

Développement et validation du Relevé quotidien des contacts

**Daniel Gélinas, M.Sc.
Jocelyn Bisson, M.Sc.
Éric Dion, Ph.D.
Nicole Ricard, Ph.D.
Alain Lesage, MD., M.Phil.**

**Rapport de recherche du
Module de soutien évaluatif au développement des
services psychiatriques de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine**

Le 25 novembre 2005

La référence suggérée pour ce rapport est :

Gélinas D., Bisson J., Dion, É., Ricard, N. & Lesage A. (2005). *Développement et validation du Relevé quotidien des contacts*. Rapport de recherche du Module de soutien évaluatif au développement des services psychiatriques, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal.

Les auteurs sont :

DANIEL GÉLINAS, M.Sc. (service social),
Psycho-éducateur et travailleur social, agent de recherche au sein de l'Axe de recherche en psychiatrie sociale du Centre de recherche Fernand-Seguin affilié à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et à l'Université de Montréal.

JOCELYN BISSON, M.Sc. (psychologie),
Conseiller clinique en réadaptation, recherche et évaluation, DSRHC, HLHL et coordonnateur du Module de soutien évaluatif au développement des services psychiatriques, au sein de l'Axe de recherche en psychiatrie sociale du Centre de recherche Fernand-Seguin affilié à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et à l'Université de Montréal.

ÉRIC DION, Ph.D. (psychologie),
Psychologue et Professeur au Département d'éducation et formation spécialisées de l'Université du Québec à Montréal.

NICOLE RICARD, Ph.D.
Professeur titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, chercheuse et membre de l'Axe de recherche en psychiatrie sociale du Centre de recherche Fernand-Seguin affilié à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et à l'Université de Montréal.

ALAIN LESAGE, MD, M.Phil.
Professeur titulaire à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, chercheur et membre de l'Axe de recherche en psychiatrie sociale du Centre de recherche Fernand-Seguin affilié à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et à l'Université de Montréal.

On peut se procurer des copies additionnelles de ce rapport,
par courrier :

Unité 218 de recherche A/S de M. Daniel Gélinas
Hôpital Louis-H. Lafontaine
7401 rue Hochelaga
Montréal, QC, H1N 3M5

par téléphone : (514) 251-4000, poste 3417

ou par courriel : gélinas.daniel@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, quatrième trimestre 2005

Bibliothèque Nationale du Canada, quatrième trimestre 2005

ISBN 2-922772-06-3

© Module de soutien évaluatif au développement des services psychiatriques,
Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal, Québec, Canada.

Reconnaissance et remerciements

Plusieurs personnes ont contribué de près et de loin à l'élaboration, la construction, l'essai et l'utilisation à une large échelle de cet instrument de recherche-action. Nous remercions tout d'abord les 57 agents SIM de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, du Centre hospitalier de Granby et du Centre hospitalier Pierre-Boucher à Longueuil qui utilisent le RQC avec succès depuis ses débuts en 1999 et 2000. Sans leur participation active à cet exercice, le RQC n'aurait pas la valeur qu'on lui connaît aujourd'hui.

Ensuite, nous remercions Mme Deborah Thompson, qui était la cheffe de service de l'équipe PACT de l'Hôpital Douglas en 1999 dont les feuilles-contact ont servi de point de départ à notre réflexion pour élaborer le RQC. Nous remercions les membres de l'équipe de recherche de cet établissement, Mme Anne Crocker, M. Eric Latimer et Mme Céline Mercier, qui ont partagé avec nous les résultats de leurs travaux de recherche avec ce type d'instruments, de même que Mme Nicole Hay et Mme Claire Robitaille de l'équipe PACT de l'Hôpital Charles-Lemoyne à Longueuil qui ont accepté avec les membres de leur équipe de faire un test avec notre instrument. Cet exercice nous a permis de cerner davantage les lacunes des premières versions de l'instrument. Enfin, nous remercions Mme Carolyn S. Dewa et Mme Paula Goering du Centre de toxicomanie et de santé mentale de Toronto nous avaient transmis en 1999 leurs grilles de contact qu'ils avaient développé dans le cadre de leurs travaux de recherche.

Par ailleurs, le Relevé Quotidien des Contacts est le fruit d'un comité de travail formé en 1999 par M. Daniel Gélinas, M. Éric Dion, Mme Nicole Ricard et le Docteur Alain Lesage de l'Axe de recherche de psychiatrie sociale du Centre de recherche Fernand-Seguin d'une part, et de la participation active de Mme Johanne Prince, Mme Marielle Raymond, M. Yves Debrosse et Mme Hélène Bastien du programme de suivi intensif dans le milieu de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine d'autre part. Nous remercions également les 14 agents des programmes de suivi intensif dans le milieu de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine à Montréal, du Centre hospitalier de Granby et du Centre hospitalier Pierre-Boucher à Longueuil qui ont participé activement à la procédure de validation de l'instrument à l'automne 2000. Outre Mesdames Prince et Bastien qui ont participé à cet exercice, nous tenons à remercier Mme Lucie Brisson, Mme Lorraine Cadieux, Mme Élisabeth Larouche, Mme Lucie McClean, M. Patrick Poulin, Mme Louise Guindon, Mme Geneviève Phaneuf, M. Gilles Drouin, Mme Linda Lacoursière, Mme Lucie Gaudette, Mme Nathalie Beauchamps et Mme Lise Roy.

De plus, nous tenons à souligner la contribution de Mme Lorraine Laliberté qui était responsable à titre de coordonnatrice du projet de recherche sur le SIM d'offrir du soutien et de la formation continue auprès des agents SIM utilisant le RQC et de M. Khélil Ben Abdelghani qui a réalisé des analyses à titre d'agent de recherche. Nous tenons également à souligner le travail de saisie et de correction effectué par M. Normand Carpentier, M. Pierre Sénécal, Mme Régine Bernier et M. Éric Gosselin. Enfin, nous tenons à remercier les responsables cliniques et administratifs qui nous ont continuellement apporté du soutien soit, Mme Diane Benoit, Mme Michèle Lévesque et M. Michel Lahaie de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, Mme Nicole Charbonneau du Centre hospitalier de Granby et Mme Élisabeth Hamel du Centre hospitalier Pierre-Boucher à Longueuil; de même que le chercheur et professeur au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières, M. Claude Leclerc et son adjointe Mme Lyne Bouchard qui ont intégré le RQC à leurs travaux de recherche.

Enfin, ce travail a été réalisé avec le soutien d'une subvention de recherche du programme conjoint FRSQ/CQRS/MSSS en santé mentale et du PNRDS/IRSC «Évaluation des aspects organisationnels, professionnels et cliniques de l'implantation et du fonctionnement du suivi intensif dans le milieu» (Chercheure principale ; Mme Nicole Ricard, Ph.D. co-chercheurs ; Docteurs Alain D. Lesage et Daniel Reinhartz ainsi que Mme Sylvie Lauzon, Ph.D.).

Table des matières

Reconnaissance et remerciements	3
1. Le contexte du développement de l'instrument	5
1.1. Introduction	5
1.2. Conception de l'instrument	7
2. Description de l'instrument	15
2.1. Nomenclature et description détaillée de l'instrument	16
2.1. Nomenclature et description détaillée de l'instrument	16
2.2. Exemple d'un contact effectué par un agent SIM	18
2.3. Rapport des Relevés Quotidiens des Contacts	22
3. La procédure de validation de l'instrument	24
3.1. Échantillon et procédure	24
3.1.1. Définition du critère	24
3.1.2. Retour sur les catégories problématiques	25
3.1.3. Méthode d'analyse	25
3.1.4. Accord avec le critère	27
3.1.5. Relation à l'expérience des juges	27
3.2. Résultats	28
3.2.1. Analyses de l'accord interjuges et de l'accord avec le critère	28
3.2.2. L'expérience des juges	31
3.3. Discussion	32
4. Forces et limites de l'instrument	35
5. Références	40

Liste des figures et des tableaux

Figure 1 : Nomenclature d'un RQC	15
Figure 2 : Cotation de l'exemple d'un contact effectué par un agent SIM	20
Figure 3 : Exemple d'un rapport de Relevé quotidien des contacts	23
Tableau 1 : Distributions et pourcentages d'accords entre les juges et le critère et indices d'accord interjuges (ICC ou Kappa)	29
Tableau 2 : Pourcentages moyens d'accords entre chaque juge et le critère (moyenne et écart-type) et test F (Anova à mesures répétées sur le juge)	32

1. Le contexte du développement de l'instrument

1.1. Introduction

Par définition, le suivi intensif dans le milieu est une approche innovatrice en psychiatrie pour suivre et traiter les personnes aux prises avec des troubles mentaux dans la communauté. Comme il s'agit d'une innovation, la nécessité de prendre des mesures liées au processus s'est inscrite historiquement comme un élément incontournable de la recherche évaluative dans ce champ. Il est non seulement indispensable de mesurer l'intensité de l'intervention en termes de facteur critique de son déploiement mais également de cerner avec précision la portée de son caractère *in vivo*. Autrement dit, la procédure de surveillance et de suivi continu du déploiement de ce nouveau type de programme (*monitoring*) se posait alors comme un élément essentiel à mettre en place dans le cadre du projet de recherche qui s'enclenchait à la fin des années 90 lors de l'implantation d'un nouveau programme de suivi intensif dans le milieu (SIM) à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine à Montréal (Ricard & al., 2004, 2005).

Le Relevé quotidien des contacts (RQC) a été développé dans ce contexte. C'est un outil servant à décrire le travail des agents SIM auprès de la clientèle suivie. Il a été conçu au point de départ pour mesurer l'ampleur des interventions réalisées dans le milieu de vie des personnes suivies (Brekke & Test, 1987). Son but est de rendre compte de la fréquence, de l'intensité, de l'évolution, de la typologie et de la nature des interventions réalisées auprès de la clientèle. Pour ce faire, le RQC permet de noter la durée du contact, le mode de communication utilisé, la catégorie de personnes avec qui l'agent est entré en interaction, la catégorie d'endroit où s'est déroulé le contact et les sphères propres à la vie du client ayant fait l'objet d'un type d'intervention de la part de l'agent SIM lors d'un contact.

Utilisé la première fois au début des années 80 dans le cadre d'une étude longitudinale réalisée à partir du modèle PACT original de Madison (le *Training in Community Living*) (Brekke & Test, 1987), ce type d'instrument (*Daily Contact Log*) est recommandé par Brekke & Wolkon (1988) pour suivre le processus d'implantation de nouveaux programmes de traitement et de réadaptation dans la

communauté, principalement pour en illustrer le caractère *in vivo*. En se référant à des catégories générales, il présente l'avantage de comparer l'intensité de différents programmes de suivi intensif dans le milieu à partir des besoins exprimés par la clientèle en termes d'énergie requise pour la suivre dans son milieu de vie puisqu'il s'attarde à quantifier le nombre et la durée totale cumulée des contacts à partir de catégories générales cherchant à cerner certaines dimensions caractérisant le déploiement de ce type de programme (Ryan & al., 1994; Teague & al., 1995; Durbin & al., 1997).

Bien qu'il s'inspire de recherches antérieures conduites respectivement à Madison, Denver et Toronto sur le plan conceptuel et technique, sa construction et son adaptation à la réalité québécoise est le fruit d'un processus d'échanges fructueux entre les concepteurs (Gélinas et Dion, 1999) et des agents SIM qui ont participé à plusieurs étapes du développement et de la validation du Relevé quotidien des contacts. Il résulte d'une démarche de recherche-action similaire à celle conduite par des chercheurs canadiens, américains et britanniques durant les années 90 (Durbin & al., 1997; Teague & al., 1995; Bale & al., 1997) à la différence toutefois qu'il utilise une matrice permettant de relier la sphère propre au client faisant l'objet d'un type spécifique d'intervention de la part de l'agent SIM. Bien que nous n'ayons pas utilisé la méthode de recherche Delphi qui consiste à produire des questionnaires et à animer des *focus groups* pour déterminer le contenu des catégories utilisées (Fiander & Burns, 2000), nous avons conduit après coup avec succès une étude de validation de l'instrument auprès d'un groupe représentatif d'agents SIM à l'automne 2000. Depuis octobre 1999, le RQC a été progressivement utilisé avec succès au Québec auprès de différentes équipes de suivi intensif dans le milieu mises en place par une douzaine de centres hospitaliers offrant ce type de services ambulatoires de psychiatrie. Au moment de la dernière mise à jour du manuel d'utilisation du Relevé quotidien des contacts (RQC), le 2 septembre 2004 (1), 365,354 RQC avaient été enregistrés depuis le 18 octobre 1999.

¹ Au moment d'écrire ces lignes, 12 équipes de suivi intensif dans le milieu au Québec utilisent le RQC sur une base régulière pour soutenir leurs activités cliniques. Ces équipes relèvent respectivement de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine à Montréal, du CH de Granby, du CH du Centre-de-la-Mauricie (Shawinigan, Trois-Rivières, Drummondville, Victoriaville, La Tuque), du CH Pierre-Boucher et de

1.2. Conception de l'instrument

A priori, il n'était pas évident de demander aux agents SIM de coter et de remplir un relevé à toutes les fois où ils enregistraient un contact dans le cadre de leurs fonctions. D'une part, c'est la variété, la diversité et la complexité des interactions et des situations qui caractérisent le travail des agents SIM. D'autre part, il fallait que le relevé soit simple, convivial et facile à remplir. Cela impliquait que la logique du relevé soit claire et pertinente et que les catégories utilisées soient suffisamment souples pour rendre compte aisément des éléments majeurs émergeant des multiples contacts que les agents SIM avaient avec leurs clients ou avec d'autres personnes en leur nom. Le succès enregistré par le RQC s'explique en partie par le fait que notre démarche ayant conduit à sa conception nous a permis de résoudre plusieurs problèmes techniques liés à l'utilisation de ce type d'instrument.

À partir d'une recension des écrits et d'une communication avec d'autres chercheurs canadiens engagés dans l'étude de la mise en place de programmes SIM, nous avons répertorié un certain nombre de grilles de contacts. Cette procédure nous a permis d'identifier les informations indispensables que nous devions recueillir et de poser un regard critique sur la mécanique des différentes grilles que nous avons examinées. Cette première collecte de données nous a permis à la fois de puiser des items que nous avons retenu et d'éviter des écueils que nous avions relevé d'emblée. Il importe de préciser qu'il n'existe pas d'instruments standardisés pour rendre compte de l'activité des agents SIM et que toutes les grilles de contacts sont le fruit d'un exercice de réflexion parmi des agents SIM ayant à rendre compte de la nature de leur travail. Par conséquent, toutes ces grilles deviennent en quelque sorte une forme de langage commun propre à ces agents qui travaillent dans un contexte spécifique. Or il importe de souligner que la plupart des grilles examinées avaient été élaborées par des équipes plus ou moins grandes (d'une dizaine d'agents tout au plus) dont les membres travaillaient étroitement tous ensemble. Comme nous le verrons un

l'Hôpital Charles LeMoine à Longueuil, de l'Hôpital du Haut-Richelieu à St-Jean-sur-Richelieu, d'un programme conjoint sous la responsabilité du Centre de réadaptation Le Parcours de Repentigny et du Centre hospitalier Le Gardeur à Charlemagne et du CHR le Suroît à Salaberry-de-Valleyfield.

peu plus loin, certaines catégories employées nous apparaissaient abstraites ou trop précises en étant liées à des dimensions particulières propres au contexte de ces équipes. Ayant en main plusieurs grilles (publiées et non publiées), nous avons procédé à l'examen et à la critique de ces instruments pour finalement dégager un certain nombre de postulats.

Pour que les données recueillies soient compatibles avec celles émergeants des écrits, il fallait d'abord identifier les endroits où se produisait les contacts pour être en mesure d'en cerner le caractère *in vivo* autant à l'égard du nombre que de la durée totale cumulée des contacts. De plus, il importait de rendre compte non seulement des contacts se produisant avec les clients, mais également avec les autres personnes susceptibles de transiger avec eux dans leurs milieux de vie. Dans cette optique, il fallait que le RQC puisse rencontrer quatre items liés directement à ces dimensions systématisées à la fin des années 90 par un instrument spécifiquement développé pour mesurer le degré de fidélité lié à l'implantation des équipes PACT aux États-unis, soit le *Dartmouth Assertive Community Treatment Scale*. Ces items sont respectivement le nombre et/ou la durée totale cumulée des contacts se produisant en présence du client dans la communauté; la moyenne hebdomadaire de la durée totale cumulée des contacts en présence du client pour rendre compte de l'intensité du suivi; la moyenne hebdomadaire du nombre total de contacts en présence du client pour rendre compte de la fréquence des contacts requis par le suivi; et le nombre de contacts mensuels avec les personnes significatives du réseau social du client tels que des membres de sa famille, le propriétaire de son logis, des employeurs ou d'autres intervenants de différentes agences ou organisations (McGrew & al., 1994; McGrew & Bond, 1997; Teague & al., 1998; Phillips & al., 2001; Salyers & al., 2003).

Mais surtout, il fallait être en mesure de générer des données sur de longues périodes de temps pour être en mesure de cerner, à l'instar des données ramenées par Brekke & Test (1987), si la fréquence et l'intensité du suivi évoluaient dans le temps, après un, deux ou même cinq ans de suivi. Or cette exigence impliquait non seulement que le relevé soit facile à remplir mais également qu'il soit utile aux agents eux-mêmes dans la poursuite de leur travail.

D'où l'importance que nous avons accordé dès le départ à trois dimensions inter reliées : l'élégance et l'ergonomie de l'instrument, une logique simple et claire des catégories pour faciliter une cotation rapide et immédiate sur-le-champ suite aux contacts réalisés et un retour de l'information auprès des agents eux-mêmes qui pourraient se servir des données recueillies à des fins cliniques. Autrement dit, pour atteindre son but, ce genre d'instrument doit non seulement reposer sur un langage commun compris par tous les agents qui l'utilisent, mais également présenter des caractéristiques intrinsèques qui encouragent les agents à l'utiliser sur une base quotidienne et sur de longues périodes de temps.

Sur le plan de l'ergonomie, l'instrument a été conçu comme un carnet contenant une centaine de relevés (8 ½" X 5 ½") (21.5 cm X 14 cm) pouvant aisément se glisser dans un sac à main. L'idée était d'inciter les agents qui doivent se déplacer constamment et faire face à de multiples interactions dans la communauté de remplir le relevé sur-le-champ lors des contacts. De plus, contrairement à d'autres grilles que nous avons analysées, nous avons éliminé toute forme de référence à des codes numérotés liés aux catégories.

En donnant accès dès le départ à un rapport informatisé qui reproduisait l'instrument lui-même en livrant les fréquences enregistrées pour chaque client sur une base trimestrielle, les agents étaient en mesure de jauger eux-mêmes le profil qui se dégagait au niveau du suivi de leurs clients. Dès les premiers mois d'utilisation, plusieurs agents nous ont témoigné que ces rapports soutenaient leur travail clérical lorsqu'ils avaient à rédiger leurs notes d'évolution, d'où une incitation intrinsèque à maintenir le rythme de la collecte des données, condition *sine qua none* pour permettre à ce type d'instrument de produire des résultats quantitatifs sur de longues périodes de suivi.

Sur le plan de la logique des catégories et de la mécanique de l'instrument, nous avons réussi de concert avec les agents qui travaillaient avec nous dans un groupe de travail à résoudre un certain nombre de problèmes suite à des essais et à des tests réalisés lors de la mise au point de l'instrument au printemps et à l'été 1999. Premièrement, nous avons défini un contact comme *"une période de temps continue ou ininterrompue au cours de laquelle l'agent SIM entre en relation d'une façon successive ou simultanée avec le client et/ou*

une autre personne en son nom" (Gélinas & al., 1999, 2002). L'adoption de cette définition permettait de rendre compte à la fois des contacts courts et des contacts longs, mais surtout de donner aux agents un critère simple et précis pour déterminer le nombre et la durée de leurs multiples contacts. D'emblée, nous avons fait le choix de comptabiliser seulement le nombre et la durée de ces contacts relationnels proprement dits, c'est-à-dire de toutes les interactions significatives de plus de dix minutes (tel que suggéré par Brekke & Test, 1987 et reprise par Durbin et al., 1997) qui impliquent une relation avec au moins une autre personne, alors que d'autres auteurs avaient fait le choix de comptabiliser le temps de déplacement ainsi que l'ensemble des tâches connexes, ce qui conduisait en fait à adopter une fiche d'activité (*Outpatient Daily Activity Report*) plutôt qu'une grille de contacts relationnels (Dewa et al., 2001, 2003).

Deuxièmement, nous avons défini un contact comme un événement imprévisible au cours duquel il était possible pour l'agent SIM d'entrer en relation successivement ou simultanément avec plusieurs personnes (en personne et/ou par téléphone), de se déplacer successivement d'un endroit à l'autre durant cette période d'interaction relationnelle et d'utiliser successivement ou simultanément plusieurs types d'intervention touchant à de multiples sphères propres au cheminement du client suivi. Ainsi, à l'exception de la durée du contact, toutes les réponses du relevé sont dichotomiques et non mutuellement exclusives. Il n'y a pas de distinctions entre un aspect principal et des aspects secondaires (tel que proposé notamment par la grille britannique illustrée dans l'article de Bale & al., 1997) et en théorie, toutes les catégories de réponses d'un RQC pourraient avoir été cochées si les événements se déroulant à l'intérieur de la période de contact rencontraient les définitions données aux différentes catégories. Autrement dit, toutes les fréquences issues du RQC sont liées à l'occurrence et nous n'avons pas demandé aux agents d'attribuer des durées spécifiquement liées aux différentes dimensions faisant l'objet d'un contact (Teague & al., 1995) comme c'était le cas par exemple avec la grille utilisée par Dewa & al., (2001, 2003) que nous avons étudiée.

Troisièmement, nous avons réglé un certain nombre de problèmes techniques que nous avons identifié lors de l'examen des autres instruments.

Ainsi, nous avons défini le téléphone comme un mode de communication plutôt qu'un endroit spécifique comme c'était le cas dans les grilles utilisées par Brekke & Test (1987) et Durbin et al., (1997). De plus, dans l'exercice de leurs fonctions, les agents SIM sont appelés à intervenir non seulement auprès de leurs clients mais également auprès de multiples acteurs sociaux, tels que les concierges, les pharmaciens et les conjoints de leurs clients et ils doivent également se concerter avec les membres de leur équipe pour orienter leur intervention de suivi. Par ailleurs, ils sont appelés à se déplacer dans la communauté et à accompagner leurs clients à l'épicerie, au bureau de l'aide sociale et parfois même à l'hôpital et ils doivent souvent retourner à leur port d'attache, au local de l'équipe pour participer aux discussions de cas avec d'autres membres de leur équipe ou pour logger des appels importants auprès de plusieurs personnes pour faciliter l'accès de leurs clients à de multiples ressources sociales.

Rapidement suite à des essais, nous nous sommes rendus compte que s'il fallait noter précisément sur le relevé la fonction exacte des personnes avec qui l'agent SIM est entré en interaction (ex.: l'agent de l'aide sociale) et les endroits précis où se produisent les contacts (ex.: bureau de l'aide sociale), le RQC deviendrait rapidement un bloc-notes parsemé d'écritures ou de codes plutôt qu'un instrument de cotation simple et rapide à remplir après chaque contact. Qui plus est, au moment de l'analyse des données recueillies, les agents de recherche ont constaté qu'ils devaient nécessairement regrouper les personnes et les endroits dans des catégories pour composer avec la diversité des données enregistrées. Ce sont ces deux raisons qui ont motivé notre choix d'utiliser des catégories définies au préalable pour prendre note de ces items plutôt que de demander aux agents SIM de préciser la fonction des personnes rencontrées et d'identifier précisément les endroits où se produisent les contacts. Ce faisant, les catégories retenues permettaient à la fois de répondre aux questions posées par la recherche (que l'on retrouve dans les dimensions requises par le *Dartmouth Assertive Community Treatment Scale* tel qu'explicité précédemment) et de simplifier la procédure de la collecte des données pour les agents en leur donnant des critères simples à retenir pour classer les multiples personnes contactées et les endroits à partir des catégories suggérées.

Quatrièmement, nous avons relevé un certain nombre de zones grises dans les grilles que nous avons en main. De un, certaines catégories semblaient trop précises alors que d'autres semblaient trop larges. Par exemple, les catégories "psychothérapie" de la grille de Brekke & Test (1987) et "soutien émotionnel" de la grille de Durbin & al., (1997) avaient probablement un sens pour les agents de ces équipes alors que pour nous elles apparaissaient passablement abstraites et liées en fait au contexte spécifique de ces équipes. De deux, l'un des auteurs de ce rapport (Éric Dion) avait une solide expérience au niveau des sciences de l'éducation de sorte qu'il était particulièrement attentif à la mécanique des définitions pour éviter la confusion ou le recours à la catégorie "autres dimensions". Enfin, nous avons noté que dans la plupart des grilles, il y avait une certaine confusion entre la sphère faisant l'objet d'une intervention et l'intervention elle-même, ces deux dimensions étant souvent ramenées au même niveau ou dans une optique de chevauchement.

Or, Ryan & al., (1994, 1997) avait identifié des sphères propres à la vie du client qui faisaient l'objet de l'intervention de *Case Managers* américains; certaines comme les "**activités de la vie quotidienne (AVQ)**" ⁽²⁾ étant liées au processus de réadaptation, d'autres comme le "**logement**" ou le "**budget**" étant liées à l'accès aux services et à l'ensemble des ressources sociales permettant aux clients de cheminer dans la communauté alors que d'autres telles que la "**santé mentale**" ou la "**médication**" étaient liées davantage à la condition psychiatrique des clients suivis. À quelques différences près, la plupart de ces dimensions étaient systématiquement reprises par Brekke & Test (1987) et Durbin & al., (1997), de même que par la grille non publiée que nous avait gracieusement remise l'équipe de Dewa & al., (2001, 2003) lors de notre exercice de conception en 1999 et reprises dernièrement par une d'autres études conduites en Europe (Burns & al., 2000; Björkman & Hansson, 2000). Autrement dit, nous avons pris acte d'un consensus qui semblait émerger des écrits à l'égard de l'identification de ces sphères et il nous apparaissait important

² Dans une perspective pédagogique, nous allons mettre en **gras** les différentes catégories utilisées par le RQC pour illustrer sa mécanique et mettre en évidence son argot technique.

d'adopter un langage qui serait compatible avec les acquis de la recherche dans ce champ.

Toutefois, la plupart des grilles consultées proposaient implicitement des définitions assez restreintes et spécialisées à l'égard de ce que l'on pouvait qualifier d'interventions spécifiques telles que par exemple "*l'Assertive Outreach*" (recherche active de la clientèle dans son milieu de vie pour lui apporter de l'aide et du soutien) ou "*l'Advocacy*" (défense des droits). Or nos premiers essais nous ont amené à concevoir une typologie des interventions susceptible d'être déployé par les agents SIM dont les définitions seraient assez larges pour englober non seulement les interventions identifiées plus haut mais également plusieurs autres interventions spécialisées, telles que la psychoéducation auprès des familles ou le soutien apporté à leurs clients dans la négociation auprès de différents interlocuteurs pour faciliter l'accès à différentes ressources; l'entraînement des habiletés sociales ou la supervision de la prise de la médication; l'enseignement prodigué à l'égard de la gestion des symptômes ou l'écoute active dispensée auprès des clients suivis dans le contexte du développement d'une relation d'aide; en identifiant à partir de critères précis, les dénominateurs communs de toutes ces interventions pour dégager une typologie.

Dans cette optique, 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 les multiples techniques d'interventions professionnelles déployées auprès des clients et des autres personnes selon une mécanique purement instrumentale. Ainsi le type "**Gestion clinique**" est lié à l'interaction se produisant entre les membres de l'équipe de soins alors que le type "**Représenter**" capture exclusivement les multiples interventions réalisées auprès des "**Citoyens**", des autres "**Intervenants**" au sens large et des membres de la "**Famille**" du client. Le type "**Faire avec**" capture exclusivement les multiples interventions liées à l'accompagnement ou à la supervision étroite d'une tâche ou d'une action au sens large pour qu'elle se produise (telle que la prise de la médication par exemple) alors que le type "**Discuter**" capture exclusivement les multiples interventions ayant pour dénominateur commun de se déployer sur la base d'un échange verbal seulement et exclusivement auprès

du client ⁽³⁾. Enfin le type "**Intervention de crise**" (que nous avons emprunté en fait tel quel à Dewa & al., 2001, 2003) permettait d'isoler l'ensemble des interventions réalisées dans le contexte d'une réponse urgente à certaines situations qui pourraient compromettre les acquis cliniques et sociaux du client.

C'est suite à cet exercice de conception de cette mécanique instrumentale que nous avons introduit la principale innovation propre à notre instrument, soit une matrice reliant les sphères propres à la vie du client ayant fait l'objet d'un type d'intervention à partir de critères bien définis; l'idée centrale étant qu'une même sphère pouvait faire l'objet de différents types d'intervention autant auprès du client que des personnes gravitant autour de lui au sein de son réseau social. Ainsi, le type "**Représenter**" permettait d'isoler l'ensemble des interventions déployées auprès des tiers (en dehors des membres de l'équipe); alors que la distinction entre le type "**Faire avec**" (lié à la nécessité pour l'agent de réaliser une tâche côte à côte avec le client) et le type "**Discuter**" (lié à l'ensemble des interventions verbales permettant aux agents de tisser une relation d'aide) leur donnait un critère simple pour distinguer les multiples interventions spécifiques ou spécialisées susceptibles d'être déployées lors de leurs multiples contacts.

Bref, avec la matrice, nous avons résolu le problème lié au fait que les mêmes sphères propres au vécu des clients font à la fois l'objet d'interventions autant auprès d'eux qu'auprès des tiers au sein de son réseau social d'une part; et d'autre part que plusieurs interventions sont souvent déployées d'une façon successive ou simultanée au cours d'un même contact. Les essais subséquents ayant été concluants, les agents SIM de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine ⁽⁴⁾ se sont reconnus dans les catégories suggérées et ont adopté la logique de l'outil en raison de sa capacité de capturer des éléments complexes émergeant des contacts. La procédure de validation que nous allons décrire un peu plus loin dans ce rapport venant confirmer la justesse des choix pédagogiques, conceptuels et méthodologiques que nous avons fait à ce moment-là.

³ Ainsi, la définition instrumentale et terre-à-terre du type "**Discuter**" pourrait aussi bien s'appliquer aux médecins lorsqu'ils traitent leurs patients qu'aux autres professionnels de la santé et des services sociaux dans le contexte de la conduite d'une thérapie ou lorsqu'ils posent un acte professionnel caractérisé par un échange verbal avec leur client.

⁴ De même que les agents des autres équipes de suivi intensif ayant adopté l'outil par la suite.

2. Description de l'instrument

L'utilisation du Relevé quotidien des contacts implique que les agents SIM doivent remplir un RQC à toutes les fois qu'ils ont un contact significatif d'une durée de plus de 10 minutes avec le client, une autre personne au nom du client ou un membre de leur équipe. Seul le temps de contact relationnel avec autrui est comptabilisé, de sorte que le temps requis pour les tâches cléricales ou lorsque l'agent est appelé à se déplacer seul dans sa voiture sont exclus. Un contact peut se dérouler autant à la clinique externe que dans le milieu de vie du client et il dure tant et aussi longtemps que l'agent demeure en relation avec autrui durant une séquence temporelle continue liée à un événement ou à un accompagnement. Autrement dit, un agent peut enregistrer de multiples contacts brefs dans une journée ou seulement quelques-uns de plus longue durée s'il est appelé par exemple à faire une activité d'accompagnement à l'épicerie avec son client durant tout un après-midi.

Figure 1 : Nomenclature d'un RQC.

Relevé quotidien des contacts

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

Numéro de dossier du client

0001

Matricule de l'agent

15845

Date du contact

21

-

10

-

05

Initiales du client

J P U

Durée du contact

3

Minutes

Mode de contact

En personne ☒ Par téléphone ☐

Quart de travail

Jour ☒ Soir ☒ Nuit ☐

Avec qui?

Client ☒ Résidence ☒

Citoyen ☐ Communauté ☒

Intervenant ☒ Service ☐

Membre/Équipe ☒ Clinique ☒

Famille ☐ Hôpital ☐

4308421226

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	☐	☐	☐	☐

2.1. 2.1 Nomenclature et description détaillée de l'instrument

La partie gauche consigne la durée, le mode de communication, le quart de travail et des catégories de personnes et d'endroits où s'est déroulé le contact. Ainsi, le téléphone n'est pas considéré comme un endroit mais plutôt comme un mode de communication qui peut être utilisé partout et un contact peut chevaucher deux quarts de travail, impliquer plusieurs catégories de personnes simultanément ou se dérouler successivement à plusieurs catégories d'endroits en autant que le contact soit continu dans le temps. Nous employons le terme de "**catégories**" ⁽⁵⁾ de personnes et d'endroits, car l'agent qui entre en relation par exemple avec le psychiatre de la clinique externe et le responsable de la famille d'accueil durant un même contact coche les cases "**Membre/Équipe**" et "**Intervenant**" sans en préciser le nombre ou la fonction exacte. De plus, lorsqu'il accompagne son "**Client**" à la clinique externe de psychiatrie pour ensuite se déplacer avec lui dans la ville pour poursuivre son intervention à domicile, il coche les cases "**Clinique**", "**Communauté**" et "**Résidence**" sans nommer d'endroits précis. Dans cette logique, l'agent de l'aide sociale est un "**Intervenant**" et le bureau de l'aide sociale est un "**Service**". Bref avant d'utiliser le RQC, les "**agents SIM**" ⁽⁶⁾ doivent recevoir une formation pour assimiler les définitions données à chacune des catégories du RQC contenues dans un manuel assez exhaustif (Gélinas & al., 1999, 2002) et ils ne sont pas obligés de noter de multiples détails liés aux fonctions des différentes personnes avec qui ils entrent en relation et aux endroits où se produisent les contacts, ni d'utiliser une liste complexe de codes numériques.

La partie droite du RQC contient la matrice construite à partir des intersections entre onze sphères propres à la vie du client pouvant faire l'objet de quatre grands types d'interventions de la part des agents SIM. Son principe directeur est le suivant : **Que faites-vous à propos de quoi ?** Seul le type d'intervention "**Gestion clinique**" échappe à cette règle en ne précisant pas les

⁵ Dans une perspective pédagogique, nous allons mettre en **gras** les différentes catégories utilisées par le RQC pour illustrer sa mécanique et mettre en évidence son argot technique.

⁶ Appelation utilisée dans le manuel d'utilisation du RQC pour désigner les agents de suivi intensif dans le milieu, que le suivi soit déployé sur la base d'une charge individuelle de travail ou au sein d'une équipe de type PACT entièrement dédiée à la pratique du suivi intensif (Gélinas & al., 1999, 2002).

sphères qui en sont l'objet puisque par définition, une gestion clinique en psychiatrie implique généralement de faire le point sur l'ensemble de la réalité clinique et sociale du client. En effet, elle englobe les rendez-vous avec le psychiatre traitant en compagnie du client et de l'agent SIM pour orienter le suivi psychosocial et toutes les interactions significatives de concertation entre les agents SIM et leurs collègues, incluant le personnel infirmier de l'unité de soins psychiatriques et les autres professionnels de la clinique externe de psychiatrie.

Par contre, à toutes les fois où l'agent SIM entre en contact avec un **"Citoyen"**, un **"Intervenant"** ou un membre de la **"Famille"** au nom de son client, qu'il soit présent ou pas, il utilise le type d'intervention **"Représenter"**, de sorte qu'il est demandé de cocher sous cette colonne les **"Sphères"** faisant l'objet de ce type d'intervention qui peut prendre différentes formes allant de la négociation avec un concierge **"Citoyen"** à propos de l'accès à un **"Logement"**, une demande d'information auprès de **"l'Intervenant"** pharmacien à propos de la prise de la **"médication"** ou une activité de psychoéducation auprès des membres de la **"Famille"** à propos de l'évolution de la symptomatologie du client (**"Santé mentale"** ⁷) ou de la gestion de ses **"Relations"** avec eux.

L'agent SIM utilise le type d'intervention **"Faire Avec"**, lorsqu'il accompagne son client à l'épicerie ou qu'il se déplace avec lui en voiture (ces actions tombant sous la sphère **"AVQ"**), qu'il supervise la prise de la **"médication"** au moyen d'une livraison ou d'une vérification de la dosette, qu'il accompagne son client pour fréquenter un centre de loisirs (**"Loisirs/Social"**) ou qu'il détermine avec lui son **"Budget"** en l'accompagnant à la banque à toutes les semaines pour faire des retraits planifiés selon ses besoins. Dès que l'agent SIM est appelé à réaliser une tâche concrète avec le client pour que celle-ci se réalise, il utilise le type d'intervention **"Faire Avec"**, parce que sans la participation active de l'agent à sa réalisation, la tâche ne serait pas accomplie. Bref ce type d'intervention inclut toutes les activités d'entraînement aux habiletés sociales qui impliquent du *modeling*, c'est-à-dire de prodiguer au client un

⁷ Précisons que cette sphère était désignée sous le terme de **"symptômes"** dans la première version du manuel d'utilisation du RQC. Lors de sa révision suite à la conduite de la procédure de validation de l'instrument, le terme employé pour désigner cette sphère a été modifié mais la logique de la définition qui la sous-tend est demeuré identique (Gélinas & al., 1999, 2002).

enseignement pratique par le fait d'accomplir une tâche avec lui côte à côte pour soutenir l'apprentissage d'un comportement adéquat ou pour résoudre un problème concret.

Le type d'intervention "**Discuter**" inclut toutes les interventions strictement verbales avec le client qui visent à transmettre ou à recevoir des informations sur son vécu ou sa situation, à le soutenir en lui donnant des explications ou des conseils et à lui offrir de l'écoute active et un soutien émotionnel. En fait, ce type d'intervention inclut toute la dimension relationnelle qui se tisse entre l'agent et le client dans le contexte d'une relation d'aide. En effet, pour surmonter les séquelles laissées par la maladie, les clients ont souvent besoin de faire le point sur leur vécu, d'échanger avec quelqu'un en qui ils ont confiance à propos de leurs craintes, de leurs projets ou tout simplement à propos des événements qui se produisent dans leur vie quotidienne. Bien que l'occurrence de ce type d'intervention soit nécessairement élevé par défaut (les interventions strictement verbales étant pratiquement toujours utilisées auprès des clients lors des contacts), il permet néanmoins de mettre en évidence l'importance relative de chacune des sphères qui font l'objet de ce type d'intervention.

Enfin, le type d'intervention "**Intervention de crise**" ⁽⁸⁾ inclut toute action exceptionnelle qui vise la résolution rapide et immédiate d'une situation urgente de nature médicale, psychiatrique ou psychosociale qui pourrait mettre en danger la sécurité du client ou de son entourage ou qui pourrait compromettre gravement le maintien de ses acquis sociaux. Ce "**type d'intervention**" inclut toutes les actions qui visent à prévenir ou à résoudre les situations à haut risque de décompensation ou de passage à l'acte.

2.2. Exemple d'un contact effectué par un agent SIM

Pour illustrer la mécanique du RQC, nous ramenons ici l'un des exemples tiré du manuel d'utilisation. Précisons également que la description de ce contact fictif donne un aperçu du type de vignettes utilisées lors de la procédure de validation dont nous livrerons les résultats un peu plus loin dans ce rapport.

⁸ En utilisant la même définition proposée par la grille développée par Dewa et Al. (2001, 2003)

"Il est 13 heures, l'agent SIM revient au local de l'équipe après son dîner. Un de ses clients, Jean-Pierre Untel, le signale sur son téléavertisseur. L'agent le contacte par téléphone et lui confirme l'heure à laquelle il doit le rencontrer. Le téléphone dure approximativement trois minutes. L'agent prend sa voiture et se rend chez le client. Il entre dans l'appartement de ce dernier à 13 heures 30.

D'emblée, le client informe l'agent d'un changement dans la dosette livrée par la pharmacie. Ce client gère lui-même sa prise de médicaments. L'agent suggère au client de se rendre à la pharmacie pour régler le problème avec le pharmacien. Ensuite, l'agent et le client examinent le livre de la caisse et les factures à payer. Ils déterminent ensemble la répartition des dépenses du mois. Au cours de cet exercice, l'agent constate que la facture d'électricité est anormalement élevée et le client demande à l'agent de téléphoner à Hydro-Québec pour l'aider à régler son problème. L'agent rejoint le service à la clientèle et demande que son client bénéficie d'un plan budgétaire mensuel. En incluant la mise en attente et l'interaction avec la boîte vocale, la conversation téléphonique dure environ 20 minutes.

Par la suite, l'agent et le client quittent le domicile à 14 heures 40 pour se rendre en voiture (celle de l'agent) à la caisse populaire pour payer les factures. Durant le trajet, le client parle des problèmes personnels qu'il rencontre avec son frère. À la caisse, l'agent interagit simultanément avec la caissière et le client pour l'aider à faire ses transactions au comptoir. Ensuite, l'agent reconduit le client à la pharmacie du quartier. Le client sort de la voiture de l'agent à 15 heures 10. L'agent retourne au local de l'équipe puisqu'il doit participer à une réunion de son équipe à 15 heures 30." (Gélinas & al., 2002, p. 12)

Voyons maintenant à partir de cet exemple d'un contact effectué par un agent SIM, comment ils sont appelés à remplir un relevé. Tout d'abord, ils doivent inscrire un numéro de dossier ou de suivi du client faisant l'objet d'un suivi de la part de leur programme ou de leur équipe. Il s'agit ici du numéro fictif

"0001" que nous avons inscrit dans la case appropriée. Ensuite, nous avons inscrit le numéro matricule d'employé du premier auteur soit le "15845" et nous avons utilisé la date du 24 octobre 2005, pour inscrire respectivement les chiffres "24" et "10" dans les cases "Jour" et "Mois". Enfin, nous avons inscrit les initiales de notre client "Jean-Pierre Untel", soit "JPU". Au niveau de l'ergonomie de l'instrument, l'expérience nous a appris que la saisie des initiales du client s'est avérée très utile pour faciliter l'utilisation de l'instrument sur-le-champ et "in vivo" par les agents SIM qui pouvaient compléter le relevé par la suite (au niveau des numéros de dossier) à la fin de leur quart de travail.

Figure 2 : Cotation de l'exemple d'un contact effectué par un agent SIM

Relevé quotidien des contacts

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

Numéro de dossier du client

0
0
0
1

Matricule de l'agent

1
5
8
4
5

Date du contact

2
4

-

1
0

-

0
5

Initiales du client

J
P
U

Durée du contact

1

4
0

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	☐	☐	☐	☐

Mode de contact

En personne ☒ Par téléphone ☐

Quart de travail

Jour ☒ Soir ☐ Nuit ☐

Avec qui? **Quel endroit?**

Client ☒ Résidence ☒

Citoyen ☒ Communauté ☒

Intervenant ☐ Service ☐

Membre/Équipe ☐ Clinique ☐

Famille ☐ Hôpital ☐

4308421226

La prise de contact débute à 13 heures 30 et se termine à 15 heures 10 pour une durée totale de 1 heure et 40 minutes. Le temps requis par le premier téléphone n'est pas comptabilisé parce qu'il dure moins de 10 minutes, ni le temps requis pour le premier déplacement car l'agent SIM était seul à bord de sa voiture. Par conséquent, ce n'est qu'à partir de 13 heures 30 que le contact est continu et ininterrompu et ce jusqu'à 15 heures 10. C'est la raison pour laquelle le temps requis par le deuxième déplacement est inclus dans la durée du contact car l'agent SIM est encore en relation continue avec son client.

Les cercles **"En personne"** et **"Par téléphone"** sont noircis tous les deux car ces deux modes de communication ont été utilisés durant le contact. D'abord **"En personne"** avec le client et la caissière à la caisse populaire et ensuite **"Par téléphone"** avec l'employé de la compagnie d'électricité, dont l'appel a duré environ 20 minutes. Ensuite, le cercle **"Jour"** est noirci car le contact s'est déroulé entre 8 heures du matin et 16 heures de l'après-midi.

Au cours de ce contact, l'agent SIM est entré en relation avec trois personnes; son **"Client"** et deux **"Citoyens"** (l'employé de la compagnie d'électricité et la caissière de la caisse populaire). Par conséquent, ces deux catégories sont noircies sous la section **"Avec qui?"**. Par ailleurs, le contact s'est déroulé successivement à la **"Résidence"** du client, dans la voiture de l'agent et à la banque, soit dans la **"Communauté"**. Par conséquent, ces deux dernières catégories sont noircies sous la section **"Quel endroit?"**.

Au niveau de la matrice des types d'intervention reliés aux sphères propres à la vie du client, cinq cercles sont noircis. D'abord, le cercle du croisement **"Discuter/Médication"** est noirci pour signifier l'échange verbal entre l'agent SIM et le client à propos du problème qu'il rencontre avec sa dosette. Il n'y a ni supervision de la médication qui aurait justifié un **"Faire avec"**, ni d'échange avec le pharmacien qui aurait justifié un **"Représenter"**. Dans la même colonne, le cercle du croisement **"Discuter/Relations"** est noirci pour signifier l'échange verbal qui s'est déroulé dans la voiture entre l'agent SIM et le client à propos des difficultés qu'il rencontre avec son frère. De plus, le cercle du croisement **"Faire avec/Budget"** est noirci pour signifier que l'agent SIM doit superviser étroitement la gestion du budget alors que le cercle du croisement **"Représenter/Budget"** est noirci pour signifier les interactions significatives qu'il a eues autant avec l'employé de la compagnie d'électricité (par téléphone) qu'avec la caissière à la caisse populaire (en personne). Enfin, le cercle du croisement **"Faire avec/AVQ"** est noirci pour signifier que l'agent SIM se déplace avec son client en voiture notamment pour aller à la caisse populaire et aller le reconduire à la pharmacie. Comme l'agent SIM n'a pas pénétré dans la pharmacie avec son client, le cercle de la catégorie **"Service"** n'est pas noirci.

2.3. Rapport des Relevés Quotidiens des Contacts

Dés le départ, nous avons conçu l'instrument dans la perspective d'instaurer une procédure de retour de l'information auprès des agents SIM appelés à utiliser. Cet élément nous apparaissait essentiel pour consolider l'utilisation de l'instrument sur une base quotidienne et s'assurer que les données seraient recueillies sur de longues périodes de temps. En effet, pour être en mesure de jauger l'intensité de l'intervention et de son évolution dans le temps comme l'avait fait Brekke & Test (1987), en dégagant des moyennes hebdomadaires ou mensuelles du nombre et de la durée totale cumulée des contacts, il fallait que les agents SIM eux-mêmes puissent y trouver leur compte en ayant accès à des données qui viendraient soutenir leur travail clinique.

Ainsi, à partir d'une première version développée par le troisième auteur de ce rapport (Éric Dion) à partir du logiciel *ACCESS* de la suite *Microsoft Office*, le deuxième auteur (Jocelyn Bisson) a développé en 2001 une application informatique assez sophistiquée avec le même logiciel permettant aux agents SIM de saisir eux-mêmes leurs RQC et d'éditer des rapports et des comptes-rendus graphiques sur une base trimestrielle. Intégrant un registre de la clientèle suivie ainsi que de multiples fonctions permettant d'éditer plusieurs types de rapports périodiques, "**Le Gestionnaire de RQC**" a permis de consolider l'utilisation de l'instrument et surtout de permettre sa dissémination auprès de plusieurs équipes SIM ou PACT qui en ont fait l'acquisition pour soutenir leurs activités cliniques de suivi et de *monitoring*. En effet, le développement de cette application informatique a permis à plusieurs équipes de suivi intensif au Québec d'utiliser l'instrument d'une façon autonome en n'étant pas dépendantes d'un centre de recherche pour saisir les données et produire leurs propres statistiques. Ainsi, il importe de préciser que le succès enregistré par le RQC repose à la fois sur sa logique conceptuelle et le soutien informatique qui l'accompagne; ces deux dimensions étant intimement liées et indissociables.

Figure 3 : Exemple d'un rapport de Relevés Quotidiens des Contacts

Période du 01 juillet 2005 au 30 septembre 2005

Agent : 15845

Client(s) : Rapport fictif du client "Jean-Pierre Untel" ⁽⁹⁾

Nombre de clients : 1

Nombre de contacts : 89

Types d'intervention

Mode de contact			Gestion clinique 3%					
En personne : 88%			Sphères	Représenter	Faire avec	Discuter	Crise	
Par téléphone :13%								
Durée des contacts			Santé mentale	10%	0%	21%	0%	28%
Tous les contacts			Santé physique	9%	3%	43%	1%	45%
Durée totale : 68 5			Médication	8%	29%	38%	0%	56%
Durée moyenne 45.9 minutes			Budget	7%	30%	35%	0%	57%
% des contacts > 1 hre: 29%			AVQ	1%	40%	48%	0%	62%
Contacts par téléphone			Logement	4%	0%	26%	0%	28%
Durée totale : 2 15			Travail/école	0%	0%	17%	0%	17%
Durée moyenne 12 minutes			Loisirs/social	0%	9%	33%	0%	34%
Contacts en personne			Relations	11%	2%	75%	1%	78%
Durée totale : 65 50			Justice	9%	1%	12%	1%	21%
Durée moyenne 51 minutes			Toxicomanie	6%	0%	56%	0%	57%
Quart de travail			Toutes :	27%	78%	91%	1%	
Jour	Soir	Nuit						
94%	8%	0%						
In vivo (10): 88%								
Avec qui ?			À quel endroit ?					
Client : 91%			Résidence : 87%					
Citoyen : 4%			Communauté : 31%					
Intervenant : 15%			Service : 6%					
Membre/équipe : 3%			Clinique : 13%					
Famille : 11%			Hôpital : 1%					

En reprenant la nomenclature de l'instrument lui-même et en livrant les pourcentages de l'occurrence des données recueillies pour une période donnée, les agents sont en mesure de dégager un profil du suivi auprès de leurs clients. À l'usage, ces rapports se sont révélés très utiles pour soutenir leur travail et ils ont consolidé du même coup l'utilisation de l'instrument et sa dissémination.

⁹ Dont les fréquences fictives illustrent le profil d'un client ayant fait l'objet d'un suivi de forte intensité.

¹⁰ C'est-à-dire tous les contacts impliquant obligatoirement une présence à la "**Résidence**", dans la "**Communauté**" ou au sein d'un "**Service**"; en incluant les contacts caractérisés par des passages à la "**Clinique**" ou à "**l'Hôpital**" en autant qu'un passage dans la "**Communauté**" soit enregistré lors de ce type de contact se déroulant successivement à plusieurs endroits tout en ayant une durée continue.

3. La procédure de validation de l'instrument

3.1. Échantillon et procédure

Afin d'évaluer l'accord inter juges et l'accord avec le critère, quatorze agents ont été sélectionnés au hasard parmi l'ensemble des agents du programme SIM de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, du Centre hospitalier de Granby et du Centre hospitalier Pierre-Boucher à Longueuil pour participer dans cette étude à titre de juges indépendants. Ces juges avaient pour tâche de codifier une série de 22 vignettes décrivant différents types de contacts rencontrés par les agents SIM dans leur pratique. Les juges furent répartis au hasard en deux groupes de sept juges, chaque juge codifiant onze vignettes. Tous les juges ont été rencontrés ensemble, et l'exercice s'est déroulé sur un peu plus de trois heures: soit quelques minutes pour expliquer la procédure de codification et trois heures au plus pour la codification du matériel.

Les 22 vignettes ont été développées de façon à couvrir la grande majorité des catégories de réponses du RQC, tant en terme du mode de communication utilisé (en personne et/ou par téléphone), du moment et de ou des endroits successifs où se déroulait le contact, des catégories de personnes faisant l'objet d'une intervention, que des types et de sphères d'interventions. Certaines catégories de réponses étaient plus fréquentes et d'autres plus rares, reflétant en cela la distribution des catégories de réponses observées dans des analyses préliminaires. La longueur des vignettes variait de quelques lignes à quatre pages de texte (mais généralement une page), et pouvaient donner lieu à aucune, une ou même plusieurs RQC (soit quatre au maximum). Ce nombre variable de RQC par vignette fut introduit pour évaluer la compréhension des juges de l'extension d'un RQC, ce qu'il comprend, quand il commence et quand il finit. Encore ici, une certaine représentativité fut respectée; la plupart des événements décrits dans les vignettes ne donnant lieu qu'à un seul RQC.

3.1.1. Définition du critère

Afin d'évaluer l'accord entre les juges indépendants et un critère, nous avons par ailleurs codifié l'ensemble des vignettes selon les lignes directrices du

manuel d'utilisation du RQC. Cette codification fut faite de façon collective (par deux auteurs du présent rapport assisté d'un autre agent de recherche (11) de façon à minimiser les erreurs et atteindre un consensus pour chacune des vignettes. Cette codification servit par la suite de critère auquel furent comparées les réponses des juges indépendants. Dans la mesure où les définitions des catégories de réponses sont claires et non ambiguës et que l'instrument est fiable, les réponses des juges devraient correspondre à celles du critère.

3.1.2. Retour sur les catégories problématiques

Suite à ces analyses de fidélité, qui constituent le cœur des résultats de ce présent rapport, les catégories problématiques, pour lesquelles l'accord inter juges ou l'accord avec le critère était faible, ont été identifiées. Ces catégories problématiques furent ensuite discutées avec les juges lors d'une deuxième rencontre afin de mieux comprendre les sources de désaccords et d'amener les changements nécessaires. Dans quelques cas, ces discussions ont donné lieu à des clarifications dans les définitions des catégories de réponses et à des modifications mineures dans les consignes de codifications du manuel. Dans d'autres cas, ces discussions ont mené à des précisions liées à la formulation des vignettes ⁽¹²⁾.

3.1.3. Méthode d'analyse

Comme nous l'avons vu précédemment, chaque RQC implique pour l'agent de porter plusieurs jugements: la durée de l'intervention et l'absence ou la présence des différentes catégories émergeant du contact. En terme statistique, chaque RQC comprend deux variables continues (le nombre et la durée des contacts) et une série de variables dichotomiques. Dans le cas des variables dichotomiques, l'accord inter juges est évalué à l'aide du coefficient Kappa (Fleiss, 1981; Siegel & Castellan, 1988). Le coefficient Kappa représente le ratio entre la proportion d'accords (non dus à la chance) entre les juges et la proportion maximale d'accords non dus à la chance. Le Kappa varie de 0,

¹¹ Daniel Gélinas, Jocelyn Bisson et Lorraine Laliberté.

¹² Les vignettes de même que l'analyse qualitative qui a suivi la procédure de validation à l'automne 2000 sont rassemblées dans un document de travail d'une centaine de pages en date du 13 mars 2001 et sont disponibles pour consultation sur place à l'unité de recherche auprès du premier auteur.

lorsqu'il n'y a aucun accord entre les juges, à 1, lorsque l'accord est parfait. Selon le barème établi par Landis & Koch (1977), un Kappa variant de ,21 à ,40 est passable quoique faible, de ,41 à ,60 modéré, de ,61 à ,80 substantiel et de ,81 à 1,00 excellent. Un test de signification permet en outre d'évaluer la probabilité que l'accord observé soit nul. L'analyse des Kappa fut conduite à l'aide du logiciel statistique *SPSS* (version 10), en utilisant notamment la «macro *MkappaSC.sps*». Cette macro sert à calculer l'accord entre plusieurs juges (potentiellement différents pour chaque objet) tel que spécifié dans Siegel & Castellan (1988).

Soulignons ici que la notion de proportion d'accords non dus à la chance est importante puisqu'elle permet d'éviter que la mesure de l'accord soit positivement biaisée par un manque de variation dans les jugements (par exemple beaucoup d'accord dus au fait que la catégorie n'est jamais présente). Cette correction a cependant pour conséquence que le Kappa devient particulièrement sensible au moindre désaccord lorsque la catégorie de réponse est rare. L'occurrence de catégories rares entraîne parfois un manque de variation dans les réponses qui rend le calcul du kappa impossible. Dans ce genre de situation, l'évaluation du pourcentage d'accords entre les juges à l'égard du critère est particulièrement importante.

Dans le cas des jugements à l'égard de la durée des contacts ainsi que pour le nombre de RQC codifiés par vignette (variant de 0 à 4), l'accord inter juges est évalué à l'aide du coefficient de corrélation intra classe (CCI; Shrout & Fleiss, 1979). Cette statistique, est l'équivalent du Kappa pour les mesures ordinales et d'intervalle. Le CCI peut également varier de 0 à 1, 0 signifiant l'absence totale d'accord et 1,0 un accord parfait. Un test de signification permet en outre d'évaluer la probabilité que l'accord observé soit nul. Le CCI comprend en outre différentes versions selon l'échantillonnage des juges. Dans le cas présent, nous utilisons la version 1 du CCI, telle que spécifiée dans l'article de Shrout & Fleiss (1979), dans laquelle chaque objet (ou vignette) est évalué par un ensemble différent de k juges, tirés d'une plus large population. La macro «*ICCSF1.SPS*» de *SPSS* pour *Windows* version 10 fut utilisée pour ces analyses.

3.1.4. Accord avec le critère

L'analyse de l'accord avec le critère consiste essentiellement à évaluer le pourcentage de juges en accord avec le critère, ceci pour chacune des catégories de réponses et chacune des vignettes. Des moyennes ont également été calculées représentant les pourcentages moyens d'accord pour chaque catégorie de réponses pour l'ensemble des vignettes, le pourcentage moyen pour chaque vignette, ou encore le pourcentage moyen d'accords entre chaque juge et le critère pour l'ensemble des catégories de réponse et l'ensemble des vignettes codifiées.

3.1.5. Relation à l'expérience des juges

Enfin, des analyses furent menées pour évaluer la relation entre l'expérience des juges avec l'utilisation du RQC et la correspondance entre leurs réponses et celles du critère. La question qui se pose est la suivante: les juges ayant plus d'expérience avec le RQC cotent-ils davantage fidèlement au critère que les juges ayant moins d'expérience? Autrement dit, la fidélité du RQC s'améliore-t-elle avec l'expérience des juges? Pour ce faire, deux catégories de juges furent définies: ceux ayant peu d'expérience et ceux ayant beaucoup d'expérience avec l'utilisation du RQC. Dans les faits, dans chacun des deux groupes de sept juges, un seul juge (par groupe) s'est avéré moins expérimenté que les autres. Dans les deux cas, ce juge avait moins de deux mois d'expérience avec l'utilisation du RQC, tandis que les autres juges avaient plus d'un an d'expérience. Les analyses consistent en deux ANOVA à mesures répétées, une par groupe de juges, et dans lesquelles le pourcentage moyen d'accords pour chaque juge est la variable dépendante répétée, le juge est la variable indépendante et la vignette est l'unité d'analyse. Deux hypothèses statistiques sont testées: (1) il n'y a pas de différence entre les différents juges au niveau des scores moyen d'accord avec le critère; (2) le score du juge ayant moins d'expérience n'est pas différent de ceux des juges ayant plus d'expérience.

3.2. Résultats

3.2.1. Analyses de l'accord interjuges et de l'accord avec le critère

Le Tableau 1 présente les mesures d'accord inter juges (Kappa et ICC) et les pourcentages d'accords avec le critère pour chacune des catégories de réponses au RQC. Dans le cas de la partie droite du RQC, ces statistiques sont également fournies au niveau plus général de chaque sphère et de chaque type d'intervention pris globalement. Pour cela, les réponses des juges ont d'abord été recodées de façon à indiquer la présence de la catégorie générale dans le RQC: ainsi la sphère "**Médication**" enregistre une valeur si l'un ou l'autre des cercles (ou croisements) "**Représenter/Médication**", "**Faire avec/Médication**", "**Discuter/Médication**" et/ou "**Intervention de crise/Médication**" sont cochés. Ces catégories générales sont ensuite analysées de la même façon que les catégories particulières. Le tableau indique également le nombre de vignettes dans lesquelles apparaît, selon le critère, chaque catégorie de réponse.

Les accords inter juges sont très élevés pour la très grande majorité des catégories de réponse ainsi que pour le nombre de RQC requis par vignette. Pour ce dernier, on note un coefficient de corrélation intra classe (CCI) de ,84 ($P < ,0001$) ainsi qu'un pourcentage moyen d'accord avec le critère de 95%. Pour la durée du contact, le CCI est de ,97 ($P < ,0001$) et le pourcentage moyen d'accords est de 90%. Pour ce qui est des catégories liées au mode de communication utilisé, au quart de travail, aux personnes ayant enregistré une interaction significative avec l'agent SIM et aux endroits où se sont produits les contacts selon les événements rapportés dans les vignettes, les Kappa varient de ,67 à 1,00 avec des probabilités d'erreurs (P) inférieures à ,0001, et tous avec des pourcentages moyens d'accords avec le critère de 91% et plus. L'absence de variation pour le mode de communication "**En personne**" a rendu impossible le calcul du Kappa, mais on observe pour cette catégorie un taux de 98% d'accords entre les juges et le critère.

Tableau 1 : Distributions et pourcentages d'accords entre les juges et le critère et indices d'accord interjuges (ICC ou Kappa)

Variable	Nb. vignettes	% d'accord	Kappa ou ICC	P
Nombre de RQC	21	95%	0,84 ^{icc}	****
Durée totale (minutes)	21	90%	0,97 ^{icc}	****
Mode de communication				
En personne	21	98%	—	—
Par téléphone	9	95%	0,84	****
Moment du contact				
Quart de jour	19	100%	1,00	****
Quart de soir	4	98%	0,90	****
Quart de nuit	2	100%	1,00	****
Avec qui ?				
Avec le client	19	97%	0,77	****
Avec un citoyen	5	93%	0,66	****
Avec un intervenant	14	91%	0,67	****
Avec un membre de l'équipe	9	97%	0,91	****
Avec un membre de la famille	5	97%	0,82	****
À quel endroit?				
Résidence	12	97%	0,90	****
Communauté	15	95%	0,80	****
Service	12	90%	0,70	****
Clinique	3	98%	0,87	****
Hôpital	5	97%	0,83	****
Matrice				
Symptômes (Santé mentale)	15	94%	0,71	****
+ Représenter	11	88%	0,67	****
+ Faire avec	1	90%	—	—
+ Discuter	11	87%	0,72	****
+ Intervention de crise	3	95%	0,53	*
Santé physique	4	90%	0,61	****
+ Représenter	1	95%	—	—
+ Faire avec	3	93%	0,67	***
+ Discuter	3	92%	0,63	****
+ Intervention de crise	0	100%	—	—
Médication	10	94%	0,84	****
+ Représenter	7	94%	0,82	****
+ Faire avec	3	93%	0,65	****
+ Discuter	8	96%	0,83	****
+ Intervention de crise	2	95%	0,70	*
Budget	12	94%	0,81	****
+ Représenter	6	93%	0,75	****
+ Faire avec	7	90%	0,82	****
+ Discuter	9	85%	0,66	****
+ Intervention de crise	1	96%	—	—

Tableau 1 : Distributions et pourcentages d'accords entre les juges et le critère et indices d'accord interjuges (ICC ou Kappa) (Tableau 1, page 2 / 2)

Variable	Nb. vignettes	% d'accord	Kappa ou ICC	P
AVQ	15	88%	0,75	****
+ Représenter	4	84%	0,46	****
+ Faire avec	13	84%	0,63	****
+ Discuter	9	83%	0,63	****
+ Intervention de crise	1	95%	—	—
Logement	7	95%	0,84	****
+ Représenter	5	94%	0,70	****
+ Faire avec	5	94%	0,78	****
+ Discuter	7	93%	0,78	****
+ Intervention de crise	2	95%	0,54	ns
Travail/école	5	99%	0,96	****
+ Représenter	2	98%	0,80	**
+ Faire avec	1	99%	—	—
+ Discuter	4	98%	0,89	****
+ Intervention de crise	0	100%	—	—
Loisirs/social	5	94%	0,78	****
+ Représenter	2	96%	0,65	**
+ Faire avec	3	95%	0,79	****
+ Discuter	3	97%	0,71	****
+ Intervention de crise	0	100%	—	—
Relations	11	84%	0,56	****
+ Représenter	6	86%	0,43	****
+ Faire avec	1	95%	—	—
+ Discuter	7	83%	0,64	****
+ Intervention de crise	0	99%	—	—
Justice	4	95%	0,70	****
+ Représenter	4	88%	0,56	*
+ Faire avec	3	93%	0,54	~
+ Discuter	4	95%	0,70	****
+ Intervention de crise	1	98%	—	—
Toxicomanie	4	96%	0,79	****
+ Représenter	3	95%	0,63	***
+ Faire avec	1	98%	—	—
+ Discuter	3	97%	0,73	****
+ Intervention de crise	1	96%	—	—
Type d'intervention				
Gestion clinique		92%	0,74	****
Représenter	17	93%	0,69	****
Faire avec	18	95%	0,70	****
Discuter	19	99%	0,84	***
Intervention de crise	3	97%	0,82	****

Pour ce qui est du côté droit du RQC, soit la matrice des sphères ayant fait l'objet des types d'interventions suggérés, les Kappas et les pourcentages d'accords avec le critère sont également très élevés à l'exception des seules catégories que l'on ne retrouve dans aucune ou une seule vignette selon le critère. Ainsi, parmi les 47 catégories de la matrice apparaissant dans au moins deux vignettes, les Kappa varient de ,43 à ,96 autour d'une moyenne de ,71 (écart-type = ,11) et les pourcentages moyens d'accord avec le critère varient de 83% à 99% autour d'une moyenne de 92% (écart-type = 4,5%). Parmi ces catégories de réponses, deux ont un Kappa en deçà de ,50, soit **"Représenter/Relations"** et **"Représenter/AVQ"** avec des Kappa respectifs de ,43 et ,46. Ces Kappa restent néanmoins très significatif ($P < ,0001$), et les pourcentages d'accords avec le critère pour ces catégories sont de 86% et 84% respectivement. Par ailleurs, deux autres catégories de réponses présentent des Kappa non significatifs, soit **"Faire avec/Justice"** et **"Intervention de crise/Logement"**, chacun avec un Kappa de ,54. Ces catégories se retrouvent dans 2 et 3 vignettes respectivement, selon le critère, et les pourcentages moyens d'accords avec le critère sont de 93% et 95%.

Des 60 catégories de réponses issues de la matrice du RQC, 9 se retrouvent dans une seule vignette et 4 dans aucune vignette selon le critère. Tel que mentionné précédemment, le Kappa n'a pu être calculé pour ces catégories de réponses. Notons par contre que dans tous ces cas, les proportions moyennes d'accords avec le critère sont très élevées, soit généralement au-dessus de ,95.

3.2.2. L'expérience des juges

Comme le montre le Tableau 2, aucune différence significative ne ressort entre les juges des deux groupes au niveau du pourcentage moyen d'accords avec le critère. Dans le groupe 1, ces pourcentages varient de ,93 à ,96 et le juge 7, qui n'a qu'un mois d'expérience avec l'utilisation du RQC, a un score de ,95. Dans le groupe 2, les pourcentages moyens d'accords avec le critère varient de ,91 à ,96, et le juge 14 qui n'a également qu'un mois d'expérience avec le RQC, a un score de ,95. Donc, d'une part les juges avec moins d'expérience que les autres n'ont pas des scores de correspondance au critère différents des

juges ayant plus d'expérience; et d'autre part, il n'existe même aucune différence significative entre les juges quant à la correspondance moyenne au critère.

Tableau 2 : Pourcentages moyens d'accords entre chaque juge et le critère (moyenne et écart-type) et test F (Anova à mesures répétées sur le juge)

	Groupe 1			Groupe 2	
	Moyenne	Écart-type		Moyenne	Écart-type
Juge # 1	,959	,052	Juge # 8	,948	,033
Juge # 2	,938	,048	Juge # 9	,955	,022
Juge # 3	,956	,041	Juge # 10	,922	,043
Juge # 4	,957	,031	Juge # 11	,931	,041
Juge # 5	,930	,058	Juge # 12	,908	,048
Juge # 6	,932	,062	Juge # 13	,948	,026
Juge # 7	,951	,040	Juge # 14	,949	,035
F (6,5)	2,114		F (6,5)	1,943	
P	0,244		P	,241	

3.3. Discussion

Les résultats de la procédure de validation du RQC ont incontestablement confirmé la fidélité de l'instrument et la pertinence de sa logique conceptuelle. Ceci est clairement ressorti tant au niveau des coefficients d'accords interjuges très élevés et statistiquement très significatifs pour la très grande majorité des catégories de réponses du RQC, qu'au niveau des pourcentages d'accords avec le critère, la plupart au-dessus des 90% et la majorité même au-dessus de 95%. Nous l'avons vu également, les rares catégories pour lesquelles l'accord était plus faible, bien qu'encore très acceptable (i.e. le plus faible kappa étant de ,43 associé à un taux d'accord avec le critère de 86%), étaient les catégories se retrouvant dans peu de vignettes (et aussi rarement utilisées dans la pratique), dans ces situations statistiques où il est connu que le kappa devient plus sensible. La démonstration est d'autant plus probante qu'elle fut faite pour chaque catégorie de réponse de l'instrument, à partir de plusieurs vignettes fort élaborées (en moyenne une page de texte par vignette) et tirées de situations cliniques réelles, qu'elle impliqua plusieurs juges, soit quatorze au total, et entre lesquels aucune différence significative ne fut démontrée. Même les deux juges les moins expérimentés avec l'instrument (qui n'avaient utilisé le RQC que depuis moins de deux mois) se sont montrés aussi fiables dans leur utilisation du RQC que les autres juges qui avaient tous plus d'un an d'expérience avec l'instrument. À titre de comparaison, la seule étude où nous avons pu recenser

une évaluation de la fidélité d'un instrument semblable, l'étude de Brekke & Wolkon (1988) où seul un kappa global fut fourni pour chacune des deux vignettes évaluées. Aucune mesure de fidélité ne fut calculée pour les catégories individuelles de réponses. Toutefois, Brekke & Wolkon (1988) ont fait appel à un observateur indépendant qui accompagnait des agents SIM sur le terrain pour remplir des grilles de contacts et ces auteurs ont rapporté un niveau d'accord de 83 % entre la cotation de l'observateur et celle de quinze agents, d'autres procédures indiquant que ces agents avaient omis de rapporter approximativement 10 % de leurs contacts.

Bien que nous n'ayons pas fait appel à un observateur indépendant qui aurait accompagné les agents SIM à l'instar de Brekke & Wolkon (1988), la fidélité observée par notre étude peut s'expliquer par plusieurs facteurs. Un facteur certainement des plus important concerne la rigueur avec laquelle les agents SIM sont formés à l'utilisation du RQC. Rappelons ici que tout agent de suivi intensif appelé à utiliser le RQC reçoit d'un des auteurs de l'instrument ⁽¹³⁾ une formation en équipe de trois heures s'échelonnant sur deux jours, espacées de deux semaines. Lors de la première session, la logique de l'instrument et chaque catégorie de réponse du RQC sont expliquées dans le détail, avec plusieurs exemples à l'appui et une explication détaillée des consignes et des règles spécifiques de codification du RQC. Un manuel d'utilisation du RQC ⁽¹⁴⁾ est également fourni à chaque agent SIM (Gélinas & al., 2002). À l'image de la formation, le manuel comprend les définitions détaillées des différentes catégories de réponses du RQC, également appuyées d'exemples concrets, ainsi que les consignes générales et les règles particulières de codification de l'instrument. Les agents sont conviés à maîtriser le contenu du manuel et à l'utiliser régulièrement dans la pratique. Après une pratique de deux semaines auprès de leur clientèle régulière, les agents sont conviés à la deuxième session pour une récapitulation du contenu et surtout pour valider leur compréhension de

¹³ Éric Dion et Daniel Gélinas ont assumé conjointement la formation auprès des agents du programme SIM de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine en 1999. Par la suite, la dissémination de l'instrument auprès des autres équipes utilisant le RQC au Québec a été assumée par M. Gélinas.

¹⁴ Mis à jour en mars 2002 notamment suite à la procédure de validation de l'instrument, bien que la logique originale de l'instrument soit toujours la même depuis sa première utilisation en octobre 1999.

l'instrument et répondre à leurs questions. Il va sans dire qu'une telle démarche est pour le moins rigoureuse et permet certainement que chaque utilisateur de l'instrument l'utilise à bon escient et avec la meilleure compréhension qui soit.

Parmi les autres facteurs pouvant expliquer la fidélité de l'instrument, on peut mentionner le fait que l'instrument a été développé en partenariat avec un milieu de pratique, notamment avec les agents de suivi intensif dans le milieu de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, et que les catégories de réponses de l'instrument et leurs définitions font du sens pour bien refléter le travail de l'ensemble des agents SIM oeuvrant dans différents milieux dans le contexte culturel du Québec. En outre, les différentes catégories de réponses leur semblent claires et suffisamment différentes les unes des autres pour assurer une codification relativement facile et malgré tout complète. En effet, dans la mesure où les catégories de réponses du RQC sont distinctes et qu'elles sont complètes, dans le sens qu'elles couvrent l'ensemble des situations potentielles dans la pratique, les occasions de coter de manière erronée sont réduites. Les nombreuses occasions où nous avons demandé aux utilisateurs du RQC leurs impressions sur l'instrument, sur son adéquation avec les situations de pratiques et sur la clarté des définitions, peuvent en témoigner.

4. Forces et limites de l'instrument

Le Relevé quotidien des contacts génère des indicateurs précieux pour dégager des profils de suivi. Étant donné son caractère pratique, systématique et convivial, les agents SIM de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine se l'ont approprié à un point tel qu'ils ont demandé de conserver l'outil pour un usage clinique suite à la fin de la recherche. Depuis octobre 1999, nous avons observé que les agents SIM maintiennent un niveau constant d'enregistrement sur de longues périodes, permettant ainsi de constituer des bases de données impressionnantes sur le plan longitudinal puisque les RQC sont comptabilisés sur une base quotidienne.

En fait, la principale contribution apportée par notre expérience au développement de la recherche dans ce champ réside dans la robustesse du RQC autant au niveau de sa logique conceptuelle qu'au niveau de son soutien informatique intégré permettant ainsi aux équipes de suivi intensif dans le milieu de l'utiliser pour rencontrer d'abord leurs propres besoins de *monitoring*. De ce point de vue, le souci que nous avons eu au point de départ à propos de l'élégance et de l'ergonomie de l'instrument nous a permis de relever le défi de recueillir des données quotidiennes dans une perspective continue à long terme.

À l'origine, Brekke & Test (1987, 1992) ont construit ce genre d'instrument pour évaluer si les modalités d'opération du premier programme de suivi intensif dans le milieu correspondaient aux principales caractéristiques énoncées et aux objectifs poursuivis. C'est avec ce type d'instrument notamment qu'ils ont pu montrer que les trois quarts de la durée cumulée des contacts se déroulaient dans le milieu de vie de la clientèle et non au sein des locaux de l'équipe qui servaient plutôt de port d'attache pour des agents mobiles et présents sur le terrain. Bien qu'il semble évident que les agents SIM au Québec dispensent la majorité de leurs interventions *in vivo* dans le milieu de vie de la clientèle suivie tel qu'illustré par les résultats publiés jusqu'ici (Lesage & al., 2003, Ricard & al., 2004, 2005), ce type d'instrument permet également de mesurer l'intensité du suivi des agents auprès de leurs clients qui peut varier d'un client à l'autre et pour un même client dans le temps selon leurs besoins cliniques. Or les données présentées par Brekke & Test (1987) s'échelonnaient sur une période de six ans.

En fait, les deux mesures essentielles qui émergent de l'utilisation du RQC sont liées au nombre et la durée totale cumulée des contacts qui permettent de cerner si un suivi est de faible, de moyenne ou de forte intensité (Durbin & al., 1997). Cette donnée stratégique va avoir un sens ou une valeur seulement si les agents SIM enregistrent effectivement tous leurs contacts, et ce à tous les jours durant de longues périodes. Pour maintenir la motivation d'utiliser l'instrument en tout temps, notre expérience nous a montré que les agents SIM doivent se reconnaître dans cet outil et y trouver leur propre compte. Autrement dit, deux éléments doivent être considérés simultanément pour s'assurer de la validité de l'instrument; la validité des contenus mise en évidence par la présente étude, mais également la constance dans l'utilisation de l'instrument, ce que nous avons effectivement observé au sein des différents sites où nous avons puisé des données pour l'évaluation de programmes de suivi intensif dans le milieu depuis 1999 (Lesage & al., 2003, Ricard & al., 2004, 2005).

Cela étant précisé, il y a moyen d'aller au delà de la mesure de l'intensité et de cerner par exemple si les contacts ont lieu plus souvent à domicile ou d'évaluer jusqu'à quel point les agents SIM interviennent auprès des tiers, c'est-à-dire les personnes du réseau social proche ou élargi du client. L'instrument permet également de jauger la proportion de l'occurrence des contacts de courte, de moyenne ou de longue durée de même que la proportion relative des contacts établis par téléphone seulement. Mais surtout, le RQC a été construit dans l'optique de dégager éventuellement des profils typiques de suivi qui pourraient être identifiés par des fréquences plus élevées ou plus basses de certains types d'intervention à propos de certaines sphères. En fait, l'avantage principal du RQC réside dans son potentiel de cerner à partir d'un bassin relativement vaste de clientèles suivies dans plusieurs sites (ayant à première vue des besoins et des caractéristiques très variés), si des tendances émergent pour identifier certains éléments de la configuration du suivi intensif dans le milieu, soit pour en cerner les principales caractéristiques à l'instar de Brekke & Test (1992) (En personne ou par téléphone?, avec qui?, à quel endroit?, que font-ils globalement à propos de quoi?) ou soit pour identifier à l'instar de Dietzen

& Bond (1993) des typologies ou des sous-groupes de clients ayant des profils de suivi différents.

Toutefois, le RQC présente deux faiblesses dont il faut constamment tenir compte à la fois au niveau de son utilisation et au niveau de l'analyse des données. Premièrement, le RQC a le défaut de sa qualité. En effet, la cotation des différentes catégories ne permet pas d'analyser les différents événements qui se produisent lors des contacts, ni d'identifier avec précision la fonction des personnes rencontrées et les endroits exacts où se produisent les contacts. Plusieurs situations différentes peuvent être cochées notamment sous les mêmes croisements entre les types d'intervention et les sphères. Par exemple, deux agents SIM peuvent noircir le cercle du croisement "**Faire avec/AVQ**"; le premier pour signifier qu'il accompagne son client au restaurant pour partager un repas avec lui alors que le deuxième utilise sa voiture pour amener le client à la pharmacie. Par contre dans les deux cas, l'agent SIM réalise une activité concrète conjointement avec son client au niveau des activités de la vie quotidienne (s'alimenter et se déplacer) et cette information qui est systématisée par le Relevé quotidien des contacts.

Dans cette optique, il importe de s'en tenir à la recommandation formulée par Brekke & Wolkon (1988) dans le contexte de la procédure de validation de leur instrument à savoir que l'information recueillie doit nécessairement être triangulée et que les données doivent être mises en relation avec d'autres dimensions liées aux caractéristiques, aux problématiques ou aux besoins exprimés par la clientèle comme l'ont fait récemment des chercheurs en Suède (Björkman & Hansson, 2000). Dans la même optique, Sherman & Ryan (1998) à Denver au Colorado ont fait l'exercice de mettre en relation le niveau d'intensité de services requis avec le niveau de fonctionnement social des clients suivis en utilisant un autre instrument spécifiquement conçu pour cerner cette dimension.

Autrement dit, le RQC fournit des données de base pour illustrer la typologie et la nature des contacts et pour mesurer l'intensité globale du suivi en identifiant des pistes de réflexion à propos des tendances générales qui émergent d'un programme de suivi intensif dans le milieu. Paradoxalement, ce type d'instrument dont la validité passe par sa capacité de capturer de multiples

événements différents qui présentent plusieurs dimensions complexes (et ce sur une base quotidienne) nous ramène en fait non pas des événements réels mais des fréquences générales qu'on peut décrire certes; mais dont l'interprétation à partir des données brutes générées par l'instrument doit être faite avec beaucoup de parcimonie. Par exemple, si la dimension du soutien à l'emploi ou aux études est absente ou relativement faible au sein d'un programme de suivi intensif, l'instrument sera en mesure de détecter ce fait et les résultats enregistrés au croisement **"Faire avec/Travail-école"** permettront aux agents SIM (ou aux gestionnaires) d'enclencher un questionnement à cet égard le cas échéant. Ainsi, une légère augmentation des fréquences à ce croisement pourrait signifier que des progrès considérables ont été accomplis dans cette sphère (au niveau d'un certain nombre de clients en particulier ou au niveau du programme dans son ensemble), d'où l'importance de considérer ces fréquences comme des valeurs relatives qui n'invalident pas l'emploi d'autres instruments cliniques ou de recherche pour soutenir ou qualifier la complexité de la pratique du suivi intensif dans le milieu.

Deuxièmement, la maîtrise de l'instrument exige de la part des agents SIM d'adopter un langage commun pour décrire leur travail. Certes nos résultats indiquent que suite à une formation suivie d'une période d'essai, la très grande majorité des faits rapportés sont aisément cotés par le RQC et que la plupart des agents SIM maîtrisent bien l'articulation des différentes catégories. Par contre, il subsiste une marge d'erreur et nous ne sommes pas à l'abri d'éventuels écarts d'interprétation qui pourraient surgir entre les agents SIM lorsqu'ils remplissent le relevé. Cela en raison de la diversité des situations rencontrées dans les différents points de service, du roulement du personnel et du fait que les agents SIM ne travaillent pas toujours tous ensemble au même endroit. Ce faisant, ils n'ont pas toujours l'occasion sur une base quotidienne de se regrouper pour s'apporter du soutien mutuel pour remplir le relevé ou pour faire le point sur son utilisation comme ce fût le cas pour les membres des équipes PACT évalués par Dewa & al., (2001, 2003) en Ontario qui consacraient en moyenne (du moins au début de leur étude) quarante minutes par jour à la fin de leur quart de travail pour remplir une grille de contact et d'activités relativement exhaustive en

incluant le temps de déplacement et toutes les tâches cléricales et administratives (à deux reprises durant une période de 30 jours seulement).

Malgré ces limites, il importe de situer l'apport original de notre expérience dans ce champ. Dans la mesure où toutes les grilles de contact que nous avons repéré dans les écrits présentent des avantages et des inconvénients, notre expérience apporte une contribution significative au développement des outils de mesure dans ce champ, ne serait-ce qu'en raison du fait que les qualités inhérentes à notre instrument lui permettent d'obtenir une mesure assez juste de l'intensité sur de longues périodes de temps auprès de plusieurs équipes au Québec. À titre d'exemple, des chercheurs américains et britanniques ont montré dans une recherche conjointe que des différences techniques au niveau de leurs grilles de contact ⁽¹⁵⁾ avaient pour effet de surestimer les données émergeant de la grille américaine et de sous-estimer ceux émergeant de la grille britannique. Malgré ces distorsions, cela ne les a pas empêché d'en tenir compte pour cerner des tendances et vérifier certaines hypothèses pour faire avancer les connaissances à l'égard du déploiement du suivi intensif dans le milieu des deux côtés de l'Atlantique (Fiander & al., 2003). Dans le même ordre d'idée, Dewa & al., (2003) ont permis également de faire progresser les connaissances à propos de la proportion du temps requis par les activités indirectes allant au-delà des contacts relationnels proprement dits (documentation, temps de déplacement, rencontres administratives, etc.); cette information étant recueillie d'une façon intensive auprès de quelques équipes sur une période de temps assez courte.

Bref, le Relevé quotidien des contacts nous a permis de contribuer au développement des connaissances lié au déploiement du suivi intensif, en permettant à plusieurs équipes au Québec de disposer d'une base de données pour quantifier le volume, la typologie et la nature de leurs activités cliniques. Au niveau de la recherche sur les services, cela pourrait permettre de recueillir (avec la permission des responsables cliniques et administratifs des différentes organisations) à une large échelle des données de base pour cerner avec

¹⁵ Notamment à l'égard de la durée minimum et de la manière de comptabiliser les contacts téléphoniques, de la méthode adoptée pour collecter les données (par échantillonnage ou de façon continue), de l'inclusion ou pas d'activités indirectes sans contact relationnel, de l'attribution de durées en fonction d'activités spécifiques et de différences dans la définition du concept d'un contact *in vivo*.

précision sur une assez longue période les profils types qui émergent du suivi intensif auprès d'une clientèle variée à partir d'un exercice quantitatif.

5. Références

- Bale, R., Fiander, M. & Burns, T., 1997, "Computers and process description for community mental health care," in *Making Rational Mental Health Services*, M. Tansella, ed., Il Pensiero Scientifico Editore, Rome, IT, pp. 81-90.
- Björkman, 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 (1), 43-50.
- Brekke, J. S. & Test, M. A., 1987, "An empirical analysis of services delivered in a model community support program", *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 10 (4), 51-61.
- Brekke, J. S. & Wolkon, G. H., 1988, "Monitoring program implementation in community mental health settings", *Evaluation & The Health Professions*, 11 (4), 425-440.
- Brekke, J. S. & Test, M. A., 1992, "A model for measuring the implementation of community support programs: results from three sites", *Community Mental Health Journal*, 28 (3), 227-247.
- Burns, T., Fiander, M., Kent, A., Ukoumunne, O. C., Byford, S., Fahy, T., & Kumar, K. R., 2000, "Effects of case-load size on the process of care of patients with severe psychotic illness. Report from the UK700 trial", *British Journal of Psychiatry*, 177 (5), 427-433.
- Dewa, C. S., Horgan, S., Russell, M. & Keates, M., 2001, "What? Another form? The process of measuring and comparing service utilization in a community mental health program model", *Evaluation and Program Planning*, 24, 239-247.
- Dewa, C. S., Horgan, S., McIntyre, D., Robinson, G., Krupa, T. & Eastabrook, S., 2003, "Direct and indirect time inputs and assertive community treatment", *Community Mental Health Journal*, 39 (1), 17-32.
- Dietzen, L. L. & Bond, G. R., 1993, "Relationship between case manager contact and outcome for frequently hospitalized psychiatric clients", *Hospital and Community Psychiatry*, 44 (9), 839-843.
- Durbin, J., Goering, P., Wasylenki, D. & Roth, J. I., 1997, "Who gets how much of what: a description of intensive case management", *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20 (3), 49-55.
- Fiander, M. & Burns, T., 2000, "A Delphi approach to describing service models of community mental health practice", *Psychiatric Services*, 51 (5), 656-658.
- 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 (3), 248-254.
- Fleiss J.L., 1981, *Statistical methods for rates and proportions* (2nd ed.), Wiley, Toronto.
- Gélinas, D. & Dion, É., 1999, *Manuel d'utilisation du Relevé quotidien des contacts*, (version du 15 octobre 1999), Module de soutien évaluatif au développement des services psychiatriques de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine affilié à l'Université de Montréal, 68 pages.
- Gélinas, D., Dion, É., & Bisson, J. 2002, *Manuel d'utilisation du Relevé quotidien des contacts*, (version révisée en date du 15 mars 2002), Module de soutien évaluatif au développement des services psychiatriques de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine affilié à l'Université de Montréal, 75 pages.

- Lesage, A., Bisson, J., Gélinas, D., Ouadahi, Y., Laliberté, L., Ben Abdelghani, K., Leclerc, C., Ricard, N., Reinhartz, D. & Lauzon, S., 2003, *L'évaluation du programme de suivi intensif dans le milieu (SIM) au Centre hospitalier Pierre-Boucher*, Module de soutien évaluatif au développement des services psychiatriques de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine/Centre de recherche Fernand-Seguin, 24 pages.
- Landis J.R. & Koch G.G., 1977, The measurement of observer agreement for categorical data, *Biometrics*, 33, 159-174.
- 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 (4), 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 (2), 175-189.
- 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 (6), 771-779.
- Ricard, N., Noiseux, S., Bisson, J. & Lesage, A., 2004, "Programme de suivi intensif dans le milieu" dans Lecomte, T. & Leclerc, C. (eds), *Manuel de réadaptation psychiatrique*, Presses de l'Université du Québec, 111-147.
- Ricard, N., Lesage, A.D., Reinhartz, D., Lauzon, S., Bisson, J., Gélinas, D., Ouadahi, Y., Beauvais, L. & Ohana, P. (en voie de rédaction pour l'automne 2005), *L'évaluation des aspects organisationnels, professionnels et cliniques de l'implantation et du fonctionnement du Suivi intensif dans le milieu*, Axe de recherche en psychiatrie sociale du Centre de recherche Fernand-Seguin affilié à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et à l'Université de Montréal.
- Ryan, C. S., Sherman, P. S. & Judd, C. M., 1994, "Accounting for case manager effects in the evaluation of mental health services", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (5), 965-974.
- Ryan, C. S., Sherman, P. S. & Bogart, L. M., 1997, "Patterns of services and consumer outcome in an intensive case management program", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (3), 485-493.
- 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", *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 30 (3), 304-320.
- Sherman, P. S. & Ryan, C. S., 1998, "Intensity and duration of intensive case management services", *Psychiatric Services*, 49 (12), 1585-1589.
- Shrout P.E & Fleiss J.L., 1979, Intraclass correlations : uses in assessing rater reliability, *Psychological Bulletin*, 86 (2), 420-428.
- Siegel S. & Castellan N.J., 1988, *Nonparametric statistics for the behavioral sciences* (2nd ed.), McGraw-Hill. Toronto.
- Teague, G. B., Drake, R. E., & Ackerson, T. H., 1995, "Evaluating use of continuous treatment teams for persons with mental illness and substance abuse", *Psychiatric Services*, 46 (7), 689-695.
- 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 (2), 216-232.