deux grilles déjà utilisées lors d'une étude antérieure réalisée à l'HLHL (Reinharz, Lesage & Contandriopoulos, 2000). La première grille répertorie les services socio-médicaux à partir de trois sources principales de données : 1) les banques informatisées de l'hôpital sur les journées d'hospitalisation, les visites à l'urgence, les consultations en cliniques externes et les visites au centre de crise ; 2) les banques de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour les médicaments prescrits dans un service ambulatorio et les honoraires des médecins et 3) les relevés des ressources en temps et en argent dépensées par les proches en relation avec l'état de santé des usagers. La deuxième grille établit le prix unitaire de chaque item, provenant, pour les services définissables sur la base de centres d'activités (CA), des rapports administratifs et financiers des établissements du réseau institutionnel (AS-471, AS-478, CB-11 et CB-15) et majoré pour tenir compte des CA de soutien (AHQ, 1995 ; CETS, 1999).

L'évaluation des retombées financières a été réalisée à l'aide du profil d'utilisation des ressources de chacun des usagers inscrits dans le SIM fournis par les services des archives de l'HLHL ainsi que par les données transmises par la RAMQ.

Facteurs des coûts

Les coûts d'utilisation des ressources des usagers inscrits au programme SIM, soit celles de l'hôpital et de la RAMQ, comprennent les facteurs (factures) suivants : 1) les journées d'hospitalisation à l'HLHL, 2) les visites à l'urgence de l'HLHL, 3) les consultations dans les cliniques externes avec des professionnels de l'HLHL, 4) les séjours au Centre de crise l'Appoint, 5) les services médicaux facturés par les professionnels à la RAMQ et 6) les services pharmaceutiques facturés à la RAMQ. Une analyse de sensibilité est entreprise pour tenir compte de l'imprécision de certaines des données.

Il faut noter que les coûts associés au traitement de maladies physiques sont exclus. Il semble clair que les coûts de traitement pour pathologie physique doivent être sensiblement les mêmes que la prise en charge se fasse par une équipe SIM ou par une clinique externe. Par ailleurs, le coût d'opportunité considéré est de 6 %.

Population étudiée

Les données concernant l'utilisation des ressources ont été recueillies pour 249 usagers de l'HLHL qui ont participé aux deux temps de mesure de l'étude, soit T₁ et T₂. Toutefois, certaines données recueillies, notamment en regard de l'utilisation de certains services, couvrent la période allant de janvier 1995 à décembre 2003, soit les trois ans précédant et suivant leur admission au programme SIM.

Résultats

Utilisation des services de santé mentale

La moyenne cumulée des journées d'hospitalisation des trois années précédant et suivant l'introduction du programme SIM passe de 77,87 jours à 46,45 jours, soit une diminution de 40,3 % (31,42 jours par usager). Également, le nombre moyen de jours d'hospitalisation des trois années avant et après l'intégration des usagers au SIM passe de 25,96 jours par année à 15,58 jours par année, représentant ainsi une diminution de près de 40 % des journées d'hospitalisation.

Le cumul de visites à l'urgence pour les trois années précédant et suivant le SIM passe de 11,24 visites à 7,38 visites, soit une diminution de 34,3 % (3,86 visites par usager). Également, le nombre moyen de visites à l'urgence des trois années précédant et suivant l'introduction du SIM passe de 3,75 visites par année à 2,89 visites par année, représentant une diminution du recours à l'urgence de près de 23 %.

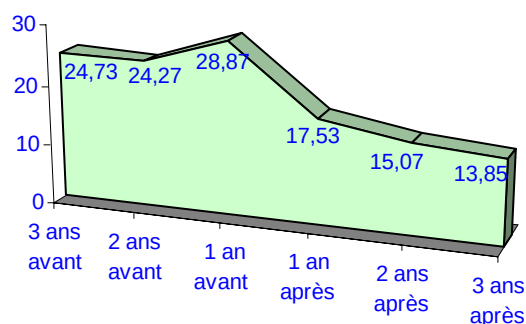
La moyenne cumulée de consultations dans les cliniques externes pour les trois années précédant et suivant le SIM passe de 62,58 consultations à 82,29 consultations, soit une augmentation de 24,0 % (19,71 consultations par usager). À part les psychologues et les agents de relations humaines (ARH), cette augmentation se produit pour tous les types de professionnels, mais de façon significative pour les infirmiers(ères) (17,0 % de plus), les travailleurs sociaux (27,2 % de plus) et les ergothérapeutes (57,1 % de plus).

Le cumul de journées passées au centre de crise pour les trois années précédant et suivant le SIM demeure pratiquement le même, soit moins d'une journée.

Tableau 13 : Nombres et moyennes annuels des journées d'hospitalisation, des visites à l'urgence, des consultations dans les cliniques externes et des journées au centre de crise des usagers du SIM

	Avant le SIM			Après le SIM		
	3 ans N = 249	2 ans N = 249	1 an N = 249	1 an N = 249	2 ans N = 247	3 ans N = 207
Journées d'hospitalisation						
Nombre	6 158	6 044	7 188	4 365	3 724	2 866
Moyenne	24,73	24,27	28,87	17,53	15,07	13,85
Visites à l'urgence						
Nombre	763	840	1 198	896	683	451
Moyenne	3,06	3,37	4,81	3,60	1,77	2,01
Consultations de professionnels dans les cliniques externes						
Nombre	4 294	4 989	6 211	8 499	6 675	4 375
Moyenne	17,24	20,04	24,94	34,13	27,02	21,14
Journées au centre de crise						
Nombre	5	63	164	144	57	7
Moyenne	0,02	0,25	0,66	0,58	0,23	0,03

Graphique 8 : Moyennes des nombres de journées d'hospitalisation



Graphique 9 : Moyennes des nombres de visites à l'urgence

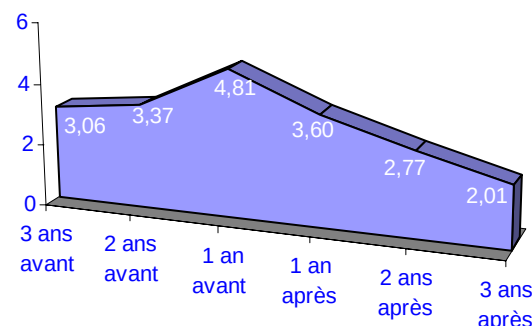


Tableau 14 : Nombres et moyennes annuels des consultations dans les cliniques externes avec les psychiatres, les infirmiers(ères), les psychologues, les travailleurs sociaux, les ergothérapeutes et les ARH par les usagers du SIM

	Avant le SIM			Après le SIM		
	3 ans N = 249	2 ans N = 249	1 an N = 249	1 an N = 249	2 ans N = 247	3 ans N = 207
Consultations avec les psychiatres						
Nombre	1 140	1 226	1 517	1 864	1 366	908
Moyenne	4,58	4,92	6,09	7,49	5,53	4,39
Consultations avec les infirmiers(ères)						
Nombre	921	944	945	1 584	991	671
Moyenne	3,70	3,79	3,80	6,36	4,01	3,24
Consultations avec les psychologues						
Nombre	698	898	1 059	1 117	716	588
Moyenne	2,80	3,61	4,25	4,49	2,90	2,84
Consultations avec les travailleurs sociaux						
Nombre	683	784	1 043	1 453	1 150	694
Moyenne	2,74	3,15	4,19	5,84	4,66	3,35
Consultations avec les ergothérapeutes						
Nombre	299	483	667	1 143	1 355	722
Moyenne	1,20	1,94	2,68	4,59	5,49	3,49
Consultations avec les ARH						
Nombre	517	626	723	794	500	383
Moyenne	2,08	2,51	2,90	3,19	2,02	1,85

Services médicaux

La moyenne cumulée du coût des services médicaux facturés à la RAMQ, soit les consultations accordées par les médecins affiliés à la RAMQ aux usagers dans les différentes unités d'hospitalisation, des services de l'urgence, des cliniques externes, des cabinets médicaux et des CLSC, pour les trois années précédant et suivant l'introduction du SIM, passe de 4 227,07 \$ à 3 387,14 \$, soit une diminution de 19,9 % (839,93 \$ par usager).

La moyenne cumulée du coût des services médicaux de la part des psychiatres facturés à la RAMQ

pour les trois années précédant et suivant le SIM passe de 2 713,55 \$ à 1 904,33 \$, soit une diminution de 29,8 % (809,22 \$ par usager).

Consommation des médicaments

La moyenne cumulée du coût des services pharmaceutiques facturés à la RAMQ pour les trois années précédant et suivant le SIM passe de 2 871,32 \$ à 6 042,58 \$, soit une augmentation de 110,5 % (3 171,26 \$ par usager).

La moyenne cumulée du coût des psychotropes facturés à la RAMQ pour les trois années précédant et suivant l'introduction du SIM passe de 1 886,27 \$ à 4 040,64 \$, soit une augmentation de 114,2 % (2 154,37 \$ par usager).

Tableau 15 : Coût annuel moyen des services médicaux, psychiatriques et pharmaceutiques, ainsi que des psychotropes facturés à la RAMQ pour les usagers du SIM

	Avant le SIM			Après le SIM		
	3 ans	2 ans	1 an	1 an	2 ans	3 ans
Total des services médicaux						
N	246	246	246	246	246	246
Montant	284 972,21 \$	325 474,43 \$	429 413,14 \$	367 954,33 \$	271 419,45 \$	193 864,33 \$
Moyenne	1 158,42 \$	1 323,07 \$	1 745,58 \$	1 495,75 \$	1 103,33 \$	788,06 \$
Services médicaux de psychiatres seulement						
Montant	172 552,30 \$	209 170,63 \$	285 809,14 \$	227 820,56 \$	147 054,19 \$	93 590,45 \$
Moyenne	701,43 \$	850,29 \$	1 161,83 \$	926,10 \$	597,78 \$	380,45 \$
Total des services pharmaceutiques						
N	228	228	228	228	228	228
Montant	161 377,39 \$	202 679,65 \$	290 607,57 \$	471 923,80 \$	530 743,52 \$	375 042,89 \$
Moyenne	707,79 \$	888,94 \$	1 274,59 \$	2 069,84 \$	2 327,82 \$	1 644,92 \$
Psychotropes seulement						
Montant	97 288,31 \$	130 649,13 \$	202 134,77 \$	330 974,26 \$	349 652,50 \$	240 639,56 \$
Moyenne	426,70 \$	573,02 \$	886,55 \$	1 451,64 \$	1 533,56 \$	1 055,44 \$

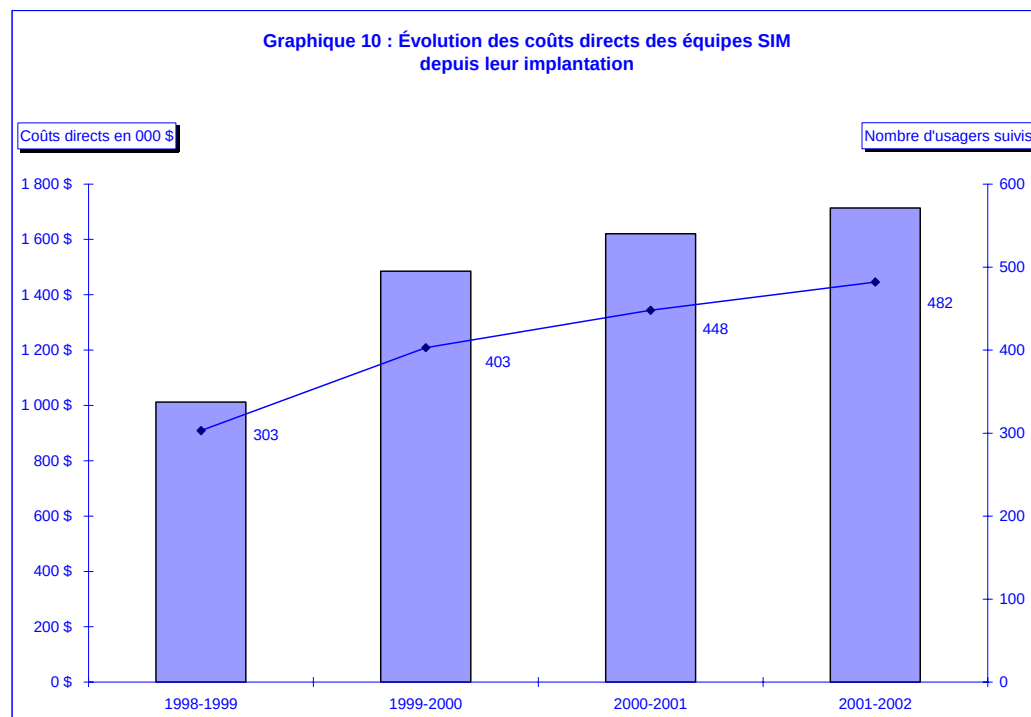
Impact économique du SIM : Rapport coûts/bénéfices

L'impact économique net du programme SIM sur le système de santé et des services sociaux doit être évalué en fonction de deux perspectives ; celle de l'HLHL en considérant les coûts des ressources utilisées par les usagers de l'hôpital et les coûts des équipes SIM, ainsi que celle du réseau de la santé et des services sociaux qui englobera aussi les coûts additionnels suivants : 1) ressources et services dispensés par d'autres organismes (hôpitaux, CLSC, centres communautaires, etc.), 2) subventions et autres allocations d'aide au logement, 3) services médicaux qui sont facturés à la RAMQ et 4) services pharmaceutiques procurés en dehors de l'hôpital (également facturés à la RAMQ).

Du point de vue de l'hôpital, le coût annuel moyen pour l'année financière 2000-2001, en supposant un suivi continu de chaque usager pendant toute l'année et en incluant les coûts indirects (on compte le nombre d'usagers par année selon la norme du ministère de la Santé et des services sociaux : chaque personne ayant été inscrite au programme SIM pendant l'année, ne fut-ce que pour une semaine, compte comme un usager), est d'environ 4 869 \$ par usager.

Tableau 16 : Dépenses reliées aux équipes SIM durant l'exercice financier 2000-2001

Coûts directs	
Salaires	1 360 196 \$
Charges sociales	149 518 \$
Téléphone, télégramme	21 269 \$
Frais de déplacement	85 094 \$
Autres	5 454 \$
Sous total	1 621 531 \$
Coûts indirects	
Services de soutien (34,5 %)	559 752 \$
Sous total	559 752 \$
Total des coûts	2 181 283 \$
Nombre d'utilisateurs suivis	448
Coût annuel moyen par utilisateur	4 869 \$



Le coût direct des équipes SIM varie de 3 342 \$ par utilisateur en 1998-1999 à 3 559 \$ en 2001-2002, soit une évolution annuelle moyenne de 6,1 %.

Tableau 17 : Évolution des coûts directs des équipes SIM depuis leur implantation

Coûts directs*				
Exercice financier	Montant des coûts directs	Nombre d'utilisateurs suivis	Coût direct par utilisateur	Évolution
1998 – 1999	1 012 666 \$	303	3 342 \$	
1999 – 2000	1 485 767 \$	403	3 687 \$	+ 10,3 %
2000 – 2001	1 621 531 \$	448	3 619 \$	– 1,8 %
2001 – 2002	1 714 905 \$	482	3 559 \$	– 1,7 %

Tableau 18 : Impact économique du SIM du point de vue de l'HLHL (N = 249)

Années 1, 2 et 3 précédant et suivant l'introduction du SIM					
	Utilisation annuelle par usager			Coût unitaire	Augmentation (Diminution) des coûts par usager
	Avant le SIM	Après le SIM	Augmentation (Diminution)		
Hospitalisation (journées)	25,95	15,58	(10,37)	300 \$	(3 111,00 \$)
Urgence (visites)	3,75	2,88	(0,87)	540 \$	(469,80 \$)
Cliniques externes (contacts)	20,74	27,80	7,06	105 \$	741,30 \$
Centre de crise (journées)	0,31	0,29	(0,02)	120 \$	(2,40 \$)
Augmentation (Diminution) des coûts des ressources utilisées par usager					(2 841,90 \$)
Coût annuel des équipes SIM par usager					4 869,00 \$
Augmentation (Diminution) des coûts par usager					2 027,10 \$

Tableau 19 : Impact économique du SIM du point de vue du réseau de la santé et des services sociaux (N = 249)

Années 1, 2 et 3 précédant et suivant l'introduction du SIM					
	Utilisation annuelle par usager			Coût unitaire	Augmentation (Diminution) des coûts par usager
	Avant le SIM	Après le SIM	Augmentation (Diminution)		
Hospitalisation (journées)	25,95	15,58	(10,37)	300 \$	(3 111,00 \$)
Urgence (visites)	3,75	2,88	(0,87)	540 \$	(469,80 \$)
Cliniques externes (contacts)	20,74	27,80	7,06	105 \$	741,30 \$
Centre de crise (journées)	0,31	0,29	(0,02)	120 \$	(2,40 \$)
Services médicaux	1 409,02 \$	1 129,05 \$	(279,97 \$)		(279,97 \$)
Services pharmaceutiques	957,11 \$	2 014,19 \$	1 057,08 \$		1 057,08 \$
Augmentation (Diminution) des coûts des ressources utilisées par usager					(2 064,79 \$)
Coût annuel des équipes SIM par usager suivi					4 869,00 \$
Augmentation (Diminution) des coûts par usager					2 804,21 \$

L'analyse de sensibilité examinant l'impact du programme SIM selon des variations marginales de certaines variables des coûts des équipes SIM et utilisant différents taux du coût indirect dans le calcul du coût par usager suivi dans le programme SIM considère que le coût indirect représente 35 % (valeur hypothétique) du coût direct. Trois variations sont utilisées, soit que le coût indirect représente 20 %, 25 % et 30 % du coût direct.

Le coût du programme SIM pour la plupart des usagers n'est pas couvert par les économies générées suite à leur utilisation des services. Le coût d'opération semble élevé, mais il faut tenir compte du fait que le programme SIM s'est vu confié beaucoup d'usagers à taux d'hospitalisation faible ou modéré.

Tableau 20 : Analyse de sensibilité

	Variation du coût indirect			Hypothèse de base
	20 %	25 %	30 %	35 %
Coût des équipes SIM par usager	4 343,00 \$	4 524,00 \$	4 705,00 \$	4 869,00 \$
Impact du programme par usager : perspective de l'hôpital				
Années 1, 2 et 3 avant et après le SIM	1 501,10 \$	1 682,10 \$	1 863,10 \$	2 027,10 \$
Impact du programme par usager : perspective du réseau				
Années 1, 2 et 3 avant et après le SIM	2 278,21 \$	2 459,21 \$	2 640,21 \$	2 804,21 \$

Résumé

L'analyse comparative des données sur l'utilisation des services ou des ressources de santé mentale avant l'entrée des usagers dans le programme SIM et lors de leur suivi dans ce programme indique une baisse de 40 % des journées d'hospitalisation, de 34 % des visites à l'urgence, de 20 % des frais médicaux enregistrés à la RAMQ, ainsi que de 30 % des services des psychiatres. Toutefois, on observe une augmentation des visites à la clinique externe de l'ordre de 24 %, des frais pharmacologiques de l'ordre de 110 % et des frais reliés aux médicaments psychotropes de l'ordre de 114 %. Ces diverses diminutions et augmentations des coûts comparées aux frais d'opération du SIM qui se situent en moyenne à 4 869 \$ annuellement par usager, ne permettent certes pas de mettre en évidence un avantage financier important du SIM comme alternative à l'hospitalisation mais a permis de donner l'heure juste quant aux économies à réaliser dans une perspective de planification et de programmation future à mettre en oeuvre. Chaque usager intégré au programme SIM représente des coûts supplémentaires annuels de 2 804 \$. Or, l'atteinte des objectifs par les équipes SIM auprès des usagers de l'hôpital doit être considérée dans une perspective à long terme et se caractériser surtout par une amélioration des conditions de vie, un meilleur fonctionnement social et une plus grande satisfaction des usagers suivis. En outre, la diminution de la durée et de la fréquence des hospitalisations ne doit pas être perçue comme une fin en soi (Thomson, Gélinas & Ricard, 2002), mais plutôt comme l'expression d'un processus qui caractérise le suivi dans la communauté. En fait, l'objectif ultime est de parvenir à la réussite du traitement, de la réadaptation et de l'intégration dans la communauté des usagers du programme SIM, la section précédente ayant davantage démontré les bénéfices cliniques et psychosociaux observés chez les usagers.

Discussion

L'intention de cette activité de recherche évaluative était d'accompagner les cliniciens, les intervenants et les gestionnaires de l'HLHL dans l'évaluation de l'implantation d'un nouveau programme tel qu'ils l'avaient conçu et mis en place. L'équipe de recherche impliquée dans cette recherche-action a développé plusieurs devis quantitatifs et qualitatifs, permettant d'offrir autant de perspectives pour décrire le fonctionnement du SIM, les caractéristiques de l'intervention, les bénéfices pour les usagers et leurs proches, l'impact sur les intervenants et les coûts, le tout dans le but d'éclairer la pertinence de cette nouvelle programmation et de pouvoir en tirer des leçons. Cette étude d'implantation d'un nouveau programme comporte des limites et des forces. En particulier, il faudra éviter de la voir comme une étude d'efficacité puisque l'approche méthodologique retenue visait l'observation de la situation et non une expérimentation. De plus, dans ce processus, comme le montre l'analyse organisationnelle, les chercheurs n'ont pas été neutres, mais plutôt proactifs. Au terme de cette recherche, les recommandations que l'on trouvera plus loin, de poursuivre la programmation du SIM et les pistes d'amélioration proposées, sont basées sur ce qui a fait le succès du SIM à l'HLHL, mais aussi ce qu'il n'a pas pu accomplir ou pourrait mieux faire compte tenu des objectifs visés.

Quel est le fonctionnement du SIM et quels sont les facteurs qui ont facilité ou entravé son implantation ?

L'équipe de recherche a initié cette l'étude en 1998 avec une documentation scientifique qui démontrait clairement l'efficacité du modèle PACT et qui indiquait que pour une même clientèle le nécessitant, le PACT était supérieur au *Case Management* pour la clientèle de personnes souffrant de troubles mentaux graves le requérant. Depuis lors, l'évolution, les adaptations des modèles de suivi dans la communauté dans divers contextes socio-sanitaires de même que les controverses ayant émergé entre les groupes de recherche nord-américains et britanniques, ont permis de mettre en évidence que les modèles où des intervenants de suivi intensif étaient intégrés à des équipes de psychiatrie communautaire multidisciplinaire obtenaient plusieurs résultats positifs comparables à ceux des études d'équipes de PACT américaines, même si les usagers suivis présentaient, en moyenne, des problèmes de moindre gravité que ceux sélectionnés pour les programmes de type PACT (Burns & Firn, 2002). Ces modèles d'équipes de psychiatrie communautaire où serait nichée une capacité de suivi modérément intensif, d'intervention de crise, en plus de leurs fonctions habituelles d'évaluation, de traitement et de suivi sont bien soutenus par une récente revue sur les arguments pour des soins de proximité (Thornicroft & Tansella, 2002). Ces constats rejoignent les études qui soutiennent l'impact positif de modèles de suivi comme le modèle ICM, qui assure un suivi modérément intensif tout en gardant des réserves sur le modèle « courtier » de *Case Management*. Cette même revue indique, comme les auteurs britanniques (Burns & Firn, 2002 ; Marshall & Creed, 2000) en arrivent aussi à proposer pour les patients requérant le suivi le plus intensif, qu'une approche par équipe dédiée, comme le suggère le modèle PACT, serait plus indiquée.

Par ailleurs, on a également été influencé par nos travaux franco-québécois sur la planification et l'évaluation en fonction des besoins (Kovess et al., 2001), qui se sont entre autres inspirés par le livre-charnière de Pineault et Daveluy (1995), par les travaux de Thornicroft et Tansella (1999) et par les lignes directrices sur le suivi du MSSS (2002). Ceci nous amène à proposer maintenant la lecture suivante des besoins de suivi des personnes souffrant de troubles mentaux pour situer, compte tenu des besoins et des ressources, les diverses formes de suivi dans la communauté, entre autres le SIM qui a été implanté à l'HLHL.

Tableau 21 : Modèle de réponses aux besoins

Nombre de personnes requérant (selon le MSSS, 2002)	Programme offert		
	PACT	SIM	ambulatoire
un suivi très intensif 70 : 100 000	Comblé	Non comblé	Non comblé
un suivi modérément intensif 200 à 300 : 100 000	Excessif	Comblé	Non comblé
un suivi peu intensif 700 : 100 000	Excessif	Excessif	Comblé

Dans ce Modèle de réponses aux besoins de suivi dans la communauté (voir Tableau 21 ci-dessus), on distingue le suivi requis par les personnes du programme qui serait offert. Ce suivi requis reprend la nomenclature du MSSS (2002) et présente aussi les requis de ce service sur une base populationnelle. Selon le programme offert, les besoins sont potentiellement comblés, par exemple, par un programme de type PACT pour les personnes requérant un suivi très intensif. Cependant, l'offrir à des personnes requérant un suivi modérément ou peu intensif représenterait une prestation excessive et une utilisation inefficace du PACT. Les modèles associés à une capacité de suivi modérément intensif, l'ICM, et le SIM à l'HLHL, peuvent donc combler que les besoins des personnes requérant un suivi modérément intensif.

La présente recherche démontre que le SIM se situe très bien comme un modèle d'intensité modérée, de soutien et de coordination des services qui visent le développement des compétences individuelles et qui assurent une continuité du plan des traitements, du soutien, de l'enseignement, de l'accompagnement et de la protection en situation de crise. La clientèle retenue dans le programme SIM de l'HLHL a généralement bénéficié de l'intervention. Dans ce même modèle, on peut affirmer sur la base des caractéristiques de la clientèle retenue dans le SIM à l'HLHL et des interventions mises en place, qu'une clientèle pouvant bénéficier d'un suivi intensif en équipes de type PACT n'a généralement pas été recrutée. À l'époque, les critères suggérés par le CETS (Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec, 1999) pour ce qui est du PACT suggèrent une clientèle ayant été hospitalisée au moins deux mois ou plus dans la dernière année et présentant surtout des troubles psychotiques et de graves difficultés de maintien dans la communauté. Ces caractéristiques s'éloignent largement de celles de la clientèle retenue pour le SIM, même si une minorité peut s'en être approchée. À la même époque à l'HLHL, près de 12 % de la clientèle hospitalisée rencontrait au moins le critère de plus de trois mois d'hospitalisation, soit environ 155 personnes par an, se rapprochant avec les 45 usagers de suivi intensif de l'objectif de 70 à 100 par 100 000 habitants pour un secteur de près de 330 000 habitants que desservait l'HLHL. À l'opposé, une partie de la clientèle recevait, en moyenne, un suivi d'intensité légère qui amène à se questionner, à savoir si cette clientèle ne relevait pas plutôt du suivi ambulatoire habituel des équipes de secteur, ces dernières ayant choisi de mobiliser en partie les intervenants SIM à cette tâche.

Si le SIM implanté à l'HLHL n'est clairement pas un modèle PACT, il ne faut pas s'en surprendre puisqu'il n'a pas été conçu au départ comme tel. L'analyse organisationnelle nous apprend que l'implantation d'une telle modalité cherchait à éviter de chambarder le modèle hiérarchique des équipes existantes dont le degré d'interdisciplinarité et de leadership ainsi que l'apport du chef médical étaient variables. L'implantation du SIM à l'HLHL ne s'est pas accompagnée d'une formation, tant des médecins que des équipes, malgré quelques efforts du gestionnaire de programme et du comité d'orientation du SIM présidé par le chef du département de psychiatrie. Des critères d'admission n'ont pas non plus été précisés. Également, si la majorité des équipes ont pu intégrer à leur façon les nouveaux intervenants SIM, certains se sont retrouvés marginalisés et sous utilisés dans d'autres équipes. Enfin, il faut noter que le comité d'orientation, créé pour soutenir l'implantation du SIM, a arrêté de siéger au cours des trois dernières années avec le départ du chef de département de psychiatrie d'alors.

Quelles sont les caractéristiques de l'intervention du SIM et comment a-t-elle évolué dans le temps ?

Voilà la principale question de recherche que les intervenants SIM, rencontrés dès le début de la conception de cette recherche action, ont posé à l'équipe de recherche. Il est intéressant de noter que la réponse à cette question a amené le développement d'un outil pouvant refléter l'action quotidienne des intervenants dans le SIM, soit le RQC et qu'il en est émergé le seul outil que les intervenants SIM à l'HLHL continuent d'utiliser sur une base quotidienne pour refléter leur travail. Ce même RQC et son support informatique sont maintenant demandés et implantés dans plus d'une dizaine de sites au Québec où se pratique un suivi d'intensité modérée ou selon un modèle de PACT.

On constate grâce à cet outil de mesure, qui s'est révélé à la fois fiable et valide, que l'action principale des interventions du suivi intensif se situe bel et bien dans le milieu de vie des usagers, puisque 71 % de tous les contacts caractérisés par une présence *in vivo* représentent 87 % de la durée totale cumulée de tous les contacts. En moyenne, les intervenants font une à deux interventions par semaine par usager pour un total d'un peu plus d'une heure. À l'examen, on peut également faire valoir qu'il existe trois catégories d'usagers : 1) la première, représentant près de 15 % des usagers participant à l'étude et pour lesquels plus de deux heures d'intervention par semaine sont requises ; 2) la deuxième, regroupant de 40 à 45 % des usagers qui reçoivent entre une à deux heures d'intervention par semaine ; et 3) un autre groupe équivalent au précédent dont l'intervention est de moins d'une heure par semaine. Par ailleurs, la durée de ce suivi n'est pas indéfinie et un roulement est observé au cours de l'étude ; par exemple, pour plus du tiers des usagers pour lesquels le programme SIM est terminé, ce dernier avait duré plus d'un an. Les interventions se font tant par la représentation auprès des tiers, l'accompagnement dans le milieu de vie des usagers et le soutien éducatif ou l'écoute active autour des sphères de la santé mentale, de la médication et des habiletés de vie quotidiennes en particulier, mais également au plan des relations et de la santé physique notamment pour les personnes plus âgées où cette problématique accompagne presque toujours la crise qui les a amenés en suivi intensif. Les données qualitatives ont permis de documenter davantage ce qui caractérise l'établissement de la relation thérapeutique usager-intervenant. La qualité de cette relation est le point d'appui du travail des intervenants et ces derniers doivent faire preuve de créativité avec l'utilisateur compte tenu du contexte et de l'entourage de ce travail, contexte qui module un parcours qui n'est pas linéaire même s'il s'associe, à terme, à des améliorations telles que notées plus loin. Cependant, dans certains cas, les interventions semblent frapper une limite notamment en présence de problèmes réfractaires au traitement ou dans les cas de dépression chronique et de difficultés interpersonnelles répétées, difficultés souvent conjuguées à des problèmes physiques importants. On peut alors se demander si les compétences des intervenants, d'abord infirmiers et éducateurs, ne viennent pas trouver leur propres limites en raison du contexte particulier du soutien offert par le SIM amenant *de facto* ces intervenants à suppléer à des interventions psychothérapeutiques spécialisées ou à des programmes spécifiques qui devraient être offerts par les professionnels de l'équipe afin de proposer une réponse mieux ciblée et adaptée à des problématiques forts complexes présentées par certains usagers.

Quels sont les bénéfices du SIM pour les usagers ?

Les bénéfices observés chez les usagers se situent tant au niveau des symptômes cliniques que des dimensions psychosociales de leur fonctionnement. Également, ces derniers manifestent une grande satisfaction à l'égard des interventions des différents membres de l'équipe et des intervenants SIM. Par contre, ils nous ont signalé que certains proches devraient être plus impliqués et de fait, entre notre rapport de la situation aux intervenants SIM au début de la période d'observation (T_1) et un an plus tard (T_2), nous avons observé une progression dans la perception des usagers quant à l'amélioration de l'implication de leurs proches même si ces derniers n'ont pas noté un tel changement. Néanmoins, l'analyse qualitative des propos des proches confirme une amélioration de la qualité de leur relation avec les usagers ; ces mêmes proches font toutefois part, comme on le verra plus loin, de leurs besoins non comblés de s'adresser à leurs inquiétudes ou à leur propre fardeau subjectif.

En ce qui concerne l'utilisation des services, on note une diminution de l'utilisation de l'hospitalisation de près de 40 % ainsi que du recours à l'urgence. Ceci renforce le constat qu'effectivement le SIM joue

son rôle d'alternative à l'hospitalisation. La grille DACTS indique que les intervenants SIM n'étaient disponibles que cinq jours par semaine, aux heures ouvrables et le jour en général ; toutefois, ils avaient fait des arrangements avec un centre de crise, l'Appoint, pouvant offrir un soutien téléphonique ou d'hébergement, en dehors des heures ouvrables. De plus, les intervenants étaient à même de revenir rapidement auprès de l'utilisateur le lendemain d'une admission à l'urgence ou en cours d'une hospitalisation, facilité d'accès, permettant ainsi la réduction des durées de séjour.

En l'absence d'un groupe de comparaison, le devis de cette recherche invite à la prudence et il importe de ne pas attribuer seulement au SIM l'effet de réduction des hospitalisations qui pourrait être lié également à l'ensemble des mesures en place dans le système. Or, justement durant la période de l'étude, on a assisté à une réduction des durées de séjour pour l'ensemble des hospitalisations ainsi qu'une réduction du recours à l'urgence. Ce constat permet donc de soutenir que dans l'ensemble, le SIM a rempli son objectif de réduire le recours à l'urgence et à l'hospitalisation dans le cadre d'un système ayant mis en place une série de mesures à cet effet.

Quels sont les bénéfices du SIM pour les proches ?

Le SIM ne s'est pas accompagné d'un accroissement du fardeau objectif ou instrumental des proches. Le fardeau qu'ils portaient était principalement de nature subjective, se manifestant par des inquiétudes en regard du futur de l'utilisateur malade. Si aucune réduction du fardeau n'a été enregistrée quantitativement, les propos des proches soulignent le sentiment de sécurité créé par l'implantation du SIM. À cet égard, les proches n'ont pu que louer l'intervention des intervenants SIM reflétant ainsi le meilleur témoignage d'appui au programme SIM tel qu'implanté à l'HLHL. Les proches ont toutefois plaidé pour qu'on porte une plus grande attention à leurs propres besoins. Or, s'il existe à l'HLHL, comme dans plusieurs milieux au Québec, des groupes d'aide aux parents de jeunes adultes souffrant de schizophrénie et des groupes d'entraide pour les personnes souffrant de certains troubles mentaux graves, cette pratique n'est toutefois pas généralisée et il faut reconnaître que les équipes offrent encore trop rarement un soutien systématique à ces proches. Compte tenu de la présence significative d'indices de détresse psychologique chez ces proches, leurs propres besoins de soutien émotionnel, voir pour de soins de santé mentale, se doivent donc d'être davantage considérés, ce qui n'est généralement pas abordé de façon courante et qui a été perpétué même avec la mise en place d'un programme comme le SIM.

Quelles sont les retombées pour les intervenants ?

De façon remarquable, les indices de détresse psychologique, d'épuisement professionnel et de satisfaction face à l'organisation du travail montrent que les intervenants SIM ne présentent pas de stress induit au travail mais plus encore qu'ils en présentent moins que la moyenne de leurs collègues infirmiers du secteur de la santé ou de la santé mentale québécois à la même époque. Si, du point de vue d'une organisation, ce constat représente un résultat important, il peut aussi fournir une piste pour comprendre certaines tensions entre les membres de l'équipe multidisciplinaire et le personnel hospitalier qui eux semblent soumis, dans le secteur québécois, à un stress plus important. La charge de travail des intervenants SIM, avec un ratio moyen d'un intervenant par dix usagers et une moyenne de rencontre directe d'une heure par usager par semaine, peut sembler une charge de travail plutôt légère surtout qu'elle était bien sous le contrôle de l'intervenant SIM. Par contre, le rapport anecdotique d'une intervenante SIM ayant approché un ratio de 1 pour 20 indiquait une surcharge difficile à supporter sur une longue période sans risquer de mettre à l'épreuve sa propre santé. D'ailleurs, les écrits récents sur les programmes de type PACT nous indiquent aussi qu'un ratio de 1 : 10 peut s'avérer trop élevé pour une clientèle référée habituellement à ce type de programme. Les normes suggérées par le MSSS sont à juste titre prudentes en conseillant pour le suivi d'intensité modérée un ratio entre 1 : 12 et 1 : 25, ce qui autorise dans le choix du ratio optimal de prendre en compte les caractéristiques et les besoins de la clientèle, le contexte de soutien et l'accès à d'autres ressources comme une équipe multidisciplinaire en santé mentale et finalement les propres capacités de l'intervenant.

Ces observations amènent à suggérer que l'augmentation souhaitable dans la programmation de SIM à l'HLHL du ratio intervenants-usagers se justifie tant pour des raisons d'efficacité du programme que

d'équité entre travailleurs en santé mentale. Cette augmentation doit se faire en maintenant l'efficacité des interventions avec une clientèle définie comme requérant ce niveau d'intervention modérée et en s'assurant que cette augmentation de la charge de travail se fasse avec un *monitoring* de la surcharge subjective qui pourrait survenir. Elle devrait s'accompagner d'un choix judicieux de la clientèle destinée à la programmation de SIM de telle sorte que les autres usagers puissent, lorsque nécessaire, bénéficier d'un suivi intensif en équipe (PACT) ou à l'opposé d'un retour au suivi ambulatoire par l'équipe de secteur ou du programme. Dans la mesure où la mise en place du programme SIM s'est appuyé sur l'expérience acquise durant les années 80 et 90 avec le PSA et le module des agents de coordination PSI, on a la conviction profonde que l'expérience acquise avec le SIM permettra à certains intervenants actuels de joindre les rangs d'une équipe PACT et à d'autres de consolider le suivi intensif d'intensité variable qui pourrait se différencier selon les programmes spécialisés qui seront mis en place prochainement vers le pôle de l'entraînement des habiletés sociales ou vers celui du suivi systématique ou de la coordination intensive des services.

Quels sont les coûts du SIM ?

Le coût moyen par usager entrant dans le suivi intensif du programme SIM a été de près de 4 900 \$ par an. Ce coût est inférieur à celui d'un programme de suivi intensif en équipe de type PACT qui est évalué à près de 8 000 \$ par an (Latimer et al., 2001). D'une part, la diminution des durées d'hospitalisation et du recours à l'urgence et d'autre part, l'augmentation du coût de la médication et de certains services professionnels, ont été tels que le coût moyen par usager, suite à son inscription au programme SIM, est supérieur de 2 000 \$ à 2 800 \$ au suivi traditionnel selon que l'on se place dans une perspective hospitalière et de réseau de la santé. De plus, les analyses de sensibilité ne font pas varier cet excès de coût de façon significative. « On qualifie un traitement d'efficace lorsqu'il atteint le but visé, sans égard au coût. Voilà pourquoi il est essentiel de prendre aussi en considération l'efficacité, qui établit un rapport entre l'efficacité d'un service et les dépenses engagées pour le produire. En d'autres mots, pour être qualifié d'efficace, le nouveau service doit être de qualité au moins égale, sinon supérieure, à celui qu'il remplace et être offert à moindre coût » (Dorvil et al., 1997). De ce point de vue de l'efficacité et de l'efficacité, on peut ainsi résumer que le programme SIM se montre efficace selon la plupart des perspectives cliniques et psychosociales évaluées auprès des usagers et de ses proches. Le SIM atteint les buts visés de porter traitement et réadaptation aux usagers le requérant dans la communauté. Pour obtenir de tels résultats supérieurs, on peut être prêt à offrir des ressources supplémentaires et à payer plus ; c'est le choix d'offrir aux personnes le requérant un suivi plus intensif que celui habituellement ambulatoire. Le programme SIM pourrait être rendu plus efficace, c'est-à-dire réduire les coûts par personne suivie, si celui-ci ciblait seulement les personnes requérant un suivi d'intensité modérée (selon la nomenclature du Plan d'action en santé mentale 2005-2010) et si la charge moyenne par intervenant était augmentée. Ainsi, pour un même coût de programme, plus de personnes seraient suivies et le coût par personne d'un programme démontré efficace serait réduit. Ceci devrait être fait en tenant compte de ne pas augmenter la charge des intervenants au point de créer une surcharge qui réduirait leur efficacité démontrée.

Tous les changements observés dans les coûts sont prédits et souhaités par un programme de soutien et de coordination de services comme le SIM. La littérature était incertaine quant à la réduction de l'utilisation des grands moteurs de coût que sont l'hospitalisation et l'urgence pour les programmes de type *Case Management*. Le programme SIM implanté à l'HLHL est bel et bien associé à une réduction de 40 % pour ce qui est de l'hospitalisation et de 34 % pour ce qui est de l'urgence, même si comme mentionné plus haut, cette période s'est accompagnée d'une réduction de près de 30 à 40 % des durées d'hospitalisation en psychiatrie au Québec, mais non pas du recours à l'urgence. L'augmentation des coûts de médication est due au 2/3 à celle de la médication psychotrope et au 1/3 à celle de la médication pour des conditions physiques ; cette augmentation est cohérente d'une part avec une meilleure réponse aux besoins d'assurer un suivi rigoureux du traitement pharmacologique. En effet, on peut imaginer que des agents de suivi intensif ont favorisé la prise plus régulière de la médication et une révision de la médication pour préconiser l'utilisation de médicaments avec moins d'effets secondaires, de molécules comme les antipsychotiques atypiques ou de nouveaux antidépresseurs qui ont moins d'effets secondaires mais qui sont plus

coûteux. D'autre part, pour les problèmes de santé physique, un meilleur suivi, en particulier auprès des personnes plus âgées, a permis d'assurer une prise plus régulière de la médication, ce qui a évidemment engendré des coûts supérieurs mais souhaités pour contribuer à l'amélioration de la santé physique de ces usagers, ainsi qu'à un effet positif sur leur santé mentale.

Il apparaît clairement que les bénéfices observés par les usagers et leurs proches, qui n'ont pas été ici valorisés (ou estimés) en termes monétaires, indiquent que ces personnes ont bénéficié du SIM et qu'il a permis de s'adresser à leurs besoins compte tenu de leur contexte et selon un modèle d'intervention et de besoins bien identifiés par le MSSS et la littérature et jugé comme pertinent. Cependant, on ne peut passer sous silence le risque, dans un tel programme, de suppléer à la capacité réduite de prise en charge de personnes requérant un suivi léger par le reste de l'équipe multidisciplinaire des cliniques externes. En effet, les intervenants SIM suivent, en partie, une clientèle requérant un suivi peu intensif en ambulatoire et non pas d'intensité modérée. C'est dans ce dernier groupe que nous identifions une clientèle dont les besoins de suivi ressemblent plus à celui des usagers habituellement suivis en clinique externe. Par ailleurs, parmi les quelques personnes recevant un suivi qu'on a identifié comme fort intensif à l'aide du RQC, les intervenants SIM, s'ils ne peuvent s'appuyer sur des pairs, sont à risque de ne pouvoir maintenir de façon efficace cette intensité sans opérer en équipe, c'est à dire selon un modèle PACT.

Recommandations

1. La programmation de SIM telle qu'implantée à l'HLHL vaut la peine d'être poursuivie. Elle a généralement ciblé une clientèle requérant un soutien dans la communauté de type modéré selon la nomenclature du MSSS (2002). Ce programme a atteint ses objectifs de soutien et de coordination des services et l'a fait jusqu'ici avec efficacité tant du point de vue de l'utilisateur que du point de vue ses proches.
2. Le programme SIM devrait être rendu plus efficient en :
 - 2.1 augmentant progressivement le ratio d'utilisateurs par intervenant, tout en équilibrant cette augmentation en concertation avec les intervenants SIM pour éviter une surcharge émotionnelle induite au travail ;
 - 2.2 assurant un passage plus rapide de la programmation de SIM à la programmation régulière de clinique externe pour les cas nécessitant un niveau de suivi ambulatoire.
3. Que l'établissement mette en place au moins une première équipe de suivi intensif en équipe (PACT) pour les personnes souffrant de troubles mentaux des plus graves selon les critères proposés dans le guide d'implantation du suivi intensif en équipe publié par l'Association des hôpitaux du Québec. Dans le cadre de la réorganisation de l'établissement au niveau des programmes, il serait cohérent, au début, de nicher cette première équipe PACT, qui fournit un traitement et une réadaptation intensifs sur une période prolongée à des personnes souffrant des troubles mentaux les plus graves, dans le programme couvrant les psychoses.
4. Que l'établissement remette en place un comité de programmation pour le SIM afin d'accompagner et de soutenir la formation des intervenants et des divers professionnels, poursuivre son évaluation, garantir la qualité de ce type d'intervention ainsi que son développement. L'analyse organisationnelle et la littérature sur les meilleures pratiques (Santé Canada, 1997) soulignent l'importance de la formation de tous les membres des équipes multidisciplinaires. Ce comité devrait aussi chapeauter d'autres programmations de suivi dans la communauté que l'établissement pourrait mettre en place et qui sont soutenues par des données factuelles (Thornicroft & Tansella, 2003), comme le PACT ou les équipes mobiles d'intervention de crise. En effet, comme ces programmations sont transversales aux futurs programmes de l'établissement ainsi que multidisciplinaires, il faut une instance de programmation appropriée.
5. Que l'établissement soit saisi des besoins non comblés des proches des personnes suivies dans l'établissement et s'assure qu'une programmation spécifique pour les proches soit développée dans chaque programme que l'établissement compte mettre en place.

Références

- Allness, D. J., & Knoedler, W. H. (1998). *The PACT model of community-based treatment for persons with severe and persistent mental illnesses: A manual for PACT start-up*. Arlington, VA: NAMI.
- Ally, G., Benoît, D., Desjardins, M., Lesage, A., Luyet, A., & Morissette, R. (1998). *Le suivi intensif dans le milieu*. Montréal : Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Association des hôpitaux du Québec. (1995). *Modèle de répartition des coûts et de la production des centres d'activités selon le programme patientèle et le mode de prise en charge*. Montréal : AHQ.
- Aucoin, L. (1985). *Orientations et amorçage de plan d'action : Hôpital Louis-H. Lafontaine*. Montréal : Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Bachrach, L. L. (1988). Defining chronic mental illness: A concept paper. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 383-388.
- Barker, S., Barron, N., McFarland, B. H., & Bigelow, D. A. (1994a). A community ability scale for chronically mentally ill consumers Part I: Reliability and validity. *Community Mental Health Journal*, 30, 363-379.
- Barker, S., Barron, N., McFarland, B. H., Bigelow, D. A., & Carnahan, T. (1994b). A community ability scale for chronically mentally ill consumers Part II: Applications. *Community Mental Health Journal*, 30, 459-472.
- Beauvais, L. (2002). *Relations entre les caractéristiques de l'intervention, la satisfaction à l'égard des services de santé mentale et le fardeau d'aidants naturels d'un proche atteint de troubles mentaux intégrés dans un programme de suivi intensif dans le milieu*. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, Montréal.
- Becker, M., Diamond, R., & Sainfort, F. (1993). A new patient-focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness. *Quality of Life Research*, 2, 239-51.
- Bisson, J., Lesage, A., & Bouchard, C. (2004). *Le profil clinique de la clientèle des cliniques externes de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine*. Montréal : Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Bittar, J., Clerc, D., & Morissette, R. (1997). *Le suivi intensif dans le milieu (SIM) : Projet préliminaire d'implantation dans sept cliniques de secteur*. Montréal : Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Bjorkman, T., & Hansson, L. (2000). What do case managers do? An investigation of case manager interventions and their relationship to client outcome. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 43-50.
- Bjorkman, T., Hansson, L., & Sandlund, M. (2002). Outcome of case management based on the strengths model compared to standard care: A randomised controlled trial. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 147-152.
- Blais, M. R., Brière, N. M., Lachance, L., Riddle, A. S., & Vallerand, R. J. (1993). L'Inventaire des motivations au travail de Blais. *Revue québécoise de psychologie*, 14, 185-215.
- Blais, M. R., & Lachance, L. (1993). *Échelle de satisfaction globale au travail*. Montréal : Université du Québec à Montréal.
- Bond, G. R., Pensec, M., Dietzen, L., McCafferty, D., Giemza, R., & Sipple, H. W. (1991). Intensive Case Management for frequent users of psychiatric hospitals in a large city: A comparison of team and individual caseloads. *Psychosocial Rehabilitation*, 15, 90-98.
- Bond, G. R., McGrew, J. H., & Fekete, D. M. (1995). Assertive outreach for frequent users of psychiatric hospitals: A meta-analysis. *Journal of Mental Health Administration*, 22, 4-16.

- Bond, G. R., Drake, R., Mueser, K., & Latimer, E. (2001). Assertive community treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on clients. *Disease Management and Health Outcomes*, 9, 141-159.
- Bond, G. R., Campbell, K., Evans, L. J., Gurvey, R., Pascaris, A., Tice, S., Del Bene, D., & Revell, G. (2002). A scale to measure quality of supported employment for persons with severe mental illness. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 17, 239-250.
- Boyer, R., Prévaille, M., Légaré, G., & Valois, P. (1993). La détresse psychologique dans la population du Québec non institutionnalisée : Résultats normatifs de l'enquête Santé Québec. *Revue Canadienne de Psychologie*, 38, 339-343.
- Boyer, S. L., & Bond, G. R. (1999). Does assertive community treatment reduce burnout? A comparison with traditional case management. *Mental Health Services Research*, 1, 31-45.
- Brekke, J. S., & Test, M. A. (1987). An empirical analysis of services delivered in a model community support program. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 10, 51-56.
- Burns, B. J., & Santos, A. B. (1995). Assertive Community Treatment: An update of randomized trials. *Psychiatric Services*, 46, 669-675.
- Burns, T. & Fim, M. (2002). *Assertive Outreach in Mental Health: A Manual for Practitioners*. New York: Oxford University P.
- Calsyn, R. J., Morse, G. A., Klinkenberg, W. D., Yonker, R. D., & Trusty, M. L. (2002). Moderators and mediators of client satisfaction in Case Management programs for clients with severe mental illness. *Mental Health Services Research*, 4, 267-275.
- Carney, J., Donovan, R., Yurdin, M., Starr, R., Pernell-Arnold, A., & Mallach-Bromberg, E. (1993). Incidence of burnout among New York City intensive case managers: Summary of findings. *Psychosocial Rehabilitation*, 16, 25-38.
- Chinman, M., Allende, M., Bailey, P., Maust, J., & Davidson, L. (1999). Therapeutic agents of assertive community treatment. *Psychiatric Quarterly*, 70, 137-162.
- Chinman, M. J., Rosenheck, R. A., & Lam, J. A. (2000). Client-case manager racial matching in a multi-site program for homeless people with mental illness. *Psychiatric Services*, 51, 1265-1272.
- Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec. (1999). *Suivi Intensif en équipe dans la communauté pour personnes atteintes de troubles mentaux graves*. Montréal : CETS.
- Cook, J. A., Pickett-Schenk, S. A., & Nageotte, C. A. (2000). Dimensions of staff burnout in Assertive Community Treatment and psychosocial rehabilitation programs for persons with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Promotion*, 2, 6-12.
- Dietzen, L. L. & Bond, G. R. (1993). Relationship between case manager contact and outcome for frequently hospitalized psychiatric clients. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 839-843.
- Dorvil, H., Guttman, H. A., Ricard, N., & Villeneuve, A. (1997). *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*. Québec : Ministère de la Santé et des services sociaux.
- Drake, R. E., & Wallach, M. (1989). Substance abuse among the chronic mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 1041-1046.
- Drake, R. E., Osher, F., Noordsy, D., Hurlbut, S., Teague, G., & Beaudett, M. (1990). Diagnosis of alcohol use disorder in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 57-67.
- Drake, R. E. (1998). Brief history, current status, and future place of assertive community treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 172-175.
- Duquette, A., Kérouac, S., Sandhu, B. K., & Saulnier, P. (1995). *Étude longitudinale de déterminants psychosociaux de la santé au travail de l'infirmière en gériatrie*. Montréal : Université de Montréal.

- Durbin, J., Georing, P., Wasylenki, D., & Roth, J. (1997). Who gets how much of what: A description of Intensive Case Management. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20, 49-56.
- Fiander, M., Burns, T., McHugo, G. J., & Drake, R. E. (2003). Assertive community treatment across the Atlantic: Comparison of model fidelity in the UK and USA. *British Journal of Psychiatry*, 182, 248-254.
- Finch, E., & Krantz, S. (1991). Low burnout in a high-stress setting: A study of staff adaptation at Fountain House. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 14, 15-26.
- Franklin, J. L., Solovitz, B., Mason, M., Clemons, J. R., & Miller, G. E. (1987). An evaluation of case management. *American Journal of Public Health*, 77, 674-678.
- Gehrs, M., & Goering, P. N. The relationship between the working alliance and rehabilitation outcomes of schizophrenia. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18, 43-54.
- Gélinas, D., & Righi, N. (1991). *Actualisation du plan de services individualisés dans le cadre d'un processus de désinstitutionalisation à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine : Phase 1: Contexte théorique*. Montréal : Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Gélinas, D., & Righi, N. (1992). *Actualisation du plan de services individualisés dans le cadre d'un processus de désinstitutionalisation à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine - Phase 2: Analyse des données cliniques*. Montréal : Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Gélinas, D. (1998). Points de repère pour différencier la gestion de cas du suivi intensif dans le milieu auprès des personnes souffrant de troubles mentaux graves. *Santé mentale au Québec*, 23, 17-47.
- Gélinas, D., & Dion, E. (1999). *Manuel d'utilisation du Relevé quotidien des contacts*. Montréal : Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Gélinas, D., Dion, E., & Bisson, J. (2002). *Manuel d'utilisation du Relevé quotidien des contacts*. Montréal : Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Gélinas D., Bisson, J., Dion, E., Ricard, N., & Lesage, A. (2005). *Développement et validation du Relevé quotidien des contacts*. Montréal : Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Greenley, J. R. (1995). Madison, Wisconsin, United States: Creation and implementation of the Program of Assertive Community Treatment (PACT). In R. R. Schulz & J. R. Greenley (Eds.), *Innovating in community mental health: International perspectives* (pp. 83-96). Westport, CT: Praeger.
- Horvath, A., & Greenberg, L. (1986). Development and validity of the working alliance inventory. *Journal of Counselling Psychology*, 36, 223-233.
- Ilfeld, F. W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological Report*, 39, 1215-1228.
- Intagliata, J. (1982). Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: The role of case management. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 655-674.
- Intagliata, J., & Baker, F. (1983). Factors affecting case management services for the chronically mentally ill. *Administration in Mental Health*, 11, 75-91.
- Koeske, G. F., Kirk, S. A., & Koeske, R. D. (1993). Coping with job stresses: Which strategies work best? *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 66, 119-135.
- Kovess, V., Lesage, A. D., Boisguérin, B., Fournier, L., Lopez, A., & Ouellet, A. (2001). *Planification et évaluation des besoins en santé mentale*. Paris : Flammarion.
- Latimer, E. (1999). Economic impact of Assertive Community Treatment: A review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 443-454.
- Latimer, E., Mercier, C., & Crocker, A. (2001). *Prestation de soins intégrés pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants dans leur milieu de vie*. Montréal : Hôpital Douglas.

- Lesage, A. D., Bonsack, C., Clerc, D., Vanier, D., Charron, M., Sasseville, M., Luyet, A., & Gélinas, D. (2002). Alternatives to acute hospital psychiatric care in east-end Montreal. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 49-55.
- Luyet, A., Giroux, E., & Clerc, D. (1999). La clinique externe : Comment peut-elle prétendre aux rôles de porte d'entrée et de plaque tournante? *Santé mentale au Québec*, 24, 143-158.
- Major, A. (1995). *Relations entre les dimensions de la hardiesse et celles de l'épuisement professionnel d'infirmières nouvellement diplômées*. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, Montréal.
- Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A., & Green, R. (2000). Case management for people with severe mental disorders. *Cochrane Library*, 2.
- Marshall, M., & Lockwood, A. (2000). Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Library*, 3.
- Marshall M., & Lockwood A. (2004). Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Library*, 4.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). *Maslach Burnout Inventory: Research edition manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists.
- Mass  , R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., B  lair, S., & Battaglini, M. A. (1998).   laboration et validation d'un outil de mesure du bien-être psychologique : L'  MMBEP. *Revue canadienne de santé publique*, 89, 352-357.
- McFarlane, W. R., Stastny, P., & Deakins, S. (1992). Family-aided assertive community treatment: A comprehensive rehabilitation and intensive case management approach for persons with schizophrenic disorders. *New Directions for Mental Health Services*, 53, 43-54.
- McGrew, J. H., Bond, G. R., Dietzen, L., & Salyers, M. (1994). Measuring the fidelity of implementation of a mental health program model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 670-678.
- McGrew, J. H. & Bond, G. R. (1997). The association between program characteristics and service delivery in assertive community treatment. *Administration and Policy in Mental Health*, 25, 175-189.
- McHugo, G. J., Drake, R. E., Burton, H. L., & Ackerson, T. H. (1995). A scale for assessing the stage of substance abuse treatment in persons with severe mental illness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 762-767.
- McHugo, G. J., Hargreaves, W., Drake, R. E., Clark, R. E., Xie, H., Bond, G. R., & Burns, B. J. (1998). Methodological issues in assertive community treatment studies. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 246-260.
- McHugo, G. J., Drake, R. E., Teague, G. B., & Xie, H. (1999). Fidelity to assertive community treatment and client outcomes in the New Hampshire dual disorders study. *Psychiatric Services*, 50, 818-824.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (1997). *Orientations pour la transformation des services de santé mentale*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2002). *Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux.
- Moos, R. H. (1986). *Work Environment Scale manual: Second edition*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Resnick, S. G. (1998). Models of community care for severe mental illness: A review of research on Case Management. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 37-74.
- Nadeau, B. (1989). Le « case management » au carrefour de l'intervention clinique et communautaire. *Santé mentale au Québec*, 14, 51-59.

- Neale, M. S., & Rosenheck, R. A. (1995). Therapeutic alliance and outcome in a VA intensive case management program. *Psychiatric Services*, 46, 719-721.
- Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé. (1997). *Lignes directrices pour l'évaluation économique des produits pharmaceutiques : Canada (2e éd.)*. Ottawa: OCCETS.
- Onyett, S., Pillinger, T., & Muijen, M. (1997). Job satisfaction and burnout among members of community mental health teams. *Journal of Mental Health*, 6, 55-66.
- Pelletier, M. C. (1986). *Burnout chez les infirmières travaillant en milieu psychiatrique*. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, Montréal.
- Phillips, S. D., Burns, B. J., Edgar, E. R., Mueser, K. T., Linkins, K. W., Rosenheck, R. A., Drake, R. E., & McDonel Herr, E. C. (2001). Moving assertive community treatment into standard practice. *Psychiatric Services*, 52, 771-779.
- Pineault, R., & Daveluy, C. (1995). *La planification de la santé : Concepts, méthodes et stratégies*. Montréal : Nouvelles.
- Prosser, D., Johnson, S., Kuipers, E., Szmukler, G., Bebbington, P., & Thornicroft, G. (1996). Mental health, burnout and job satisfaction among hospital and community mental staff. *British Journal of Psychiatry*, 169, 334-337.
- Prosser, D., Johnson, S., Kuipers, E., Szmukler, G., Bebbington, P., & Thornicroft, G. (1997). Perceived sources of work stress and satisfaction among hospital and community mental health staff, and their relation to mental health, burnout and job satisfaction. *Journal of Psychosomatic Research*, 43, 51-59.
- Rapp, C. A. (1998). The active ingredients of effective Case Management: A research synthesis. *Community Mental Health Journal*, 34, 363-380.
- Reinharz, D., Lesage, A. D., & Contandriopoulos, A. P. (2000). Cost-effectiveness analysis of psychiatric deinstitutionalization. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 533-538.
- Reinharz, D., Fortin, J.-P., Lesage, A., Ricard, N., Leclerc, C., Beaucage, C., & Gagnon, C. (2003). *Analyse de l'environnement organisationnel de l'émergence et l'implantation d'une innovation dans le système de santé québécois : Le cas des projets SIM*. Rapport préliminaire de l'Analyse des déterminants de l'émergence d'une innovation dans le système de santé québécois : Le cas des projets SIM.
- Reinke, B., & Greenley, J. R. (1986). Organizational analysis of three community support program models. *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 624-629.
- Ricard, N., Fortin, F., & Bonin, J.-P. (1995). *Fardeau subjectif et état de santé d'aidants naturels de personnes atteintes de troubles mentaux en situation de crise et rémission*. Montréal : Université de Montréal et Centre de recherche Fernand-Seguin.
- Ricard, N., Noiseux, S., Bisson, J., & Lesage, A. (2004). Programme de suivi intensif dans le milieu. Dans T. Lecomte & C. Leclerc (Eds.), *Manuel de réadaptation psychiatrique* (pp. 111-148). Sainte-Foy, QC : Université du Québec.
- Robinson, G. K., & Toff-Bergman, G. (1989). *Choices in case management: Current knowledge and practice for mental health*. Washington, D. C.: Mental Health Policy Resource Center.
- Rosenheck, R. (2000). The delivery of mental health services in the 21st century: Bringing the community back in. *Community Mental Health Journal*, 36, 107-124.
- Ruggeri, M., & Dall'Agnola, R. (1993). The development and use of the Verona Expectations for Care Scale (VECS) and the Verona Service Satisfaction Scale (VSSS) for measuring expectations and satisfaction in psychiatric clients, relatives and professionals. *Psychological Medicine*, 23, 511-523.
- Salyers, M. P., Bond, G. R., Teague, G. B., Cox, J. F., Smith, M. E., Hicks, M. L., & Koop, J. I. (2003). Is it ACT yet? Real-world examples of evaluating the degree of implementation for Assertive Community Treatment. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 30, 304-320.

- Santé Canada. (1997). *Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale (Document de discussion)*. Ottawa : Unité de recherche sur les systèmes de santé de l'Institut psychiatrique Clarke pour le Réseau de consultation sur la santé mentale fédéral, provincial et territorial.
- Solomon, P., Draine, J., & Delaney, M. (1995). The working alliance and consumer case management. *Journal of Mental Health Administration*, 22, 126-134.
- Stein, L. I., & Test, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37, 392-397.
- Stein, L. I. & Santos, A. B. (1998). *Assertive Community Treatment of Persons With Severe Mental Illness*. W. W. Norton & Company, New York, NY.
- Teague, G. B., Bond, G. R., & Drake, R. E. (1998). Program fidelity in assertive community treatment: Development and use of a measure. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 216-232.
- Tessler, R., & Gamache, G. (1995). *Toolkit for evaluating family experiences with severe mental illness*. Cambridge, MA: Human Services Research Institute.
- Test, M. A. (1998). Modèles de traitement dans la communauté pour adultes ayant des maladies mentales graves et persistantes. *Santé mentale au Québec*, 23, 119-147.
- Test, M. A. & Stein, L. I. (2000). Practical guidelines for the community treatment of markedly impaired patients. *Community Mental Health Journal*, 36, 47-60.
- Thomson, D., Gélinas, D., & Ricard, N. (2002). Le modèle PACT. *L'Infirmière du Québec*, 10, 26-36.
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (Eds.). (1999). *The Mental Health Matrix: A manual to improve services*. Cambridge: Cambridge University P.
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2003). *Quels sont les arguments en faveur des soins et des services de santé mentale de proximité?* Copenhague : Organisation mondiale de la santé.
- Wing, J. K., Curtis, R. H., & Beevor, A. S. (1996). *HoNOS: Health of the Nation Outcome Scales: Report on research and development*. London: Royal College of Psychiatrists.
- Winter, J. P., & Robert, J. (2000). The Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (DACTS): A generalizability study. *Evaluation Review*, 24, 319-338.
- Witheridge, T. F. (1989). The Assertive Community Treatment worker: An emerging role and its implications for professional training. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 620-624.
- Wykes, T., Stevens, W., & Everitt, B. (1997). Stress in community teams: Will it affect the sustainability of community care? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 398-407.
- Ziguras S. J., & Stuart, G. W. (2000). A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatric Services*, 51, 1410-21.

Annexe A : Relevé quotidien des contacts

Relevé quotidien des contacts

© Module de soutien évaluatif au développement des services psychiatriques de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine

Numéro de dossier du client

Matricule de l'agent

Date du contact

--

Initiales du client

Durée du contact

Jour Mois Année

Mode de contact

En personne ☐ Par téléphone ☐

Quart de travail

Jour ☐ Soir ☐ Nuit ☐

Avec qui?

Client ☐ Citoyen ☐ Intervenant ☐ Membre/Équipe ☐ Famille ☐

Quel endroit?

Résidence ☐ Communauté ☐ Service ☐ Clinique ☐ Hôpital ☐

Types d'intervention

Sphères	Représenter	Faire avec	Discuter	Interv. de crise
Gestion clinique ☐				
Santé mentale	☐	☐	☐	☐
Santé physique	☐	☐	☐	☐
Médication	☐	☐	☐	☐
Budget	☐	☐	☐	☐
AVQ	☐	☐	☐	☐
Logement	☐	☐	☐	☐
Travail/École	☐	☐	☐	☐
Loisirs/social	☐	☐	☐	☐
Relations	☐	☐	☐	☐
Justice	☐	☐	☐	☐
Toxicomanie	☐	☐	☐	☐

4308421226

Annexe B : Instruments de mesure

Instrument	Caractéristiques
Perspective organisationnelle	
<i>Dartmouth Assertive Community Treatment Scale</i> (Winter et Robert, 2000)	Évalue la fidélité du programme utilisé au modèle de référence PACT à l'aide de 28 éléments groupés selon trois échelles : ressources humaines, frontières organisationnelles et nature des services
Grille de caractérisation de la clientèle des équipes de SIM	- Définit la clientèle cible des équipes de SIM parmi les personnes souffrant de troubles mentaux graves - Couvre deux périodes : le moment de l'implantation de l'équipe de SIM (6 premiers mois) et le moment de l'étude (48 mois après l'implantation) - Chaque usager doit remplir les quatre premiers critères d'admission établis par l'AHQ
Caractéristiques de l'intervention	
Entrevues réalisées auprès des intervenants	Concernent trois groupes d'utilisateurs : ceux qui ont évolué favorablement, ceux dont la condition semble être demeurée stable et ceux qui se sont détériorés
<i>Relevé quotidien des contacts</i> (RQC) (Gélinas et Dion, 1999)	Permet de noter la fréquence, l'intensité, le lieu et la nature des interventions réalisées par les intervenants auprès des usagers
Bénéfices pour les usagers	
<i>Health of the Nation Outcome Scales</i> (HoNOS) (Wing, Curtis et Beever, 1996)	- Mesure les résultats des prises en charge au niveau de la santé mentale et du fonctionnement social 12 énoncés présentant chacun un type de symptôme, de trouble ou de déficit de fonctionnement (consistance interne = 0,62)
<i>Multnomah Community Ability Scale</i> (MCAS) (Barker et al., 1994a, 1994b)	Évalue les caractéristiques au niveau clinique et fonctionnel à l'aide de 17 énoncés groupés selon quatre échelles : obstacles au fonctionnement, adaptation à la vie quotidienne, compétences sociales et problèmes de comportement (consistance interne = 0,80)
Recueil d'informations socio-démographiques et cliniques	Scolarité, âge, sexe, groupe ethnique, diagnostique à l'entrée dans le programme et au début de l'étude, âge lors des premières consultations et hospitalisations psychiatriques, assiduité à la médication et état de santé
Relevés de la consommation d'alcool et de drogues (Drake et al., 1990 ; Drake et Wallach, 1989 ; McHugo et al., 1995)	Trois échelles : <i>Alcohol Use Scale</i> (1 énoncé) et <i>Drug Abuse Scale</i> (1 énoncé) permettent de situer le niveau de consommation et de dépendance à l'alcool et aux drogues dans les six derniers mois et <i>Substance Abuse Treatment Scale</i> (8 énoncés) permet d'évaluer le degré d'évolution dans le traitement de ces problèmes
<i>Wisconsin Quality of Life Index for Mental Health</i> (Becker, Diamond et Sainfort, 1993)	Questionnaire de la qualité de vie Wisconsin comprenant 47 énoncés répartis dans huit échelles : satisfaction face aux domaines de vie, satisfaction face à l'argent, satisfaction face aux relations sociales, niveau de symptômes, niveau de fonctionnement dans les activités de la vie quotidienne, santé physique, bien-être psychologique et détresse psychologique (consistance interne = 0,63 à 0,87 au T1)
<i>Working Alliance Inventory</i> (Horvath et Greenberg, 1986)	Échelle d'alliance thérapeutique comprenant 36 énoncés et mesurant trois dimensions : lien, but et tâche
<i>Verona Service Satisfaction Scale</i> (VSSS) (Ruggeri et Dall'Agnola, 1993)	Questionnaire de satisfaction face aux services de santé mentale comprenant 32 énoncés répartis dans cinq échelles : satisfaction face aux habiletés et aux compétences des psychiatres et des psychologues, face aux habiletés et aux compétences des autres professionnels, face à l'information et à l'accès aux services, face à l'efficacité des services et face à l'implication des proches (consistance interne = 0,63 à 0,93 au T1)

Instrument	Caractéristiques
Bénéfices pour les proches	
<i>Family Burden Interview Schedule</i> (Tessler et Gamache, 1995)	Mesure le fardeau des familles à l'aide de 65 énoncés qui se regroupent dans huit échelles selon cinq dimensions : coûts financiers reliés au soutien de l'utilisateur, fardeaux objectif et subjectif liés à l'aide dans les activités de la vie quotidienne, fardeaux objectif subjectif liés à la supervision des symptômes et au contrôle des comportements, fardeau objectif lié à l'impact sur la routine quotidienne, fardeaux liés aux inquiétudes face à l'utilisateur et aux réactions négatives que ressent le proche face à l'utilisateur
<i>Psychiatric Symptoms Index</i> (Ilfeld, 1976)	Indice de détresse psychologique de l'enquête Santé-Québec mesurant la détresse émotionnelle à l'aide de 14 énoncés (consistance interne = 0,87 au T1)
<i>Verona Service Satisfaction Scale</i> (VSSS) (Ruggeri et Dall'Agnola, 1993)	Semblable à la version des usagers comprenant essentiellement que des reformulations des énoncés visant à ce qu'ils s'adressent aux proches (consistance interne = 0,70 à 0,92 au T1)
Retombées pour les intervenants	
<i>Échelle de mesure des manifestations du bien-être psychologique</i> (Massé et al., 1998)	Comprend 25 énoncés regroupés selon six dimensions : estime de soi, équilibre, engagement social, sociabilité, contrôle de soi et des événements et bonheur (consistance interne = 0,58 à 0,95 au T2)
<i>Échelle de satisfaction globale au travail</i> (Blais et Lachance, 1993)	Comporte 4 énoncés (consistance interne = 0,90 au T1)
<i>Inventaire des motivations au travail de Blais</i> (Blais et al., 1993)	Comprend 31 énoncés se regroupant selon huit échelles : motivations intrinsèques (MI) aux stimulations, à la connaissance et à l'accomplissement, motivations extrinsèques (ME) par régulation externe, introjectées et identifiées et amotivations (AM) internes et externes (consistance interne = 0,64 à 0,93 au T2)
<i>Maslach Burnout Inventory</i> (Maslach et Jackson, 1981)	Échelle du <i>burnout</i> des professions d'aide évaluant l'épuisement professionnel dans les professions d'aide à l'aide de 22 énoncés qui se regroupent selon trois dimensions : l'épuisement émotionnel, accomplissement personnel et dépersonnalisation (consistance interne = 0,70 à 0,85 au T1)
<i>Psychiatric Symptoms Index</i> (Ilfeld, 1976)	Indice de détresse psychologique de l'enquête Santé-Québec mesurant la détresse émotionnelle à l'aide de 14 énoncés (identique à la version des proches) (consistance interne = 0,87 au T1)
<i>Work Environment Scale</i> (Moos, 1986)	Échelle de soutien en milieu de travail comportant 18 énoncés qui évaluent la cohésion entre les pairs et le soutien du supérieur (consistance interne = 0,80 et 0,77 respectivement au T1)
<i>Working Alliance Inventory</i> (Horvath et Greenberg, 1986)	Échelle d'alliance thérapeutique comprenant 36 énoncés et mesurant trois dimensions : lien, but et tâche
Aspect économique	
Questionnaires sur l'utilisation des ressources en santé	Deux grilles : une répertoriant les services sociomédicaux à partir de trois sources principales de données (banques informatisées de l'hôpital sur les journées d'hospitalisation, les visites à l'urgence, les consultations en cliniques externes et les visites au centre de crise; banques de la Régie de l'assurance maladie du Québec pour les médicaments prescrits dans un service ambulatoire et les honoraires des médecins; et les relevés des ressources en temps et en argent dépensées par les proches en relation avec l'état de santé des usagers) et l'autre établissant le prix unitaire de chaque item