

Évaluation d'implantation des services de suivi intensif au *Centre de santé et de services sociaux de Beauce*



Bilan final

Évaluation d'implantation des services de suivi intensif au *Centre de santé et de services sociaux de Beauce*



Bilan final

Agence de la santé
et des services
sociaux de Chaudière-
Appalaches

Québec



ANALYSE ET RÉDACTION

Josée Rousseau, agente de planification, de programmation et de recherche

TRAITEMENT STATISTIQUE

Sylvie Veilleux, technicienne en recherche psychosociale

MISE EN PAGE ET RÉVISION DE TEXTE

Sylvie Lepage, agente administrative

Document produit par

l'Équipe de la surveillance, de la recherche et de l'évaluation

Direction de santé publique et de l'évaluation

Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches

Citation suggérée pour ce document

ROUSSEAU, JOSÉE. *Évaluation d'implantation des services de suivi intensif au Centre de santé et de services sociaux de Beauce : Bilan final*, Sainte-Marie, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, Direction de santé publique et de l'évaluation, mai 2010, 90 p.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010

Bibliothèque et Archives Canada, 2010

ISBN 978-2-89548-542-1 (version imprimée)

ISBN 978-2-89548-543-8 (version pdf)

Document déposé à Santécom (<http://www.santecom.qc.ca>)

Toute reproduction partielle de ce document est autorisée et conditionnelle à la mention de la source.

© Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2010

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier, de façon toute particulière, certains membres du comité de suivi intensif dans le milieu (SIM) qui ont fait preuve d'une collaboration remarquable pour la réalisation de cette évaluation. Il s'agit de M^{mes} Marielle Beaudoin, Danielle Faucher et Ginette Pouliot ainsi que du D^r Martin Leduc. Merci aussi à tous les intervenants, les psychiatres, les clients et les partenaires qui ont accepté généreusement d'offrir de leur temps pour me permettre de bien comprendre leur réalité et leurs opinions.

En outre, cette évaluation n'aurait pu être réalisée sans l'excellent travail de mes deux collègues M. Danny Belzile et M^{me} Andrée Fafard qui ont su clarifier les attentes des responsables du programme au Centre de santé et de services sociaux de Beauce et, ensuite, développer minutieusement le devis du projet. Je souhaite remercier M^{me} Sylvie Lepage pour sa contribution essentielle à la mise en page et à la révision de texte. Merci aussi à M^{mes} Annie Bourassa, Françoise Larouche et Sylvie Veilleux ainsi que M. Jacques Samson et D^r Philippe Lessard dont la lecture attentive et les commentaires constructifs ont permis de bonifier *significativement* le contenu du rapport. M^{me} Veilleux a également réalisé le traitement statistique et la présentation graphique.

AVANT-PROPOS

Nous ne pouvons passer sous silence la mention d'honneur, remportée par l'équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM) du Centre de santé et de services sociaux de Beauce (CSSS de Beauce), lors du Gala des Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux 2008-2009. C'est dans la catégorie « Personnalisation des soins et des services » que le CSSS de Beauce fut primé. Les prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux servent à souligner les « bons coups » des gens qui y œuvrent et à partager leur savoir-faire au niveau provincial.

C'est dans cette optique qu'a aussi été rédigé ce rapport d'évaluation. Nous espérons que cette expérience d'implantation, relatée ici de façon critique, permettra d'alimenter la réflexion ou l'action d'autres milieux d'intervention. À ce sujet, M^{mes} Ginette Pouliot et Marielle Beaudoin, du CSSS de Beauce, se sont montrées disponibles pour partager, de façon plus approfondie si nécessaire, leur expérience d'implantation avec les personnes intéressées.

Bonne lecture!

1. INTRODUCTION	13
1.1 SERVICES INTENSIFS	13
1.2 CONTEXTE RÉGIONAL	13
2. OBJECTIFS ET MÉTHODE	17
2.1 ÉVALUATION D'IMPLANTATION DE TYPE PARTICIPATIVE	17
2.2 CADRE THÉORIQUE DE L'ÉVALUATION	17
2.3 OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION	19
2.4 MÉTHODES DE COLLECTE	19
2.4.1 ÉTAPES DE L'ÉVALUATION	19
2.4.2 ENTREVUES SEMI-DIRIGÉES	19
2.4.3 OUTILS DE TRAVAIL UTILISÉS PAR LES INTERVENANTS	20
2.4.4 DONNÉES SUR L'UTILISATION DES SERVICES HOSPITALIERS	20
2.4.5 OUTIL D'APPRÉCIATION DE L'ÉVOLUTION DU CLIENT	21
2.5 TRAITEMENT ET ANALYSE DE L'INFORMATION	21
2.6 ÉTHIQUE ET CONFIDENTIALITÉ	21
2.7 LIMITES DE LA MÉTHODOLOGIE UTILISÉE	22
3. RÉSULTATS : L'IMPLANTATION	27
3.1 DÉMARCHES PRÉALABLES À L'IMPLANTATION	29
3.2 CLIENTÈLE ET PROCESSUS D'ADMISSION	29
3.3 ORGANISATION DE L'INTERVENTION ET TRAVAIL EN ÉQUIPE	38
3.4 PLANS D'INTERVENTION ET RÉÉVALUATIONS	44
3.5 CARACTÉRISTIQUES DES INTERVENTIONS	49

3.6 COLLABORATION AVEC LES SERVICES HOSPITALIERS	57
3.7 OUVERTURE SUR LES RESSOURCES DE LA COMMUNAUTÉ ET LE RÉSEAU D'AIDE NATUREL	60
3.8 CONDITIONS FAVORABLES D'IMPLANTATION	63
3.8.1 ADHÉSION ET TRAVAIL DES INTERVENANTS	63
3.8.2 CAPACITÉ DE REMISE EN QUESTION DE FAÇON CONTINUE	64
3.8.3 INTÉGRATION PROGRESSIVE DES SERVICES SIM	64
4. RÉSULTATS : LES EFFETS	65
4.1 PROGRÈS PERÇUS PAR LES INFORMATEURS	65
4.1.1 EFFETS GLOBAUX POSITIFS	65
4.1.2 AUGMENTATION DE L'AUTONOMIE DANS LA VIE QUOTIDIENNE	66
4.1.3 AMÉLIORATION DE L'ESTIME DE SOI	66
4.1.4 DIMINUTION DES RECHUTES ET BAISSSE DE L'UTILISATION DES SERVICES HOSPITALIERS	67
4.1.5 INTÉGRATION DANS LA COMMUNAUTÉ ET HABILÉTÉS SOCIALES	67
4.1.6 ACCEPTATION DE LA MALADIE	67
4.1.7 MODE DE VIE	67
4.1.8 BUDGET	68
4.1.9 PRÉCAUTIONS NÉCESSAIRES	68
4.2 PROGRÈS SELON LE QUESTIONNAIRE SUR LES OBJECTIFS DU PLAN D'INTERVENTION	68
4.3 RETOMBÉES SUR L'UTILISATION DES SERVICES HOSPITALIERS	71
4.4 PROCESSUS DE CHANGEMENT DU CLIENT	74
4.4.1 ÉTABLISSEMENT DU LIEN DE CONFIANCE	74
4.4.2 MOTIVATION DES CLIENTS	76
5. CONCLUSION	79

5.1 CORRESPONDANCE ENTRE LES SERVICES MIS EN PLACE ET LE MODÈLE SOUHAITÉ	79
5.2 CARACTÈRE SATISFAISANT DU MODÈLE DE SERVICES MIS EN PLACE	80
5.2.1 FORCES CONSTATÉES	80
5.2.2 PISTES D'AMÉLIORATION	81
5.3 RETOMBÉES À COURT TERME DES SERVICES IMPLANTÉS	82
5.4 EN BREF	84
LISTE DES RÉFÉRENCES	85
ANNEXES	87

1.1 SERVICES INTENSIFS

Dans son Plan d'action en santé mentale 2005-2010, *La force des liens*, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) recommande la structuration de services de suivi intensif par les CSSS. Il précise que le suivi intensif de type *Program of Assertive community treatment* (PACT) s'adresse aux personnes dont la condition est instable et fragile (Breton et autres 2005).

Ce type de suivi, suscitant un grand intérêt au Québec, est abondamment documenté dans la littérature internationale et occupe un rôle grandissant dans l'organisation des services de santé mentale au Canada (AHQ 2004). Dans son guide pratique pour les équipes de suivi intensif dans la communauté, l'Association des hôpitaux du Québec mentionne :

« La prémisse fondamentale du suivi en équipe dans la communauté, maintenant validée par de nombreuses études expérimentales contrôlées, est que si les personnes utilisatrices de services de santé mentale reçoivent suffisamment d'aide et de soutien dans la communauté, l'hospitalisation (et l'itinérance) peuvent être prévenues ou presque éliminées, et ces personnes peuvent vivre librement dans la communauté, jouissant d'une qualité de vie décente et qui leur procure de la satisfaction. » (AHQ 2004 : i)

Les services de type PACT ont, entre autres, la particularité de cibler les clients ayant les plus grands besoins. Ils utilisent, également, un mode d'intervention en équipe où chaque membre de l'équipe interdisciplinaire agit avec le client, au même titre, afin de procurer la très grande intensité nécessaire sans épuiser les intervenants.

1.2 CONTEXTE RÉGIONAL

Pour mieux desservir leur clientèle ayant des problèmes de santé mentale sévères, les gestionnaires du Centre de santé et de services sociaux de Beauce (CSSS de Beauce) souhaitent implanter le modèle de suivi intensif dans le milieu (SIM). Les objectifs visés sont d'améliorer la qualité de vie des utilisateurs, de diminuer leurs symptômes et leurs rechutes ainsi que de favoriser leur maintien dans la communauté.

Ils souhaitent cependant adapter le modèle à leur réalité. La principale adaptation réside dans le fait que l'intervenant pivot, déjà au dossier du client, maintient son rôle auprès de lui et que, afin de procurer l'intensité requise, les expertises nécessaires pour le client

sont ajoutées. Il n’y a donc pas d’équipe d’intervenants, constituée uniquement pour intervenir auprès de la clientèle SIM, et dont les membres interviennent en alternance. Le tableau suivant permet de saisir les différences et les similitudes entre le modèle SIM implanté, au CSSS de Beauce, et celui de type PACT. Les critères d’admission, quant à eux, sont présentés à la page suivante et précisent la clientèle cible de ces deux modèles d’intervention.

Tableau 1 Comparaison du programme PACT et du modèle d’implantation SIM au CSSS de Beauce au début de l’implantation en février 2007

<i>PROGRAMME PACT ORIGINAL</i>	<i>MODÈLE SIM AU CSSS DE BEAUCE</i>
- Clients ayant les plus grands besoins	- Idem, critères d’admission de PACT utilisés
- Équipe SIM spécifique, spécialement constituée	- Pas d’équipe uniquement dédiée à SIM
- Les membres de l’équipe interdisciplinaire interviennent à tour de rôle auprès du client	- L’intervenant pivot maintient son rôle auprès du client, les services nécessaires sont ajoutés au suivi
- Le psychiatre fait partie de l’équipe et agit avec les clients au même titre que les autres membres de l’équipe	- Le psychiatre impliqué fait partie du comité SIM (responsable de l’admission et de l’implantation des services), mais agit à titre de consultant - Le client conserve le même psychiatre ou médecin traitant
- L’équipe inclut un spécialiste en toxicomanie et un en insertion professionnelle	- Lorsque nécessaire, ces expertises sont ajoutées par concertation avec les ressources existantes
- Intensité grande : minimum de 2 contacts par semaine	- L’intensité des services est ajustée aux besoins de chaque client.
- La majorité des interventions s’effectue dans la communauté	- Idem

Critères d'admission du programme PACT

- a) Diagnostic de maladie mentale grave, priorité à la schizophrénie, autres maladies psychotiques et troubles bipolaires.**
- b) Incapacités fonctionnelles importantes (au moins une condition) :**
 - à effectuer par soi-même les tâches d'un fonctionnement de base;
 - à garder un emploi ou à bien faire des activités de la vie domestique (AVD);
 - à maintenir un logement stable.
- c) Deux difficultés ou plus nécessitant un besoin continu de services intensifs :**
 - hospitalisé à répétition dans des unités de soins psychiatriques OU se présente souvent à l'urgence pour cause de troubles mentaux;
 - présente des symptômes réfractaires graves et importants (ex. affectifs, psychotiques, suicidaires);
 - présente des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie de façon concomitante depuis plus de six mois;
 - présente un risque élevé ou une histoire récente de démêlés avec la justice (ex. arrestation, emprisonnement);
 - ne parvient pas à subvenir à ses besoins de base OU est logé dans des conditions inacceptables, se trouve sans abri ou présente un risque imminent de le devenir;
 - est présentement hospitalisé OU demeure dans une résidence supervisée, mais est évalué comme étant capable de vivre dans une situation plus autonome si des services intensifs lui sont fournis;
 - exige un suivi plus intensif que ce qui est normalement offert par les services traditionnels en clinique externe de psychiatrie.
- d) Facteurs d'exclusion :**
 - démence ou retard mental,
 - handicap physique,
 - absence de trouble psychotique,
 - trouble de personnalité sans trouble psychotique.

(CSSS de Beauce 2007, Allness et Knoedler 1998)

Ainsi, le CSSS de Beauce modifie le modèle original proposé par le MSSS et il est le premier de la région à implanter ces services. Dans ce contexte, la Direction des services sociaux et communautaires (DSSC) de l'Agence, concernée le programme-service santé mentale, a trouvé important d'encadrer la démarche par une évaluation d'implantation. Celle-ci donne l'opportunité aux responsables du projet au CSSS de réfléchir sur leurs actions en cours, leur procurant ainsi la possibilité de les améliorer si nécessaire. En outre, l'évaluation permet de tirer des leçons pour favoriser l'implantation des services de suivi intensif dans les autres CSSS de la région de la Chaudière-Appalaches. La section suivante décrit, brièvement, de quelle façon l'évaluation est réalisée.

2.1 ÉVALUATION D'IMPLANTATION DE TYPE PARTICIPATIVE

L'évaluation d'implantation s'avère pertinente pour cette étude, puisqu'elle sert à décrire le déroulement du programme et à cerner les facteurs affectant celui-ci. De plus, elle est utile pour faire le point et améliorer l'action en cours. En conséquence, cette démarche d'évaluation permettra de faciliter la mise en œuvre du programme en question dans d'autres milieux (Desrosiers 1998).

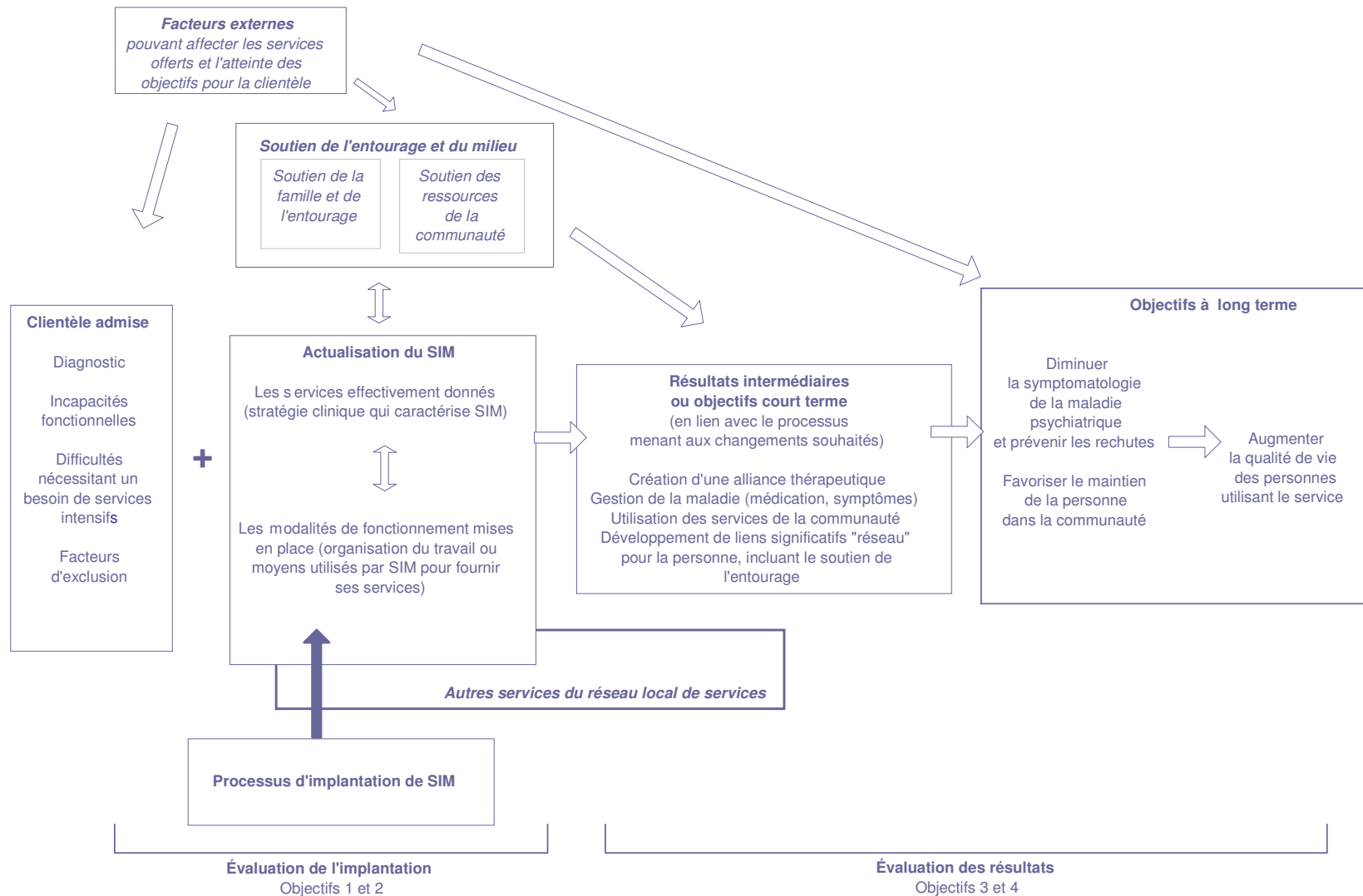
Une approche d'évaluation participative a été retenue : le but de ce type d'évaluation est d'apporter des réponses aux questions et aux préoccupations des personnes concernées par le programme et son évaluation (Johnson et Roy 2001). Dans ce cas-ci, les personnes concernées sont principalement les responsables de l'implantation des services à l'Agence ainsi que le comité d'implantation SIM au CSSS de Beauce. Ce type d'évaluation invite les représentants concernés à jouer un rôle actif dans l'orientation de tout le processus d'évaluation.

2.2 CADRE THÉORIQUE DE L'ÉVALUATION

Le projet d'évaluation proposé (Belzile et Fafard 2006) s'inspire, de façon particulière, du cadre de travail élaboré par Bishop et Vingilis (2006), à titre d'exemple générique, pour la réalisation d'évaluations des services communautaires en santé mentale. Ce cadre de travail est soutenu par deux « théories », soit celle de l'implantation (conformité entre les services prévus et ceux effectivement mis en œuvre), de même que celle de la causalité entre le « traitement » (services élaborés) et les effets attendus (résultats) chez le client.

La figure 1 constitue un résumé schématique des services SIM au CSSS de Beauce selon les paramètres de Bishop et Vingilis. Ce schéma est proposé comme trame de fond du projet d'évaluation à réaliser. En plus d'être structurant, il illustre les préoccupations des mandataires à l'égard des services à évaluer, soit le suivi de l'implantation et les retombées du projet SIM.

Figure 1 Résumé schématique des services SIM et des facteurs pouvant influencer leur implantation et leurs résultats



Cadre inspiré de Bishop et Vingilis (2006).
Variables identifiées à partir des documents décrivant les services SIM rédigés par le CSSS de Beauce.

2.3 OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

1. Déterminer si les services SIM, mis en place au CSSS de Beauce, correspondent au modèle souhaité.
2. Déterminer si le modèle de services SIM, mis en place au CSSS de Beauce, est satisfaisant pour les divers acteurs impliqués dans l'implantation.
3. Apprécier les résultats intermédiaires des services SIM au CSSS de Beauce (liés au processus de changement).
4. Évaluer les retombées des services implantés en fonction des objectifs visés par les services SIM au CSSS de Beauce.

2.4 MÉTHODES DE COLLECTE

Pendant les deux ans et demi qu'a duré l'évaluation de l'implantation, différentes méthodes de collecte ont permis de répondre aux questions suscitées par les objectifs¹.

2.4.1 ÉTAPES DE L'ÉVALUATION

Les activités d'évaluation se sont déroulées de février 2007 au début de l'automne 2009. La collecte et l'analyse des données, de même que la diffusion des résultats, ont été réalisées à plusieurs moments durant cette période. Toutefois, trois bilans principaux ont structuré l'évaluation. Le premier porte sur l'année 1 de l'implantation de février 2007 à janvier 2008. Le deuxième est une mise à jour de l'information sur le déroulement de l'implantation, de février à juillet 2008, permettant une présentation au colloque annuel de *l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale* en octobre 2008. Finalement, le troisième est un bilan complet pour la période d'implantation d'août 2008 à mars 2009. Le tableau, présenté à l'annexe B, donne les détails sur l'échelonnement des différentes activités de l'évaluation. Le schéma de la page 24 précise, quant à lui, le nombre et le type d'informateurs consultés pour la préparation de chacun des bilans de l'évaluation.

2.4.2 ENTREVUES SEMI-DIRIGÉES

La perception des acteurs impliqués, dans la mise en œuvre des services SIM, est au cœur des données recueillies et des résultats rapportés dans ce rapport. Le comité SIM, comité multidisciplinaire ayant travaillé à mettre sur pied les services, est la principale source d'information permettant de décrire l'implantation de ceux-ci. La composition exacte de ce comité a varié au cours de l'implantation. Toutefois, à la fin de l'évaluation,

1. Dans l'optique d'alléger le rapport, les outils de collecte ne sont pas présentés en annexe. Pour les consulter, vous pouvez en faire la demande à l'auteure du rapport.



il était formé d'un chef de programme, d'un psychiatre, d'une infirmière, d'un éducateur spécialisé coordonnateur professionnel, du pair aidant ainsi que de l'ergothérapeute.

Les intervenants impliqués dans l'offre de services SIM sont aussi une source d'information essentielle pour cette étude. Ainsi, les intervenants pivots, les éducateurs spécialisés, les infirmières, les auxiliaires familiaux, l'ergothérapeute et le pair aidant furent interrogés. Lors du bilan 1, les intervenants choisis étaient les plus impliqués dans les services SIM. Lors du bilan 3, presque tous les intervenants visés furent interrogés (voir la figure 2).

En outre, tous les psychiatres de l'hôpital ayant des clients en suivi intensif furent rencontrés. Ce fut de même pour six clients ayant la capacité de s'exprimer et de tolérer l'anxiété générée par une entrevue de groupe. Les clients furent choisis avec la préoccupation d'obtenir la participation d'hommes et de femmes vivant des problématiques variées.

Finalement, un partenaire du réseau de services communautaires fut rencontré : il s'agit de l'organisme Le Sillon œuvrant en soutien aux proches des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale.

Les commentaires de ces divers informateurs ont été recueillis dans le cadre d'entrevues individuelles ou de groupe au cours de la période à l'étude (voir la figure 2). L'appréciation de ces acteurs a permis de qualifier le déroulement de l'implantation ainsi que les retombées à court terme des services SIM.

2.4.3 OUTILS DE TRAVAIL UTILISÉS PAR LES INTERVENANTS

Une partie de l'information recueillie provient des outils de travail utilisés par les intervenants, dont la grille de collecte et les relevés d'interventions développés par les responsables de SIM au CSSS de Beauce ainsi que les plans d'interventions. Ces outils ont servi à décrire la clientèle et à qualifier les interventions effectuées.

2.4.4 DONNÉES SUR L'UTILISATION DES SERVICES HOSPITALIERS

Afin de documenter une des retombées possibles de l'implantation, soit une diminution des rechutes, les données sur l'utilisation des services hospitaliers ont été recueillies pour chacun des clients en suivi intensif. Le Service des archives de l'Hôpital de Saint-Georges a fourni l'historique d'utilisation des services, pour une période de deux ans précédant le début des services SIM, et aussi, pour toute la période de l'implantation évaluée soit de février 2005 à la fin décembre 2008.

2.4.5 OUTIL D'APPRÉCIATION DE L'ÉVOLUTION DU CLIENT

Un outil a été développé pour quantifier les progrès des clients. De 2 à 3 intervenants pour chaque client devaient remplir ce court questionnaire utilisant une échelle de type thermomètre. Cette échelle, graduée en 10 points, permet d'évaluer leur progrès pour chacun des objectifs et pour leur plan d'intervention de façon globale. La graduation va de 0, signifiant « aucun progrès réalisé », à 10, indiquant une « atteinte complète de l'objectif ».

La figure 3 de la page 25 précise le nombre de clients concernés pour chaque source d'information utilisée dans cette évaluation.

2.5 TRAITEMENT ET ANALYSE DE L'INFORMATION

Comme la majorité de l'information est de type qualitatif (recueillie par entrevues), l'analyse en est une de contenu principalement : une méthode, s'inspirant de ce que propose L'Écuyer (1987), a été utilisée. Les éléments de l'information ont été classifiés, dans diverses catégories, dans le but de faire ressortir les différentes caractéristiques, les principales idées ou les points abordés par les acteurs clés de l'implantation.

Pour effectuer le portrait de la clientèle et des interventions ainsi que l'analyse de l'utilisation des services hospitaliers et de la progression des clients, les données furent saisies avec le logiciel Excel et analysées avec Excel et SPSS. Les analyses quantitatives effectuées sont de nature descriptive, par exemple les sommations sur le nombre de rencontres de suivi, les distributions de l'information en catégories pour les différentes caractéristiques de la clientèle, ou encore, les moyennes des fréquences d'intervention.

2.6 ÉTHIQUE ET CONFIDENTIALITÉ

La réalisation du projet d'évaluation a initialement été annoncée au directeur des services professionnels du CSSS de Beauce. Ensuite, des modalités de transfert d'information anonyme ont été conclues avec les responsables du projet SIM au CSSS de Beauce. Avant de transmettre des photocopies des documents utiles à l'évaluation, les données nominatives furent effacées. Aussi, un identifiant unique au projet d'évaluation a été attribué à chaque client et a permis d'arrimer les différents documents concernant une même personne. Il n'y a pas eu de confection de dossiers parallèles ni de reprographie de contenu nominatif. De plus, seulement l'information pertinente aux fins de l'étude fut recueillie des dossiers. Également, les résultats agrégés ne permettaient pas d'identifier les usagers ou les membres de leur famille.

Le traitement et la rédaction de l'information provenant des informateurs clés ont été réalisés, en toute confidentialité, et ce, afin de ne porter aucun préjudice aux



participants. D'ailleurs, les intervenants et les clients ont signé des formulaires de consentement éclairé à cet effet. Aucune donnée nominative n'est traitée ni diffusée dans le cadre du projet d'évaluation et des publications produites à son terme.

L'information recueillie fut utilisée uniquement pour les fins de l'évaluation. Les photocopies reçues, ainsi que les fichiers informatiques créés pour les analyses, ont été conservés dans des classeurs fermés à clé et dans des répertoires informatiques à accès protégé. Finalement, l'information recueillie et traitée sera détruite après une période maximale de deux ans ou à la suite du dépôt des résultats finaux de l'étude.

2.7 LIMITES DE LA MÉTHODOLOGIE UTILISÉE

Premièrement, les sources d'information utilisées n'étaient pas exhaustives et complètes. Il aurait été idéal d'interviewer plus de clients et de partenaires internes ou externes au CSSS, par exemple les organismes communautaires d'entraide en santé mentale, l'organisme en développement de l'employabilité et les infirmières de l'hôpital. Toutefois, les ressources disponibles pour réaliser l'évaluation ne le permettaient pas. Les divers informateurs consultés ainsi que l'analyse d'autres sources d'information ont, tout de même, permis de faire un portrait assez complet de l'implantation des services SIM au CSSS de Beauce.

Aussi, les relevés et les plans d'interventions ne sont pas disponibles pour tous les clients ni pour toute la période de suivi SIM. Généralement, lorsque les données ne sont pas recueillies, il s'agit de clients qui ont été en suivi pour une durée de temps assez courte. Pour ces variables, reliées aux caractéristiques des interventions, l'information a été analysée pour un échantillon de sujets et de temps. Les résultats ne sont donc pas un portrait exact de la réalité.

Deuxièmement, le focus de l'évaluation n'était pas sur les effets des services SIM. Puisque l'évaluation des services SIM débutait en même temps que son implantation, l'orientation de l'évaluation visait, principalement, à bien décrire l'actualisation des services et à obtenir le point de vue des acteurs clés sur leur caractère satisfaisant. Ultimement, l'objectif de ce type d'évaluation était de bonifier l'implantation. Il aurait été peu utile d'évaluer les effets des services SIM avant de bien connaître, préalablement, ces éléments.

Toutefois, sans prétendre évaluer les effets de façon rigoureuse et exhaustive, certaines analyses ont été réalisées afin d'en obtenir des indices. Elles représentent des ajouts intéressants, mais ne sont pas exemptes de limites méthodologiques. Par exemple, seulement six clients ont été consultés et aucun, ayant cessé rapidement les services, n'a été interrogé. Interviewer ces derniers aurait peut-être permis d'identifier des éléments à améliorer ou des effets négatifs.



Aussi, les psychiatres ont été questionnés seulement brièvement sur la question des effets au cours de l'entretien réalisé avec eux. En outre, au sujet du recours à l'hospitalisation, relativement peu de clients avaient à la fois une durée de services SIM notable, par exemple plus de 9 mois combinée, à des antécédents de recours aux services hospitaliers fréquents. C'est donc avec réserve qu'il faut interpréter les résultats obtenus sur les effets des services.

Figure 2 Précisions sur les informateurs interviewés pour la préparation de chacun des bilans

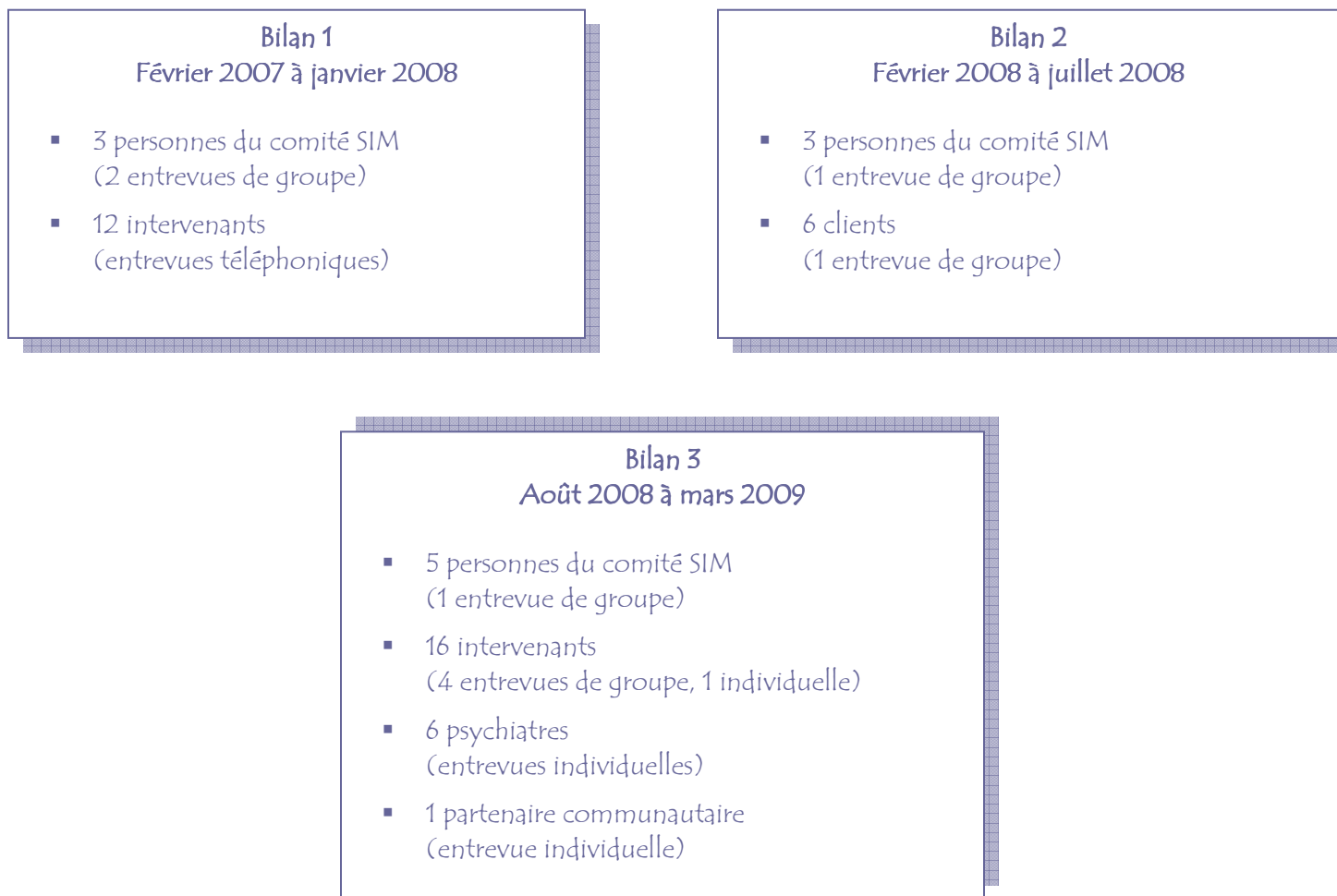
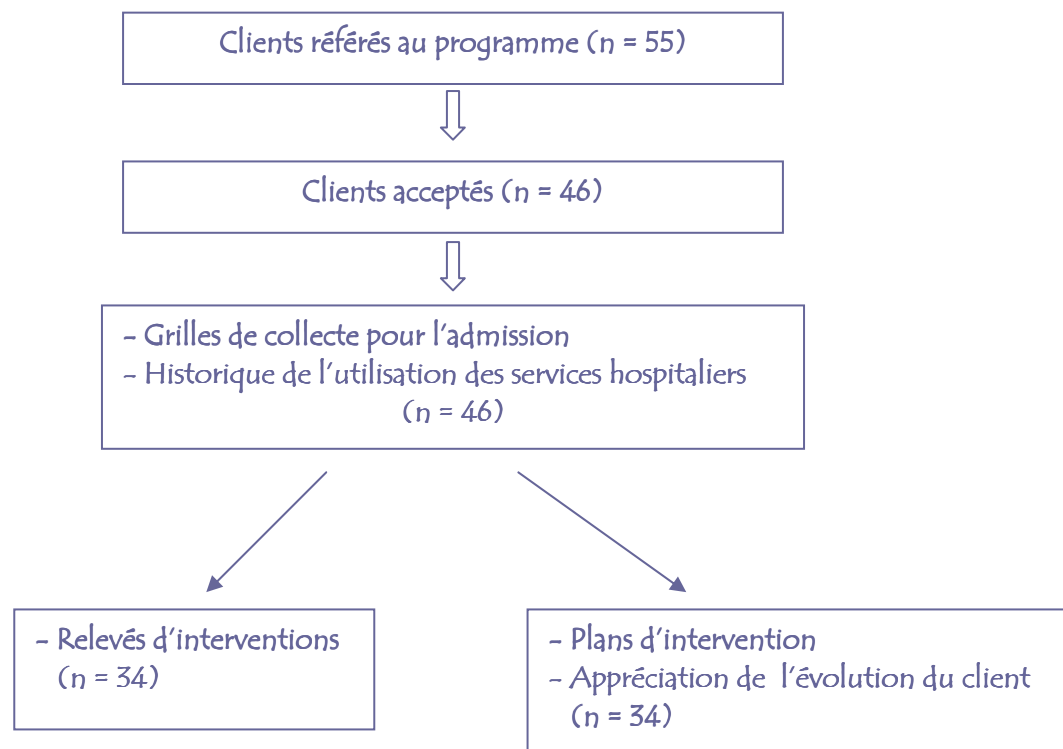


Figure 3 Précisions sur le nombre de clients SIM pour chaque source d'information utilisée dans l'évaluation



Dans ce chapitre, chacun des aspects de l'implantation sera décrit et discuté en fonction des différentes sources d'information disponibles et, aussi, dans certains cas, de la littérature consultée. Cette section permettra donc de soulever des constats ainsi que des pistes d'amélioration et des questionnements à envisager sur les différents aspects de la mise en œuvre des services SIM. Pour guider le lecteur, les symboles suivants seront utilisés :



Constats sur le déroulement de l'implantation



Constats sur l'évolution de l'implantation dans le temps



Constats sur l'appréciation des informateurs



Pistes d'amélioration à considérer



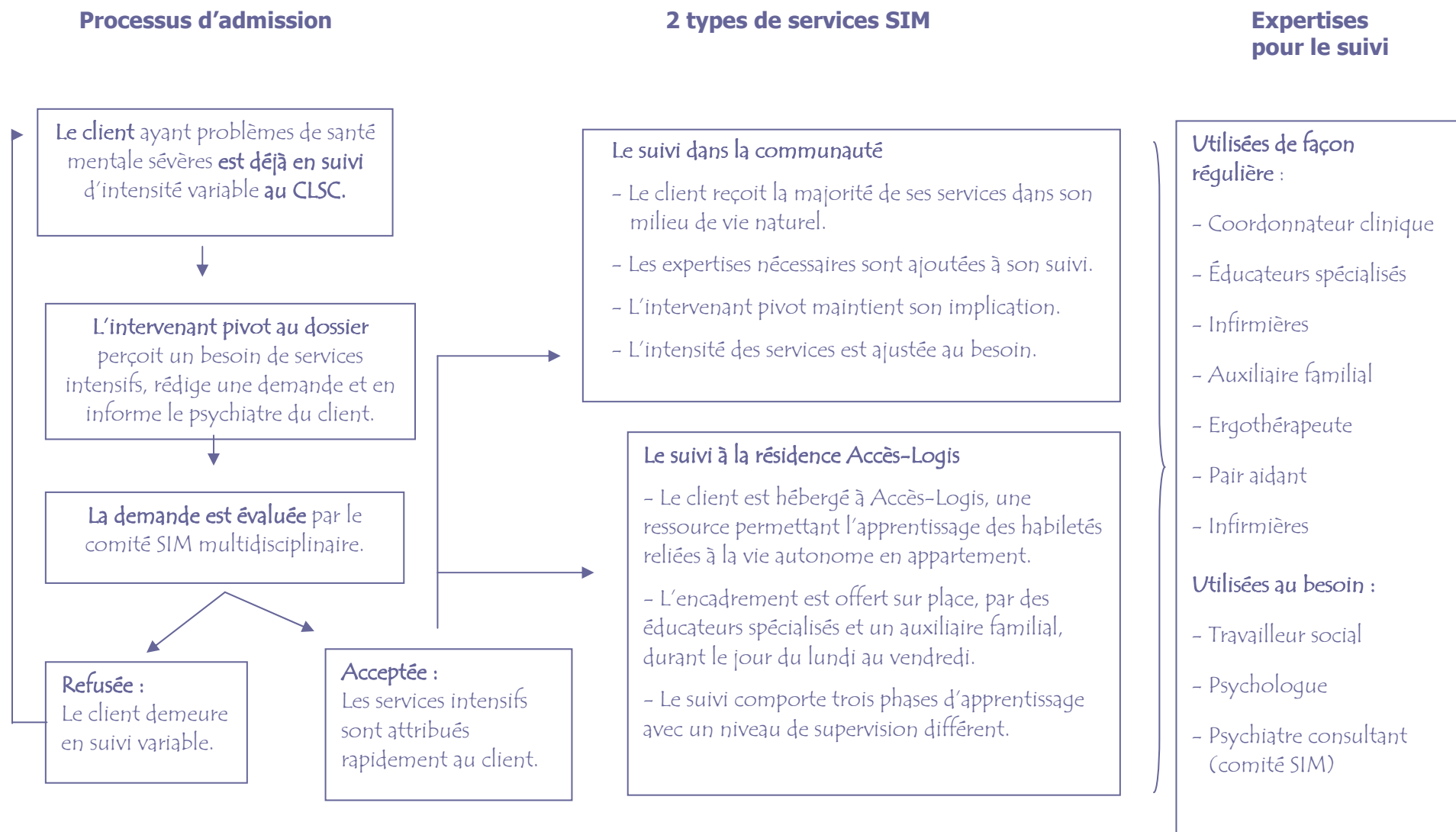
Questionnements soulevés

Retour sur la méthode

- Tous les informateurs de l'évaluation ont été questionnés sur le déroulement des services SIM et leur caractère satisfaisant par le biais d'entrevues semi-structurées. Les résultats présentés sont donc, généralement, les perceptions des informateurs sur les divers aspects de l'implantation.
- De plus, pour documenter les caractéristiques des interventions, les relevés d'intervention comportant la date de l'intervention, le type d'intervenant, le mode et le lieu furent utilisés de même que les plans d'intervention qui permettent de qualifier les objectifs fixés.
- Les questionnements et pistes d'amélioration tirent leur source de l'analyse critique de l'auteur s'appuyant, en grande partie, de la littérature consultée ou des suggestions des informateurs.

Avant de décrire l'implantation des services SIM, volet par volet, voici un schéma qui le résume.

Figure 4 Résumé du processus d'admission et des services disponibles au CSSS-CLSC pour le suivi SIM



3.1 DÉMARCHES PRÉALABLES À L'IMPLANTATION

En 2005, un groupe de travail fut formé pour réfléchir au mode d'organisation possible des services de suivi intensif et proposer un modèle. Ce comité était formé de la coordonnatrice du programme Santé Mentale « volet communautaire » de l'équipe de santé mentale du CLSC, de trois intervenants de cette équipe ainsi que d'un psychiatre. Il a effectué des lectures, des réflexions, des consultations et des visites d'équipes dispensant des services intensifs. Pendant ce processus, et lorsque les services furent prêts à débiter, ce comité fut aussi chargé d'informer les différents partenaires concernés tant à l'interne qu'à l'externe du CSSS, par des rencontres et des communications écrites. Ensuite, au début de l'année 2007, les services SIM furent lancés.

3.2 CLIENTÈLE ET PROCESSUS D'ADMISSION

Ce qui était prévu...

- L'intervenant pivot se consulte avec le psychiatre, remplit le formulaire d'admission, en y relatant le résultat de ses échanges avec ce dernier, et effectue la référence.
- Le comité SIM prend la décision quant à l'admission du client au programme lors des rencontres hebdomadaires (lecture de la demande, discussion avec l'intervenant pivot et décision).
- Le comité SIM doit se référer aux critères d'admission du PACT pour prendre sa décision (voir le tableau à la page 15).



Le type de clientèle ne correspond pas totalement à ce qui était prévu initialement, notamment en ce qui a trait au degré de sévérité de la problématique.

En résumé, pour respecter les critères d'admission du programme PACT, un client doit présenter un problème de santé mentale sévère, prioritairement un trouble psychotique ou bipolaire, mais aussi, au moins une incapacité fonctionnelle importante (ex. à réaliser des tâches de la vie domestique) s'ajoutant à deux autres difficultés nécessitant un besoin continu de services intensifs (ex. hospitalisation à répétition et toxicomanie).

Parmi les clients des services SIM, certains cumulent les problématiques et présentent des incapacités fonctionnelles importantes alors que d'autres ont un profil que l'on

pourrait qualifier de plus léger. La clientèle ne correspond donc pas totalement aux critères du PACT.

Les tableaux et graphiques suivants illustrent quelques caractéristiques de la clientèle SIM, la plupart en lien avec les critères d'admission initiaux du PACT. L'échantillon de clients compte une proportion importante de jeunes de moins de 35 ans (41 %). Aussi, deux tranches d'âges sont plus représentées que les autres : celle des clients de 18 à 25 ans et celle de 45 à 54 ans. En outre, les hommes sont globalement plus nombreux que les femmes parmi la clientèle des services SIM, notamment chez les 18-25 ans, ce qui correspondrait au développement plus hâtif de la maladie documenté chez les hommes (Santé Canada 2002).

Tableau 2 Répartition des clients selon le sexe et l'âge au moment de l'admission au programme

Groupe d'âge	n ^{bre} d'hommes	n ^{bre} de femmes	Total (n ^{bre})	Total (%)
18-25	9	4	13	28,3
25-34	3	3	6	13,0
35-44	5	1	6	13,0
45-54	7	6	13	28,3
55-64	4	3	7	15,2
65 et plus	1	0	1	2,2
Total (n ^{bre})	29	17	46	-----
Total (%)	63,0	37,0	-----	100,0

La quasi-totalité, 91 % des clients SIM présentent une schizophrénie, un trouble bipolaire ou un autre trouble psychotique, conformément aux critères du PACT. Toutefois, deux clients présentent un trouble de la personnalité sans trouble psychotique concomitant, ce qui n'est pas fidèle à ces critères.

Tableau 3 Répartition des clients selon leur diagnostic principal au moment de l'admission au programme

Diagnostic	n ^{bre}	%
Schizophrénie ou trouble schizoaffectif	39	84,8
Trouble bipolaire	2	4,3
Trouble psychotique non spécifié	1	2,2
Trouble délirant	1	2,2
Trouble de personnalité	2	4,3
Trouble anxieux	1	2,2
Total	46	100

Au total, près du tiers des clients acceptés (n = 14) présentent un ou plusieurs diagnostics secondaires, indice d'une sévérité ou d'une complexité plus grande de leur problématique. Il est à noter, par contre, que trois clients présentent une déficience intellectuelle, ce qui n'est pas conforme aux critères du PACT. Le tableau suivant illustre, pour les 14 clients concernés, la proportion de clients présentant chacun des diagnostics concomitants.

Tableau 4 Proportion des clients ayant un autre diagnostic de façon concomitante selon la catégorie de diagnostic (n=14)*

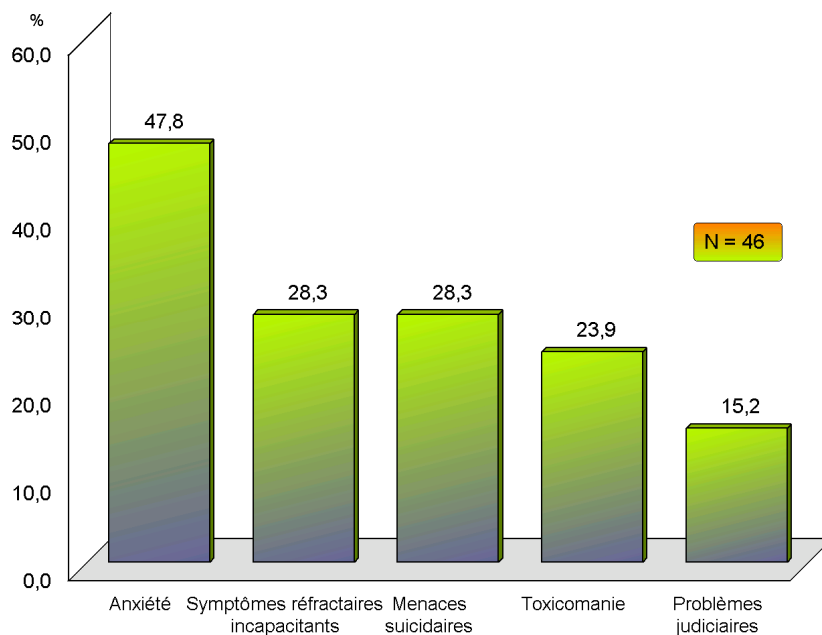
Deuxième diagnostic	n ^{bre}	%
Déficience intellectuelle	3	6,5
Limite intellectuelle	5	10,9
Trouble de la personnalité	3	6,5
Trouble anxieux	2	4,3
Trouble du comportement	2	4,3
Trouble de l'attention	1	2,2

* Les catégories de diagnostic ne sont pas mutuellement exclusives, certains clients présentent plus d'un diagnostic secondaire. C'est pourquoi le total des clients n'équivaut pas à la sommation des diagnostics secondaires. Pour cette raison, le total n'est pas indiqué au tableau.

La figure 5, à la page suivante, illustre que des difficultés particulières, telles que la toxicomanie et les problèmes judiciaires, associées à la sévérité de la situation du client,

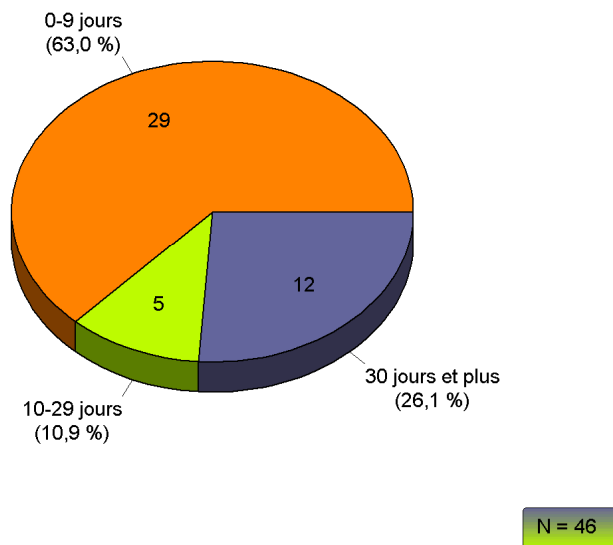
sont vécues généralement par une proportion limitée de clients (15 % à 28 %). Seule l'anxiété apparaît plus fréquente et touche près de la moitié des clients acceptés.

Figure 5 Proportion des clients présentant certaines problématiques ou caractéristiques



Le quart des clients SIM a été hospitalisé 30 jours ou plus au cours de l'année précédant leur admission aux services. Dans la littérature, on réfère souvent à ce critère de 30 jours ou plus d'hospitalisation pour qualifier la clientèle des services intensifs, lorsque l'hospitalisation à répétition est concernée. On peut donc constater qu'une majorité de clients SIM ne vivent pas avec une problématique d'hospitalisation à répétition.

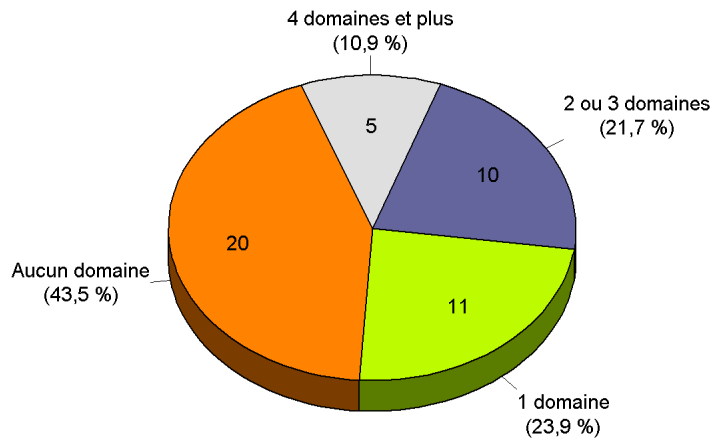
Figure 6 Proportion de clients selon le niveau d'utilisation des services hospitaliers au cours de l'année précédant le programme



La figure 7, à la page suivante, illustre le nombre de domaines de vie pour lesquels chacun des clients est considéré non autonome par son intervenant pivot. Il s'avère que plus de 40 % d'entre eux ne présentent aucune sphère de vie pour laquelle ils sont estimés complètement non autonomes. Les sphères de vie considérées sont les suivantes : la gestion des affaires personnelles, l'hygiène corporelle, les responsabilités familiales, la préparation des repas, l'épicerie, l'entretien et la lessive ainsi que le transport. L'incapacité fonctionnelle importante, critère d'admission initial des services SIM, n'apparaît donc pas présente pour une proportion notable des clients.

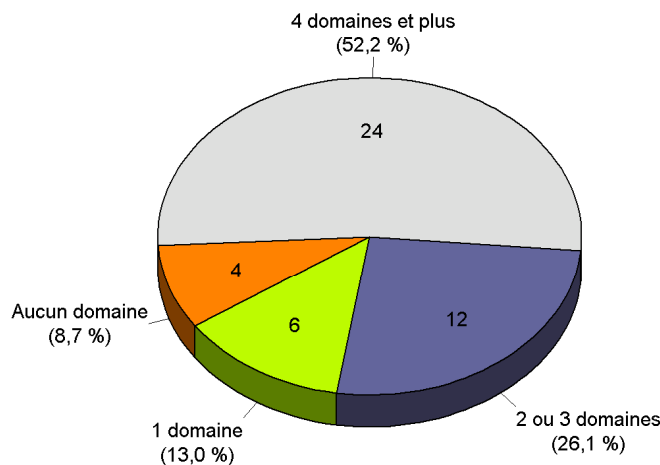
Cela ne signifie pas pour autant que cette proportion de clients présente une autonomie complète. La figure 8 montre, en effet, une réalité plus nuancée : seulement 8,7 % des clients présentent une autonomie complète dans les différentes sphères de vie étudiées. Tous les autres clients sont jugés non autonomes ou semi-autonomes, par leur intervenant pivot, dans au moins une sphère de vie.

Figure 7 Proportion de clients selon le nombre de domaines de vie pour lesquels ils sont évalués comme non autonomes (incapacité fonctionnelle complète)



N = 46

Figure 8 Proportion de clients selon le nombre de domaines de vie pour lesquels ils sont évalués comme ayant un manque d'autonomie (semi-autonomes ou non autonomes)



N = 46

Bref, cet examen, caractéristique par caractéristique, permet d'estimer qu'une certaine proportion de clients ne correspond pas aux critères du PACT. Une analyse, prenant en considération tous les critères simultanément, n'a pas été réalisée. En fait, à la suite du

premier bilan, ceux-ci ont été modifiés pour l'implantation des services intensifs au CSSS de Beauce. Les précisions sont présentées ci-dessous.



Au début de l'implantation, le comité SIM souhaitait se conformer aux critères du PACT. Toutefois, à l'usage ce fut le potentiel de réadaptation ou la nécessité de maintenir des acquis qui se sont révélés être les critères les plus appropriés.

Pour le comité SIM, il faut donc que le client ait un minimum de potentiel pour devenir plus autonome ou améliorer sa qualité de vie et qu'il ait, également, la volonté d'apprendre à développer ce potentiel. La sévérité n'est pas ressortie comme un critère important, puisque le CSSS n'avait pas de liste d'attente au moment de l'étude. L'intensité d'intervention requise doit aussi être plus grande que pour le suivi variable. Dans certains cas, il s'avère nécessaire d'ajouter des services afin que les clients puissent maintenir leurs acquis.

En fait, si le comité avait conservé son orientation initiale sur les critères d'admission, peut-être que, sans effort supplémentaire de sollicitation, peu de clients se seraient prévalus rapidement des services. Dans un milieu rural, peu densément habité, le potentiel de clients correspondant aux critères du PACT n'est pas très grand. Dans ses ratios, le MSSS (Breton et autres 2005) évalue le nombre de personnes visées à 46, en moyenne, pour le CSSS de Beauce. De plus, dans un contexte d'absence de liste d'attente, la priorisation des clients les plus en difficulté n'est pas apparue nécessaire au comité.



Le processus d'admission s'est déroulé comme prévu, à une exception près, soit l'étape de la formulation par écrit, dans la demande d'admission, du résultat des échanges avec le psychiatre.

Références

Les personnes soumettant des demandes d'admission aux services SIJM ont été exclusivement les intervenants pivots présents déjà aux dossiers des clients au CSSS-CLSC. C'est d'ailleurs un choix du comité SIM de procéder ainsi, afin de s'assurer que tous les clients soient bien connus au moment de la référence. Tout nouveau client doit passer par les services réguliers, mais son intervenant peut faire une demande d'admission assez rapidement lorsqu'il est en mesure de bien cerner ses besoins.



Collecte de données

Les intervenants pivots doivent d'abord compléter la collecte de données couvrant les différentes sphères de vie du client et, ensuite, s'inscrire à l'horaire des présentations de dossier du comité SIM, ayant lieu le même jour de chaque semaine, afin de répondre rapidement aux besoins.

Rencontre du comité SIM pour l'analyse de la demande

Lors de cette rencontre, les membres du comité SIM lisent d'abord ensemble la collecte de données. C'est ensuite que l'intervenant pivot se joint au groupe. Il peut alors répondre aux questions soulevées et discuter avec les membres du comité afin de mieux cerner les besoins du client et vérifier s'il correspond aux critères du programme. Cette évaluation se fait de façon naturelle et intuitive, sans utiliser une liste de critères à vérifier. La décision se prend séance tenante et l'application des nouvelles mesures peut se faire rapidement.

Association du psychiatre

L'intervenant pivot informe le psychiatre du client de la demande SIM qu'il s'apprête à faire. Celui-ci, dans environ la moitié des cas, la soutient. Lorsque le psychiatre est en faveur, il peut même encourager le client à participer au programme. Il est aussi arrivé qu'un psychiatre suggère à l'intervenant pivot d'intégrer un client aux services SIM. C'est de cette façon que le psychiatre est associé à la demande. Le fait que le psychiatre ne se montre pas en accord n'empêche aucunement l'intervenant pivot de présenter sa demande.

Par contre, le résultat des échanges, entre l'intervenant pivot et le psychiatre, n'est pas relaté par écrit dans la demande faite au comité, alors que c'est ce qui était souhaité. Toutefois, ces échanges peuvent faire l'objet de discussions lors de la rencontre d'admission.

Demandes refusées

Douze demandes furent refusées. Pour certaines d'entre elles, la demande pouvait être qualifiée de prématurée, puisque d'autres interventions devaient être tentées ou maintenues avant que les services SIM ne puissent être appliqués. Par exemple, la stabilisation des symptômes, la précision du diagnostic ou une intervention auprès de la famille pouvaient être nécessaires au préalable. Certaines de ces demandes ont donc été soumises à nouveau, ultérieurement, et furent acceptées. D'autres furent refusées, parce que les clients n'étaient pas suffisamment évalués et devaient commencer par recevoir les services réguliers. Finalement, certains dossiers furent refusés en raison d'un problème de santé mentale dominant qui n'était pas un trouble psychotique.

Il est à noter que la rencontre avec le comité permet de donner une orientation au dossier, même si l'admission au programme est refusée. Également, cette rencontre est une occasion de recherche de pistes d'intervention.

Appréciation des intervenants

- 😊 - L'admission a lieu rapidement.
 - Le comité SIM se soucie grandement d'adapter les services aux besoins des clients.
- 😐 - Les critères d'admission ne sont pas parfaitement clairs pour tous les intervenants et psychiatres.
 - Le client est parfois déçu : il est difficile de ne pas créer d'attentes avant l'acceptation du client par le comité.
- 😞 - Pour certains intervenants, le fait de présenter la situation d'un client devant le comité d'admission génère beaucoup d'anxiété.

😊 Les entretiens tenus avec les intervenants révèlent qu'ils considèrent le comité SIM comme étant vraiment soucieux d'adapter les services aux besoins des clients. Ils mentionnent que les interrogations soulevées par le comité SIM, lors des rencontres d'admission, sont appropriées et essentielles pour orienter le suivi du client. Également, ils apprécient la rapidité de traitement des demandes qu'ils font.

😐 😐 Par contre, les nombreuses questions et le fait que plusieurs personnes siègent sur le comité provoquent des sentiments d'anxiété chez certains intervenants. Quelques-uns disent se sentir bombardés de questions et ressortent de la séance un peu ébranlés. À cela s'ajoute l'incertitude qu'ont certains de réellement cerner à qui est destiné le programme. Ils savent que les critères ont évolué, depuis le début de l'implantation, mais ne sont pas convaincus de bien les connaître, particulièrement concernant les facteurs d'exclusion. Certains psychiatres, également, affirment ne pas connaître suffisamment les critères d'admission.

😐 De façon exceptionnelle, certains clients ont été déçus de voir leur demande refusée. Il semble qu'il soit difficile d'expliquer les services au client, de s'assurer qu'il est vraiment désireux de travailler à un suivi intensif (exigence pour présenter le dossier au comité d'admission), tout en réussissant à ne pas créer d'attentes chez lui.



Pistes d'amélioration

- **Faire un retour sur les buts des services SIM et sur les critères d'admission avec les intervenants, afin de s'assurer qu'ils ont une compréhension uniforme et entière.**
- **Fournir aux intervenants une liste de questions qu'ils doivent se poser, afin de mieux se préparer à la rencontre d'admission et d'identifier les renseignements manquants.**



Questionnements

- **Le psychiatre devrait-il être associé plus formellement à la démarche de référence au comité SIM?**
- **Le contenu des échanges entre l'intervenant pivot et le psychiatre devrait-il être relaté dans la demande d'admission, cela afin d'appuyer l'importance de ces échanges initiaux?**

3.3 ORGANISATION DE L'INTERVENTION ET TRAVAIL EN ÉQUIPE

Ce qui était prévu...

- L'intervenant pivot maintient ses services et son rôle auprès du client.
- Les services nécessaires pour combler les besoins du client sont ajoutés au suivi.
- Lorsque le client ne requiert plus de services SIM, l'ajout de services cesse et il retourne à son suivi régulier avec l'intervenant pivot uniquement.
- Le client conserve le même psychiatre ou médecin traitant. Le psychiatre du comité SIM peut, toutefois, communiquer avec le médecin pour toute question médicale.



En plus des intervenants pivots, déjà en place au cœur du suivi des clients référés aux services SIM, les ressources nécessaires pour assurer le suivi intensif d'environ 25 clients sont les suivantes :

- **4 postes d'éducateurs spécialisés à temps plein,**
- **4 jours/semaine du pair aidant,**
- **2 jours/semaine de l'ergothérapeute,**
- **2 jours/semaine d'auxiliaire familiale,**
- **2 jours/semaine de coordonnateur professionnel,**
- **1 jours/semaine d'infirmière avec réaménagement de sa tâche.**

L'estimation des ressources nécessaires est basée sur la situation observée à la fin de décembre 2008 : 26 clients étaient actifs et toutes les ressources identifiées étaient en place.

Le coordonnateur professionnel attribue les demandes afin qu'elles soient prises en charge rapidement et les révisé avec les intervenants au besoin. Lorsque c'est nécessaire, il effectue aussi un suivi avec les partenaires pour favoriser une collaboration optimale. Il dispense, également, un soutien clinique aux intervenants, que ce soit par des rencontres individuelles, des réunions d'équipes à la résidence Accès-Logis et par sa présence régulière aux rencontres d'élaboration et de révision des plans d'intervention avec les partenaires.



Les services SIM se sont implantés comme prévu et des services supplémentaires se sont joints avec le temps (Accès-Logis et pair aidant).

L'intervenant pivot

Il n'y a pas d'équipe d'intervenants dédiés uniquement à SIM. Le choix fait par le comité SIM est de conserver l'intervenant pivot au cœur de l'intervention auprès des clients, et d'ajouter les services manquants. Pour les services SIM, les intervenants pivots conservent donc leur rôle de gestion des services du client. Ils sont des intervenants réguliers, de l'équipe de santé mentale du CSSS-CLSC, et ils peuvent être infirmière, travailleur social, éducateur spécialisé ou agent de relations humaines.

L'ajout de services

L'ajout de services vient d'autres intervenants, principalement de ceux agissant à titre d'éducateurs spécialisés. Ces derniers font exclusivement des interventions SIM. Une auxiliaire familiale intervient aussi dans le cadre de SIM en accompagnant et en soutenant le client pour favoriser l'apprentissage de nouvelles habiletés. Un pair aidant fait aussi partie des ajouts de services et son rôle est décrit plus loin.



Accès-Logis, une ressource permettant l'apprentissage des habiletés reliées à la vie autonome en appartement, a été mis en place dès novembre 2007.

Accès-Logis est une habitation à loyer modique (HLM) mise en place grâce à une collaboration avec la ville et l'Office municipale d'habitation (OMH) de Saint-Georges. Cette ressource permet aux clients, souhaitant faire l'apprentissage de la vie autonome en appartement, d'habiter une chambre dans un milieu sécurisant. En fait, il s'agit d'une résidence habitée par plusieurs clients qui disposent de l'encadrement des intervenants des services SIM, durant le jour, et ce, du lundi au vendredi. Ils reçoivent une intervention intensive et un encadrement serré : des éducateurs spécialisés et un auxiliaire familial assurant les services. Le processus d'apprentissage comporte trois phases avec un niveau de supervision différent, dont deux se passent aux résidences d'Accès-Logis et la troisième à la résidence personnelle du client. Il semble que ce milieu soit très adapté pour favoriser les apprentissages de la clientèle en raison de ses caractéristiques offrant :

- une sécurité et un bon niveau d'encadrement;
- une intensité d'intervention très grande;
- un processus d'apprentissage en quelques étapes qui est une source de motivation;
- le respect du rythme de chacun, puisqu'il n'y a pas de limite de temps imposée.



L'ergothérapeute est utilisé de plus en plus dans le cadre des services SIM.

Cette ressource réalise des évaluations fonctionnelles des clients résidant à Accès-Logis. Cette évaluation se fait, au préalable, afin de vérifier si ce type de suivi convient au client, mais, parfois aussi, lors des changements de phases afin de s'assurer que le client est prêt pour l'étape subséquente. L'ergothérapeute fait aussi de l'intervention de groupe. Au cours de la phase 1, il dispense des séances qui portent sur les activités de la vie domestique (AVD), les activités de la vie quotidienne (AVQ) et la routine de vie. En phase 2, les séances traitent des habiletés sociales, du réseau social et de l'intégration à la communauté par les études ou l'emploi. Des évaluations fonctionnelles sont aussi réalisées, au besoin, pour les clients SIM dans la communauté.



Un pair aidant s'est joint à l'équipe d'intervention en mai 2008.

Cette ressource a été intégrée à l'équipe d'intervention des services SIM, à raison de 3 jours par semaine, mais elle intervient maintenant 4 jours par semaine. Elle est



présente, sur le comité SIM, et intervient auprès d'une dizaine de clients à la fin de la période d'évaluation. Elle rencontre certains clients afin de favoriser l'acceptation de la maladie et de la médication, de susciter l'espoir et le rétablissement. Elle intervient, spécifiquement, de façon à faire ressortir les forces, les projets et les rêves. À la fin de la période d'évaluation, elle anime, également, un atelier par mois sur le thème de l'espoir destiné aux clients hospitalisés à l'unité de psychiatrie.



Jusqu'à maintenant, les services spécialisés en insertion socioprofessionnelle et en toxicomanie sont offerts au besoin, par l'intermédiaire de ressources externes.

Il semble que le besoin dans le domaine de l'insertion socioprofessionnelle ne s'est pas manifesté souvent. Quand ce fut le cas, c'est un intervenant du service de développement et du maintien en emploi (SDME) qui fut sollicité. Celui-ci est spécialisé pour les clients avec des problèmes de santé mentale et a rendu des services satisfaisants. Une ressource offrant des services spécialisés en toxicomanie serait, quant à elle, la bienvenue dans l'équipe. Des négociations seraient en cours pour l'obtention d'une ressource. Jusqu'à présent, ce sont les services du Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches (CRAT-CA) qui furent demandés lorsque nécessaire. En outre, les services du psychologue ont été très peu sollicités et ajoutés au besoin.



Des réunions formelles des intervenants sont tenues pour les clients d'Accès-Logis, mais pas pour ceux dans la communauté.

Pour les clients SIM dans la communauté, les échanges sur les dossiers surviennent dans trois types de situations. Premièrement, une discussion de cas a lieu lors de la présentation de la demande au comité SIM. Celui-ci fournit un point de vue multidisciplinaire. Les intervenants rapportent que cette rencontre leur donne de nouvelles idées et perspectives pour aider leur client à cheminer, que la demande soit ou non acceptée.

Deuxièmement, lorsque les services sont en place, les discussions de cas se font habituellement en dyade d'intervenants; par exemple, l'intervenant pivot et l'éducateur spécialisé ou bien l'intervenant pivot et le pair aidant. Ces échanges réguliers prennent forme, de façon plus ou moins formelle et planifiée, selon le contexte de travail des intervenants (lieu de travail et disponibilité), et l'intensité du besoin de concertation.

Troisièmement, la coordonnatrice clinique est disponible pour rencontrer les intervenants qui ont des difficultés ou des questionnements sur le suivi intensif avec leurs clients.

Appréciation des intervenants

- 😊 - Quoiqu'ils soient exigeants, les services SIM se sont bien intégrés à l'horaire des intervenants pivots.
 - Les intervenants apprécient travailler ensemble : être soutenus et avoir une autre vision de la situation du client.
 - La restructuration des services d'Accès-Logis avec un nombre plus grand d'intervenants est appréciée.
 - Le pair aidant est jugé fort bénéfique pour certains clients.
- 😐 - Les rôles de l'infirmière et du travailleur social sont plutôt effacés.
 - À Accès-Logis, il n'est pas facile, à plusieurs, de travailler efficacement en continuité.
 - Dans quelques situations spécifiques, les rôles de certains intervenants ne sont pas clairs à 100 %.

😊 Les intervenants pivots consultés, qui occupent la même fonction dans le programme de santé mentale régulier, affirment que l'intégration des services SIM s'est faite sans difficulté majeure quant à l'organisation de leur horaire de travail. Ceux-ci requièrent l'ajout de temps et d'énergie pour arrimer la cointervention, mais il semble que cela n'ait pas causé de problèmes importants.

😊 Les intervenants sont satisfaits de leur collaboration avec les autres intervenants au dossier de leurs clients, même s'ils soulèvent ses exigences en termes de temps et sa complexité avec les horaires chargés. Ils apprécient bénéficier de l'expertise des autres, de leur vision différente de la situation et de leur soutien.

😊 😐 La réorganisation des services d'Accès-Logis, en répartissant les heures de couverture sur plus d'intervenants, est appréciée. Elle permet de rendre leur tâche moins lourde et de maintenir leur contact avec l'intervention dans la communauté. Toutefois, avec un nombre plus grand d'intervenants, il est plus difficile d'intervenir en continuité avec cohérence auprès du client. L'équipe d'Accès-Logis cherche, à la fin de la période d'évaluation, des outils pour améliorer le travail d'équipe.

😊 😐 L'arrivée du pair aidant est fort appréciée. Il a un niveau de crédibilité et de rapport égalitaire avec les clients qui ne peut être égalé par un autre intervenant. « *Il y a des choses qui passent beaucoup mieux quand c'est lui qui l'amène* » et on a pu observer des progrès qui semblaient associés à la qualité de son intervention

particulière. Certains intervenants souhaiteraient l'intégrer à plus de dossiers. On note aussi la qualité et la constance dans ses communications avec les autres intervenants.

☹ Le rôle de certains intervenants, assez présents dans les services SIM, n'est pas toujours clair. Par exemple, quel est le rôle de l'intervenant pivot lorsque son client est hébergé à Accès-Logis? À quelle fréquence doit-il passer voir le client? Des suggestions de réponses émergent des entrevues :

- il continue d'accompagner son client à ses rendez-vous;
- il fait le suivi psychosocial;
- il continue de discuter de sujets variés avec son client;
- il garde le lien avec le client s'il est hospitalisé;
- il passe à toutes les semaines ou aux deux semaines et la fréquence augmente lorsque le client change de phase;
- sa venue est l'occasion de faire un bilan avec le client et il peut alors amener de nouvelles idées pour stimuler sa progression.

Aussi, les limites du rôle du pair aidant ne sont pas apparues claires à tous les autres intervenants. Doit-il faire de l'accompagnement et de l'insertion sociale?

En outre, il arrive qu'un intervenant SIM souhaite travailler certains éléments dans le cadre de son suivi avec le client, mais qu'ils relèvent plutôt du rôle de l'intervenant pivot. L'inconvénient est que ce dernier ne peut aborder la problématique avec la même rapidité ou intensité que l'intervenant SIM, ce qui peut avoir pour effet de ralentir la progression du client.

☹ Des questionnements ont aussi émergé sur le rôle de l'infirmière et du travailleur social qui sont plutôt effacés dans les services SIM. Selon la gestionnaire responsable du programme, le besoin en service social ou en psychologie est vraiment minimal et il est ajouté ponctuellement. Pour ce qui est des services infirmiers, SIM requiert des services à temps partiel pour quelques clients ayant des besoins à ce niveau.

Piste d'amélioration

- **Créer des occasions régulières pour les intervenants afin qu'ils échangent entre eux et se soutiennent.**

L'entrevue d'évaluation réalisée pour le bilan 3 a permis, pour l'un des groupes d'intervenants, de créer un climat propice à l'échange d'opinions, d'expériences et de

façons d'intervenir. Ce fut apprécié et les intervenants souhaiteraient avoir des occasions d'échanges comme cela en petit groupe, entre eux, de façon informelle.

- **Exprimer davantage de reconnaissance envers les intervenants des services SIM.**

Certains intervenants ont exprimé le besoin de sentir que leur travail, auprès de la clientèle, est apprécié. Le travail avec la clientèle vivant des problématiques sévères de santé mentale n'est pas toujours facile et ses progrès ne sont pas toujours aisément constatables. Les intervenants disent se soutenir minimalement les uns les autres, mais aimeraient aussi sentir davantage que leur travail est reconnu par l'équipe de gestion.

? Questionnements

- **La souplesse, quant aux rôles de chacun des intervenants, doit-elle être favorisée dans certaines situations?**

Dans quelle mesure et dans quelles situations, doit-on assouplir les rôles de chacun des intervenants pour maximiser l'impact des interventions auprès du client? Y a-t-il des situations où il faudrait favoriser la qualité du contact avec le client, dans le choix de l'intervenant qui effectue certaines interventions, plutôt que de privilégier le strict respect des rôles de chacun?

3.4 PLANS D'INTERVENTION ET RÉÉVALUATIONS

Ce qui était prévu...

- Chaque client doit avoir un plan d'intervention interservices.
- Le psychiatre traitant doit être associé concrètement au plan d'intervention de son client.
- Les réévaluations sont fixées, à l'avance, lors de l'acceptation du client aux services intensifs et le délai varie en fonction des objectifs fixés.



Au début de l'implantation, certains clients en suivi SIM n'ont pas de plan d'intervention formel.



En fait, au début de l'implantation, le plan d'intervention n'est pas encore exigé. Certains intervenants se contentent de spécifier les objectifs de suivi intensif pour l'admission au programme. Cette information, plus ou moins précise selon le cas, est la base sur laquelle s'appuient les interventions effectuées auprès de plusieurs clients. Certains intervenants pivots élaborent, en outre, un plan d'intervention SIM plus détaillé, mais ce n'est pas le cas pour tous.



Depuis le début de l'année 2008, chaque client a son plan d'intervention.

À la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), il devient incontournable de réaliser les plans d'intervention et les plans de services individualisé (PSI) dès le début de l'année 2008. Une démarche de tout le CSSS s'enclenche, à ce moment, et c'est le choix du comité SIM de profiter de cette démarche plus large pour ajuster les pratiques des intervenants en la matière.

À partir de cette période, des rencontres systématiques d'élaboration de plan d'intervention sont tenues avec les personnes concernées par le suivi : le client, l'intervenant pivot, le ou les intervenants associés à l'ajout de services, la coordonnatrice clinique et, autres, selon le cas. La préoccupation de mettre les désirs du client au cœur de l'orientation de son suivi semble aussi plus présente.



Le psychiatre participe aux rencontres d'élaboration des plans d'intervention pour les clients résidant à Accès-Logis, mais pas pour ceux des clients de la communauté.

Pour les clients qui utilisent les services d'Accès-Logis, une procédure systématique a été développée pour convier les psychiatres à la rencontre d'élaboration des plans d'intervention. Ils sont donc présents et peuvent orienter le plan d'intervention de leur client pour les services SIM.

Pour les autres clients, la contribution du psychiatre se résume à des discussions avec les intervenants impliqués, de façon préalable, à la tenue de la rencontre formelle de réalisation du plan d'intervention. La façon de faire et l'importance accordée à cette concertation sont laissées à la discrétion de l'intervenant pivot.



Les objectifs des plans d'intervention se situent, principalement, en lien avec le domaine des AVD et des AVQ qui comptent pour 47 % d'entre eux.

En effet, le développement d'AVQ occupe une grande place dans les objectifs des plans d'intervention. Également, quatre autres domaines d'intervention ressortent avec une

proportion d'objectifs variant entre 11 % et 14 %, soit la gestion de la maladie (ex. prévention des rechutes et prise de médication), la santé physique (ex. activité physique, alimentation, gestion du poids), la santé psychologique (ex. anxiété, affirmation de soi et gestion des émotions) et la vie sociale et personnelle (habiletés sociales, loisirs). La classification des objectifs est présentée à l'annexe A.

Tableau 5 Répartition des objectifs des plans d'intervention selon le domaine (n = 34)

Domaine d'objectif	Nombre	Proportion
Santé physique	22	11,5
Santé psychologique	26	13,5
Gestion maladie (psychiatrie)	22	11,5
AVQ, AVD	90	46,9
Vie sociale et personnelle	22	11,5
Occupationnel (travail ou études)	7	3,6
Connaissances	2	1,0
Autres	1	0,5
Total	192	100,0



Les réévaluations ont lieu comme prévu.

Lors de l'admission au programme, une date de réévaluation est déjà fixée et le délai varie, entre deux et six mois, selon les clients et la nature de leurs objectifs. L'intervenant pivot se présente au moment convenu devant le comité SIM, fait le bilan de sa démarche auprès du client concerné ainsi que ses recommandations quant à la poursuite des services. Il aura, au préalable, fait le point avec le ou les intervenants qui sont en ajout de services. Une discussion avec les membres du comité SIM s'ensuit et une décision est alors prise quant à la poursuite des services. Ensuite, une fiche est remplie par un membre du comité pour officialiser par écrit la décision prise. Ce qui y est inscrit est essentiellement l'évaluation globale et l'orientation générale décidée.

Pour les clients d'Accès-Logis, toutefois, la procédure est quelque peu différente : la réévaluation ne passe pas par le comité SIM. Elle se fait plutôt de la même façon que pour la réalisation du plan d'intervention, soit en convoquant tous les intervenants SIM

et les partenaires concernés par le suivi. Lorsque le client quitte la ressource Accès-Logis, sa demande passe au comité SIM pour son orientation.



Les clients ne font pas systématiquement l'objet d'une évaluation intensive à la suite de leur admission au programme.

En fait, les clients accédant aux services SIM sont, généralement, bien connus des intervenants réguliers et, parfois même, déjà évalués en ergothérapie lors d'une hospitalisation antérieure. C'est pourquoi, un processus d'évaluation complémentaire systématique n'a pas été jugé nécessaire pour tous. L'ergothérapeute évalue, néanmoins, tous les clients d'Accès-Logis ainsi que quelques clients dans la communauté quand des doutes subsistent sur leurs capacités de réadaptation.

Appréciation des informateurs



- Les psychiatres et les intervenants sont satisfaits du déroulement des plans d'intervention et de l'apport de cet outil structurant.
- L'apport de l'ergothérapeute pour l'évaluation des clients est très apprécié.
- Les réévaluations se déroulent de façon satisfaisante.



- Il est important de prendre le temps nécessaire pour cibler adéquatement les objectifs du plan d'intervention.
- Il est important d'organiser avec précaution la rencontre d'élaboration du plan d'intervention afin qu'elle ne soit pas vécue de façon négative par le client.



Plusieurs commentaires des informateurs indiquent une grande satisfaction en lien avec les plans d'intervention : les rencontres se déroulent bien et les intervenants SIM, en ajout de services, apprécient être consultés avant qu'ils ne soient rédigés. Il arrive, toutefois, que le pair aidant ne soit pas convié à la rencontre d'évaluation, une situation déplorée, et qu'il fut convenu de corriger. On apprécie aussi que le client soit plus *au centre* de son plan d'intervention, que ce soit un outil qui guide le suivi, améliorant beaucoup la façon de travailler en équipe par la clarification des rôles. On précise qu'on y fait souvent référence et qu'on le met à jour régulièrement.



On relève la somme importante de temps et d'efforts qu'il faut déployer pour préparer le plan d'intervention, autant pour bien préciser les objectifs, pour maximiser l'apport du client et pour consulter les personnes concernées. Quelques intervenants précisent qu'il ne faut surtout pas précipiter son élaboration, l'objectif initial étant de

créer un lien de confiance solide avec le client, de mettre en place le climat propice au développement du plan d'intervention vraiment teinté des besoins et désirs du client.



Plusieurs intervenants soulèvent que la rencontre d'élaboration du plan d'intervention est une situation anxiogène pour le client, en raison, principalement, du nombre de personnes rassemblées. Il est ressorti comme étant important de minimiser le plus possible le caractère stressant de cette rencontre (ex. limiter le nombre de personnes présentes, rassurer le client, tenir la rencontre en des lieux chaleureux ou faire la rencontre interdisciplinaire sans le client). Il semble aussi que ce type de situation ne favorise pas la libre expression du client : il aurait davantage tendance à acquiescer et à s'effacer. Il serait donc important de s'assurer que le client puisse exprimer ses désirs dans des rencontres préalables et d'effectuer des retours sur les orientations prises, lors de la rencontre, pour s'assurer que cela reflète bien ce qu'il souhaite.



Questionnements

- **Les psychiatres devraient-ils participer aux rencontres d'élaboration des plans d'intervention de tous leurs clients en suivi intensif?**

C'est ce qui était souhaité lorsque le comité SIM a défini ses modalités de fonctionnement. Les psychiatres, consultés sur la question, ne partagent pas tous le même avis. Certains mentionnent que ce serait trop exigeant en temps, d'autres soulèvent eux aussi les difficultés associées, mais croient nécessaire de trouver une façon de faire, par exemple, en traitant plusieurs dossiers au cours de la même rencontre.



Piste d'amélioration

- **Trouver des moyens de faciliter la communication entre les psychiatres et les intervenants SIM.**

Les psychiatres suggèrent que les intervenants SIM puissent disposer d'un bureau au Pavillon Marilac : la proximité facilite généralement la communication. L'utilisation d'outils technologiques a aussi été suggérée afin qu'un psychiatre soit toujours de garde pour les clients SIM.

3.5 CARACTÉRISTIQUES DES INTERVENTIONS

Ce qui était prévu...

- L'intervention doit avoir un caractère multidisciplinaire et interdisciplinaire.
- L'intensité doit atteindre 2 interventions par semaine ou 8 interventions par mois.
- L'intervention doit être offerte rapidement pour aider le client quand il en a besoin.
- L'intervention doit avoir lieu, le plus possible, dans le milieu de vie des clients.
- La durée de l'intervention doit être suffisante, mais limitée au minimum nécessaire.

Rappel des sources de données utilisées

- Relevés d'intervention comportant la date de l'intervention, le type d'intervenant, le mode et le lieu (information pour 34 des 46 sujets et pas pour toute la durée des services SIM).
- Les plans d'intervention permettant de qualifier les objectifs fixés (information pour 34 des 46 sujets).
- La perception des intervenants et du comité SIM.



Près de 75 % des sujets de l'échantillon reçoivent l'intensité d'intervention caractérisant les services de suivi intensif, soit un minimum de 8 interventions par mois.

En fait, tous les clients d'Accès-Logis ($n = 15$) ont reçu une intensité d'intervention *face à face* (en rencontre avec les intervenants) très grande, variant de 16 à 50 interventions par mois, avec une moyenne de 40 interventions par mois. Pour ce qui est des clients dans la communauté ($n = 19$), l'intensité d'intervention varie de 3 à 11 interventions par mois avec une moyenne de 7. Les critères du suivi intensif ne sont pas atteints par 9 clients, soit 47 % des clients de la communauté. La figure 9, à la page suivante, illustre les résultats, tandis que le tableau 6 présente les données détaillées.

Figure 9 Proportion de clients ayant reçu 8 interventions ou plus par mois, selon qu'ils soient des clients d'Accès-Logis ou dans la communauté

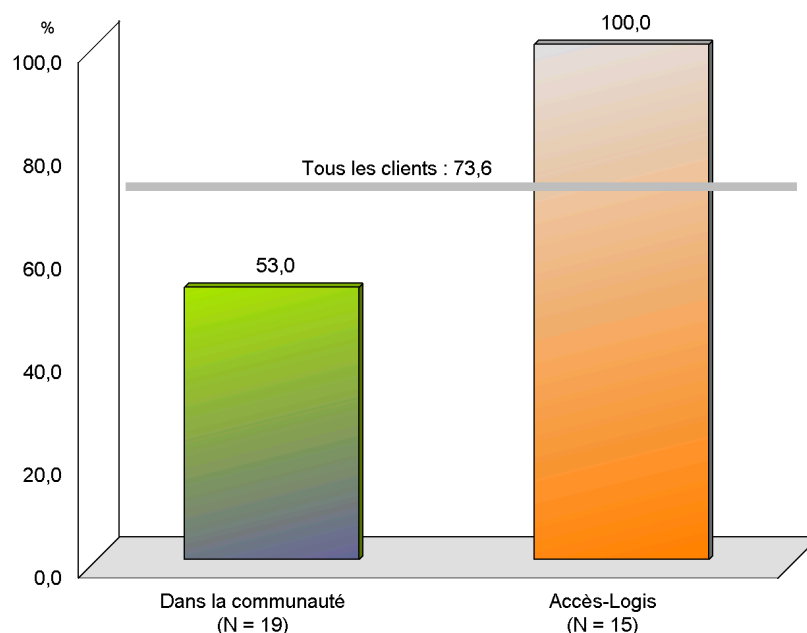


Tableau 6 Répartition des clients selon l'intensité des interventions reçues et selon qu'ils soient des clients d'Accès-Logis ou dans la communauté

Fréquence par mois	N ^{bre} dans la communauté	N ^{bre} à Accès-Logis	Proportion en %
Moins de 8 interventions	9		26,4
De 8 à 16 interventions	10	1	32,4
De 17 à 40 interventions		3	8,8
41 interventions et plus		11	32,4
Total	19	15	100,0



L'intensité des services est ajustée aux besoins de chacun des clients.

Les besoins peuvent varier d'un individu à l'autre et aussi dans le temps pour un même individu. Pour le comité SIM, il est important de ne pas offrir à un client une intensité plus grande que ce que requiert sa situation et ses objectifs, sous peine de nuire au développement de son autonomie.



Un autre élément apparaît primordial au comité SIM : les services offerts par l'intervenant pivot doivent se maintenir, malgré l'ajout d'autres interventions, ce qui provoque ainsi une réelle augmentation de l'intensité des services.



Les services SIM sont offerts rapidement à la suite de l'acceptation de la demande et réajustés facilement pour répondre aux besoins des clients.

Les services SIM permettent une intervention rapide répondant aux besoins des clients, et ce, pour différentes raisons. D'abord, les réunions du comité SIM se tiennent toutes les semaines, ce qui permet de répondre rapidement aux nouvelles demandes. Ensuite, lorsque l'intensité du service doit être réajustée — si c'est avant la réévaluation —, un simple appel à la chef de programme peut suffire. Finalement, grâce à l'ajout de services, le client est rencontré régulièrement ce qui permet d'être au fait de ce qu'il vit et d'effectuer promptement les interventions nécessaires pour prévenir l'aggravation des problèmes.



Les interventions ont lieu majoritairement dans le milieu de vie comme recommandé par le programme de type PACT.

Les résultats indiquent que, globalement, 89 % des interventions ont lieu dans le milieu de vie des clients. Si l'on additionne les interventions ayant eu lieu au domicile du client, à celles s'étant déroulées à Accès-Logis (résidence temporaire du client), dans un groupe d'entraide et d'autres lieux (ex. épicerie, caisse, bibliothèque et prendre une marche), 96 % des interventions des clients d'Accès-Logis et 71 % des interventions des autres clients ont eu lieu dans la communauté.

Tableau 7 Répartition des interventions selon le lieu d'intervention pour les clients d'Accès-Logis et dans la communauté

Lieu	% des interventions dans la communauté n = 1 720	% des interventions à Accès-Logis n = 3 889	% de toutes les interventions n = 5 609
Domicile	52,6	3,2	18,3
Accès-Logis	0,9	91,0	63,4
Groupes d'entraide	1,1	0,3	0,5
Autres	16,7	1,5	6,2
Intermédiaire ou Bercail	0,6	0,3	0,4
Dans la communauté (total)	71,9	96,3	88,8
CLSC	23,5	2,3	8,8
Hôpital	4,5	1,4	2,3
Clinique médicale	0,1	0,0	0,1
Dans les ressources cliniques (total)	28,1	3,7	11,2
Total	100,0	100,0	100,0



La majorité des interventions (87 %) se fait en mode *face à face*, soit en rencontre avec le client.

La proportion d'interventions en rencontre avec le client varie, toutefois, selon que le client réside à Accès-Logis ou bien qu'il soit dans la communauté. À Accès-Logis, les interventions en *face à face* comptent pour 95 % des interventions, alors que pour les clients de la communauté, ils en représentent 68 %.

Tableau 8 Répartition des interventions selon le mode d'intervention pour les clients d'Accès-Logis et dans la communauté

Mode	% des interventions dans la communauté n = 1 549	% des interventions à Accès-Logis n = 3 845	% de toutes les interventions n = 5 394
Intervention en rencontre avec le client	68,4	95,0	87,3
Écoute téléphonique avec le client	10,3	2,6	4,8
Rencontre en absence du client	8,1	0,7	2,8
Téléphone en absence du client	12,7	1,7	4,9
Manquants	0,5	0,0	0,2
Total	100,0	100,0	100,0

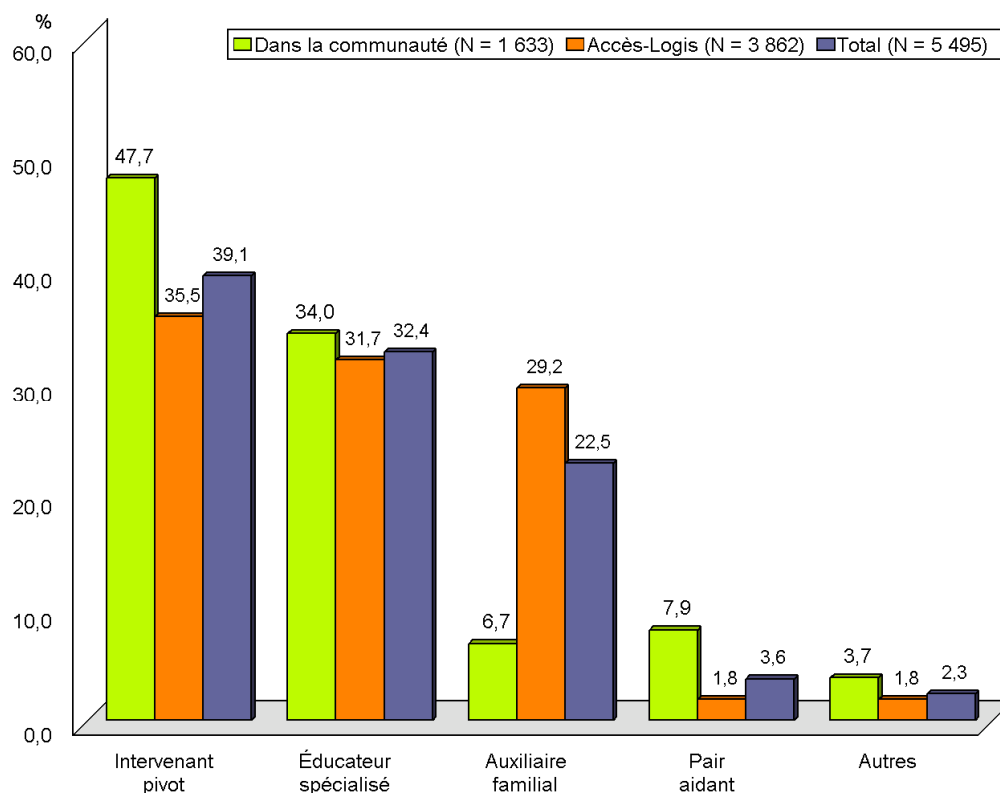


Les interventions SIM sont effectuées, principalement, par l'intervenant pivot (39 %) et par l'éducateur spécialisé (32 %).

L'auxiliaire familiale effectue, elle aussi, une proportion importante des interventions pour les clients d'Accès-Logis (29 %). Son apport est beaucoup moins important auprès des clients de la communauté (7 % des interventions). Le pair aidant, quant à lui, est surtout présent auprès des clients de la communauté : il y aurait effectué 8 % des interventions.

Ces renseignements, combinés à ceux vus précédemment sur les modalités de collaboration des intervenants au même dossier, illustrent l'aspect multidisciplinaire et interdisciplinaire des services SIM.

Figure 10 Répartition des interventions selon le type d'intervenant pour les clients d'Accès-Logis et ceux dans la communauté



Vingt clients ont cessé leur suivi au 31 décembre 2008, après avoir reçu des services SIM pendant 13 mois ou moins (voir le tableau 9).

De ce nombre, 70 % ont été en suivi SIM pendant moins de 10 mois, 30 % pendant moins de 4 mois. Différentes raisons ont amené la cessation des services. Pour 9 clients, un manque de collaboration, de motivation, de progrès ou de la méfiance du client étaient en cause (voir le tableau 10). Par contre, pour d'autres, les objectifs étaient atteints.

Tableau 9 Répartition des clients qui ont cessé les services SIM au 31 décembre 2008, selon la durée des services reçus

Durée en mois	n ^{bre}
1 à 3	6
4 à 9	8
10-13	6
Total	20

Tableau 10 Répartition des clients qui ont cessé les services SIM au 31 décembre 2008, selon la raison de la cessation

Raison de cessation	n ^{bre}
Manque de motivation, de collaboration, méfiance, progrès limités	9
Objectifs atteints	5
Trouble de comportement ou échec de la stratégie	3
Déménagement ou décès	3
Total	20



**Huit clients reçoivent des services SIM, depuis 1 an ou plus.
Le doyen SIM est en suivi depuis près de 2 ans.**

Alors que certains clients cessent rapidement de recevoir des services SIM, d'autres en bénéficient plus longtemps (voir le tableau 11).

Tableau 11 Répartition des clients actifs au 31 décembre 2008, selon la durée des services reçus

Durée en mois	n ^{bre}
0 à 6	9
6 à 12	9
12 et plus	8
Total	26

Appréciation des informateurs

- 😊 – L'intensité offerte aux clients a de nombreux bénéfices perçus par les intervenants.
- 😊 – Ces services intensifs sont exigeants, en termes de temps, car ils impliquent différentes tâches nouvelles pour les intervenants pivots.

😊 L'intensité offerte aux clients leur permet d'atteindre des résultats plus rapides : « ils sont fiers d'eux » et cela aide à maintenir leur motivation. En outre, cette intensité donne l'occasion d'aider le client à gérer ses problèmes au quotidien et permet, également, de constater plus rapidement s'il y a détérioration de la santé du client. Finalement, l'intensité sécurise davantage le client, la famille de même que les intervenants.

😊 Quoique considéré comme indispensable par les intervenants pivots, le suivi intensif leur demande, indéniablement, un investissement de temps supérieur. Les différentes tâches associées au suivi intensif (préparation et présentation des demandes, concertation avec les autres intervenants, élaboration et révision des plans d'interventions) sont exigeantes en termes de temps.

? Questionnements

- **Est-on suffisamment persévérant avec certains clients se montrant moins motivés ou plus difficiles à *accrocher*?**

La littérature (AHQ 2000; Allness et Knoedler 1998; Stein et Santos 1998; ASSS Mauricie — Centre du Québec 2007) sur les services PACT précise que ce type d'intervention peut être nécessaire pendant longtemps, en termes d'années, étant donné la sévérité des situations que vivent les clients. Ces textes précisent que les intervenants doivent faire preuve d'une grande persévérance parce qu'ils rencontrent des clients difficiles vivant des problématiques complexes. Quoique les services SIM ne ciblent pas exactement la même clientèle, une proportion importante de clients a cessé rapidement de recevoir des services.

 Pistes d'amélioration

- **Augmenter les ressources disponibles pour les services SIM : pair aidant, ergothérapie, éducation spécialisée, accompagnement, etc.**

Les intervenants des services SIM considèrent la recette tellement bonne, qu'ils en voudraient encore plus! C'est ce qu'ils aimeraient faire s'ils étaient gestionnaires, afin d'aider encore plus efficacement leurs clients. D'ailleurs, c'est un avis que partagent certains clients rencontrés.

- **Développer, à Accès-Logis, des activités plus stimulantes pour la jeune clientèle.**

Actuellement, il semble que certains clients passent beaucoup de temps libre à effectuer des loisirs passifs, par exemple écouter la télévision, parce qu'ils n'ont pas beaucoup d'alternatives.

3.6 COLLABORATION AVEC LES SERVICES HOSPITALIERS

Ce qui était prévu...

- Le psychiatre traitant doit être associé concrètement au plan d'intervention de son client.
- Le client SIM doit être priorisé au Service des urgences.
- En cas de besoin, le client doit avoir accès direct à son psychiatre, ou encore, au psychiatre de garde.
- Le client doit avoir accès à l'expertise de l'hôpital de jour selon un plan adapté à ses besoins.

 **Le psychiatre participe, depuis janvier 2008, aux rencontres d'élaboration des plans d'intervention réalisés pour les clients résidant à Accès-Logis, mais pas pour les autres clients des services SIM.**

Il apparaît particulièrement utile et pertinent que le psychiatre soit présent à cette rencontre. D'abord, cela lui permet de voir comment le client vit, concrètement, au

quotidien (réussites et difficultés rencontrées). Son expertise apporte alors un éclairage précieux, permettant de mieux comprendre les difficultés du client, et contribue à trouver les solutions pour y remédier.



L'accès privilégié des clients aux services hospitaliers, en cas de besoin, n'est pas garanti.

Certains intervenants ne réussissent pas à obtenir un accès plus rapide au psychiatre traitant ni même à lui parler en situation de crise. Le résultat semble varier en fonction des personnes impliquées et de la disponibilité du psychiatre. Aucune entente particulière n'a été conclue pour faciliter l'accès des clients des services SIM à l'expertise de l'hôpital, peu importe le type de service considéré.



Un travail d'équipe commence à se développer entre les intervenants de l'hôpital et ceux des services SIM.

Lorsqu'un client SIM est hospitalisé, les intervenants SIM ont commencé à faire des interventions au Service de psychiatrie pour garder contact avec lui, pour être informés de sa situation médicale et pour le préparer à sa sortie de l'hôpital en l'aidant à se remettre graduellement en action.

Également, il arrive que les infirmières ciblent des clients hospitalisés afin que le pair aidant leur rende visite.

Appréciation des informateurs



- Les psychiatres considèrent les services SIM nécessaires.



- Les infirmières de l'hôpital gagneraient à connaître davantage les ressources de la communauté.
- Pour les clients dans la communauté, les psychiatres ne reçoivent pas suffisamment de *feedbacks* sur le déroulement des interventions.
- Les ressources en santé mentale du CSSS déménagent à Beauceville et s'éloignent des services de psychiatrie.



- Certains psychiatres, pour différentes raisons, ne retournent pas les appels des intervenants ou le font dans des délais trop longs.



😊 Les psychiatres rencontrés se disent satisfaits des services SIM : ils jugent qu'il s'agit d'un service nécessaire. Certains soulignent aussi le grand dévouement des intervenants des services SIM.

😊 Il semble que les infirmières connaissent plus ou moins les ressources de la communauté et qu'elles sont plus ou moins sensibilisées à l'importance de préparer le client à sa sortie de l'hôpital. En outre, le pair aidant n'est pas connu de toutes les infirmières. La ressource Accès-logis serait aussi perçue comme fonctionnant telle une famille d'accueil, alors, qu'en réalité, il n'y a aucune supervision le soir et la nuit.

😊 Plusieurs commentaires des psychiatres dénotent qu'ils ne sont pas suffisamment informés du déroulement des services pour leurs clients dans la communauté. Certains ne peuvent pas beaucoup qualifier en quoi consistent les services, d'autres se disent peu renseignés à la suite de l'admission au programme. Ainsi, des psychiatres aimeraient recevoir régulièrement des renseignements sur le suivi SIM de leurs clients.

😊 Autant les psychiatres que les intervenants reconnaissent que leur proximité géographique pourrait favoriser leur collaboration. Certains intervenants déplorent donc le déménagement des ressources de santé mentale du CSSS à Beauceville. Selon eux, toute l'équipe en santé mentale du CSSS sera regroupée, mais au détriment de la collaboration avec les services hospitaliers et avec, comme conséquence, l'éloignement de plusieurs clients.

😊 Il est insatisfaisant pour certains intervenants de ne pas avoir de retour d'appel des psychiatres en situation d'urgence, alors que d'autres mentionnent obtenir, de leur part, une excellente collaboration. La qualité de la collaboration est inégale, selon divers éléments de contexte. De leur côté, quelques psychiatres se disent irrités par des appels trop fréquents ou non pertinents. Il semble que ce qui apparaît urgent pour certains intervenants ne l'est pas en réalité du point de vue du psychiatre traitant. La collaboration du psychiatre serait plus facile à obtenir lorsqu'il connaît bien l'intervenant qui le contacte.



Pistes d'amélioration

- **Les psychiatres devraient participer aux rencontres d'élaboration des plans d'intervention de tous leurs clients recevant des services SIM.**

Les clients en suivi dans la communauté méritent la même attention et qualité de services que leurs pairs en suivi à Accès-Logis. Il faudrait donc, idéalement, trouver des moyens de rendre possible cette collaboration permettant, du même coup, de tenir informés et impliqués les psychiatres sur les services reçus et sur l'évolution de leurs clients dans le cadre des services SIM.

- **Un lieu d'échange multidisciplinaire pourrait être créé à l'intérieur du CSSS de Beauce.**

Certains ont formulé le souhait qu'un lieu de réflexion clinique, impliquant les psychiatres, les professionnels de l'hôpital ainsi que tous les intervenants SIM du CSSS — CLSC, soit mis sur pieds. « *On a un patient complexe à explorer, on doit s'assurer d'avoir la palette professionnelle pour mieux le comprendre [...].* Ce lieu d'échange permettrait, du même coup, de contribuer à l'amélioration des interventions cliniques SIM, mais aussi de développer la connaissance mutuelle des intervenants du CLSC et de l'hôpital. Les divers intervenants pourraient échanger sur la gamme des services offerts, sur leurs réalités d'intervention respectives et convenir de modes de collaboration adaptés.

3.7 OUVERTURE SUR LES RESSOURCES DE LA COMMUNAUTÉ ET LE RÉSEAU D'AIDE NATUREL

Ce qui était prévu...

- Que les interventions favorisent l'utilisation et l'accès aux services communautaires, municipaux et scolaires.
- Que les interventions permettent au client de développer et d'utiliser un réseau d'aide naturel, en dehors des intervenants du réseau de la santé, exemples : parents, amis et voisinage.



La référence ou l'accompagnement à des ressources de la communauté est présente dans plus de la moitié des plans d'intervention analysés (19 clients sur 34).

Selon les problématiques vécues par le client et les objectifs de son suivi, les intervenants s'assurent qu'il puisse utiliser les ressources de la communauté dont il a besoin. Les ressources les plus fréquemment mentionnées par les intervenants sont des organismes d'entraide offrant aussi des ateliers occupationnels ainsi que le Service de développement de la main d'œuvre (SDME) qui est un service d'intégration à l'emploi. Par l'intermédiaire de ces ressources, les clients ont reçu des services spécialisés en santé mentale. Toutefois, quelques clients se sont aussi intégrés à des activités sociales ou sportives de la communauté, exemples : la chorale et le cours de natation.



Peu de clients SIM ont des objectifs associés à l'emploi ou aux études.

En fait, comme mentionné précédemment au tableau 5 de la page 46, seulement 3,6 % des objectifs des plans d'intervention traitent du travail, des études ou du bénévolat. Au total, 7 clients ont une mention de cette nature à leur plan d'intervention.



Peu de clients (15 %) ont un plan d'intervention qui mobilise ou implique leur entourage, soit 5 clients sur les 34 dont le plan d'intervention a été analysé.

Conséquemment, les intervenants font relativement peu appel aux services de l'organisme d'entraide pour les parents et amis (Le Sillon) pour représenter l'entourage. La collaboration avec cet organisme a tout de même pris forme à quelques reprises selon les modalités suivantes :

- présentation des services SIM à une rencontre de parents en soirée;
- rencontres familiales pour favoriser le cheminement du client, le client accompagné de son intervenant des services SIM et le parent soutenu par l'intervenant du Sillon;
- rencontres d'élaboration du plan d'intervention à laquelle participe l'intervenant du Sillon pour représenter le parent.

Appréciation des informateurs

- 😊 - La collaboration avec les ressources communautaires est très satisfaisante (ex. Le Rappel, SDME, Le Sillon).
- 😐 - Les ressources existantes ne sont pas toutes adaptées à la jeune clientèle.
 - La famille est peu impliquée dans les suivis SIM.
 - Le Sillon n'est pas toujours suffisamment informé ou impliqué pour jouer efficacement son rôle auprès des familles.

😊 Les intervenants se disent satisfaits de leur collaboration avec les différents services de la communauté et jugent celle-ci suffisante pour répondre aux besoins de leurs clients. Les partenaires démontrent de l'ouverture, de l'accueil et de la disponibilité. Un exemple de collaboration intéressante avec Le Sillon fut donné. À la suite d'une première hospitalisation, c'est l'intervenant du Sillon qui avait le lien de confiance avec le client. Les intervenants des services SIM ont donc mieux compris la situation du client, par son intermédiaire, et grâce à ce partenaire, le client a réussi à faire confiance aux intervenants et a, finalement, accepté de recevoir les services SIM.

😐 Certains intervenants déplorent le manque de ressources dans la communauté pour favoriser l'intégration au travail des jeunes, ou encore, leur divertissement. Quelques-unes existent, mais elles sont peu stimulantes et adaptées pour la jeune clientèle.

😐 Le représentant du Sillon ayant participé à l'évaluation se dit, globalement, très satisfait de la collaboration entretenue avec l'équipe des services SIM. Il semble que le lien de confiance, entre cet organisme et le CSSS-CLSC, soit tissé depuis longtemps. En outre, les familles seraient, généralement, bien informées et satisfaites des services SIM.

Quelques améliorations pourraient, tout de même, être apportées. D'abord, s'assurer que Le Sillon soit au fait des changements dans les critères d'admission aux services, principalement pour aider les parents de clients refusés à mieux comprendre les décisions du comité SIM. Aussi, Le Sillon pourrait jouer plus activement son rôle auprès de la famille. Pour faciliter cela, il faut veiller à ce que Le Sillon soit bien informé, voire impliqué, dans les situations de suivi des clients pour lesquels il est prévisible qu'il devra intervenir auprès de la famille (ex. le client dont la famille est déjà suivie par Le Sillon, le client pour lequel la famille joue un rôle dans le plan d'intervention). L'implication devrait se faire le plus tôt possible dans le processus de suivi afin de favoriser le développement

du lien de confiance entre la famille et Le Sillon. Toutefois, l'implication du Sillon peut se concrétiser uniquement dans la mesure où le client est d'accord.

Pistes d'amélioration

- **S'assurer d'impliquer l'entourage et les services de la communauté dans tous les suivis SIM pour lesquels il apparaît pertinent de le faire.**

Il est important que les intervenants développent le réflexe d'établir plus de liens entre le client, la communauté et son réseau naturel. S'assurer qu'ils n'oublient pas, qu'éventuellement, la majorité des clients auront à retourner à un suivi régulier et que plus ils développent de liens avec leur communauté d'appartenance, plus ils auront de chances de réussir à y vivre pleinement de façon autonome.

- **Se préoccuper du développement de nouvelles ressources pour la clientèle.**

Différentes suggestions ont été faites :

- un centre de crise pour éviter les hospitalisations;
- un lieu de vie sociale et d'entraide où les clients ne se sentent pas jugés;
- une offre d'activités occupationnelles plus grande et diversifiée.

3.8 CONDITIONS FAVORABLES D'IMPLANTATION

Cette section décrit les conditions favorables de l'implantation mentionnées par les membres du comité SIM et observées par l'agente de recherche responsable de l'étude.

3.8.1 ADHÉSION ET TRAVAIL DES INTERVENANTS

Le comité SIM explique, en partie, le succès de son modèle par le fait qu'il a été développé en considérant les opinions et les sentiments des intervenants qui allaient dispenser les services. Pour favoriser la réussite de ceux-ci, il fallait d'abord que les intervenants adhèrent à l'approche et la considèrent favorablement. C'est pourquoi le modèle de services intensifs fut adapté afin d'y conserver, comme assise principale, le travail de l'intervenant pivot. C'est une condition d'implantation favorable identifiée par le comité SIM.

Les entrevues réalisées avec les intervenants illustrent bien leur acceptation des services. Bien qu'ils reconnaissent que leur tâche est plus ardue, ils sont unanimement satisfaits de cette nouvelle façon de faire et en relèvent les bienfaits. Les entrevues



permettent aussi de constater la motivation des intervenants des services SIM et leur grand désir d'aider au mieux leur client dans leur cheminement.

3.8.2 CAPACITÉ DE REMISE EN QUESTION DE FAÇON CONTINUE

Le comité SIM, responsable de l'élaboration et de l'implantation des services SIM, a été l'un des demandeurs de l'évaluation d'implantation. Tout au long du processus d'évaluation, ce comité s'est montré très disponible pour participer à chacune des étapes et a démontré, également, beaucoup d'ouverture à revoir son mode de fonctionnement lorsque c'était souhaitable.

Cette capacité et ce désir de se remettre en question de façon continue est un facteur indéniable de succès dans une démarche d'implantation. Ce comité a voulu se mettre à l'écoute de son monde par le processus d'évaluation. Cela aurait pu être fait autrement, sans l'intermédiaire de l'évaluation, mais celle-ci intégrait une certaine structure favorisant cette réflexion.

3.8.3 INTÉGRATION PROGRESSIVE DES SERVICES SIM

Un élément favorisant le succès de l'implantation des services SIM au CSSS de Beauce est la façon graduelle et naturelle de le faire. Tout d'abord, au début du processus, les efforts furent concentrés sur l'organisation des services à l'intérieur du CLSC : processus d'admission, ajout des ressources, augmentation de l'intensité des services, travail d'équipe, etc. Ce n'est que plus tard, lorsque les services furent ajustés à l'interne, que des objectifs plus larges ont été visés, exemple : la réalisation de plans d'intervention avec les psychiatres.

C'est une force de procéder ainsi par étape afin de ne pas surcharger les intervenants et les partenaires de nouvelles procédures à suivre. La méthode *des petits pas* permet à tous les acteurs impliqués d'intégrer les changements graduellement et de vivre l'implantation de façon plus positive.

Cette section traite, principalement, des retombées des services implantés : selon la perception des acteurs de l'implantation, d'après l'évaluation des progrès des clients à leur plan d'intervention et, également, en termes de retombées sur l'utilisation des services hospitaliers. Aussi, des résultats liés au processus de changement sont présentés. Quelques symboles sont utilisés pour guider le lecteur.



Constats sur les effets des services



Constats sur le déroulement de l'implantation

Retour sur la méthode

- Presque tous les informateurs de l'évaluation (comité SIM, intervenants, psychiatres, clients) ont été questionnés sur les effets du programme par le biais d'entrevues semi-structurées. Les données recueillies sont donc les perceptions des informateurs sur les effets de façon globale.
- Un court questionnaire a été rempli par les intervenants de chacun des clients pour obtenir leur perception sur les progrès réalisés à chacun des objectifs de leur plan d'intervention et, aussi, globalement.
- L'historique d'utilisation des services hospitaliers — de deux ans avant l'admission du client aux services SIM jusqu'à la fin de sa participation — a été analysé afin de déterminer si les services SIM semblent avoir exercé une influence.

4.1 PROGRÈS PERÇUS PAR LES INFORMATEURS



Il ressort clairement que les services SIM sont utiles et que leurs effets se manifestent dans différents aspects de la vie des clients.

4.1.1 EFFETS GLOBAUX POSITIFS

En fait, les entrevues recèlent une pluie de commentaires positifs sur les effets des services. Voici quelques commentaires des informateurs.

Intervenants

« C'est de la vraie réadaptation, de vrais progrès et pas de la compensation. Ils partent de quelque part et arrivent à l'atteinte de leur but. », « On voit de bons résultats, pas de miracles, mais une évolution [...] », « On voit de beaux progrès, ça a du bon. »

Psychiatres

« En général, il est question d'effets positifs. » « Pour les clients d'Accès-Logis, oui, ça apporte du changement positif [...] ».

Clients

« Ma vie est beaucoup plus belle [...] alors que c'était un enfer, maintenant c'est comme un bon dessert tous les jours. »

« Mon docteur, mon propriétaire, mon intervenant, la dame de la COOP, tout le monde a trouvé que j'avais changé beaucoup. »

« Y'a plus de couleur dans ma vie [...] plus de liberté, d'autonomie, de vie [...] »

4.1.2 AUGMENTATION DE L'AUTONOMIE DANS LA VIE QUOTIDIENNE

Tant les intervenants, les psychiatres que les clients remarquent que les services SIM engendrent, chez certains clients, l'apprentissage de nouvelles habiletés. Le fait d'apprendre à faire la cuisine, le ménage, la gestion du budget sont soulevés. Ultimement, ces apprentissages permettent à certains clients de vivre seuls en appartement. Voici ce que disent, à ce sujet, deux des clients interrogés :

« Ça m'a aidé beaucoup. Je ne savais pas comment faire à manger, j'ai appris de nouvelles recettes, je suis maintenant capable de me débrouiller par moi-même. »

« J'ai aimé d'Accès-Logis tout l'apprentissage que ça permet : bouffe, ménage, papiers. T'arrives en loyer pis t'es pas perdu dans tout ce que tu as à faire... »

4.1.3 AMÉLIORATION DE L'ESTIME DE SOI

Les intervenants soulèvent aussi la confiance et l'estime de soi que les services SIM semblent permettre d'acquérir. « *Je vois une augmentation de la confiance [...] ça les valorise, ils sont fiers d'eux [...] je vois ça dans tous les dossiers avec acquisitions d'habiletés.* » Deux des six clients interrogés ont d'ailleurs relevé eux-mêmes cet apport des services dans leur vie.

4.1.4 DIMINUTION DES RECHUTES ET BAISSSE DE L'UTILISATION DES SERVICES HOSPITALIERS

Le comité SIM, certains intervenants, psychiatres et clients mentionnent avoir constaté une baisse des symptômes, des rechutes, ou encore, une amélioration dans la compréhension de la maladie et de la prise de la médication.

4.1.5 INTÉGRATION DANS LA COMMUNAUTÉ ET HABILETÉS SOCIALES

Certains intervenants et clients soulèvent des effets ayant trait au développement d'habiletés sociales et à l'intégration dans la communauté. Par exemple, le contexte de vie d'Accès-Logis permettrait de faire l'apprentissage de certaines règles de la vie en groupe. Également, les interventions auprès de certains clients dans la communauté leur aurait permis de s'y intégrer mieux, par exemple par différents cours, diverses activités sociales et l'ajout de personnes significatives dans leur réseau.

Voici ce que mentionne un intervenant à ce sujet :

« Un client a commencé des cours [...] au début il y allait avec l'éducatrice [...] Maintenant, il y va seul! C'est pas rien comme résultat! ».

4.1.6 ACCEPTATION DE LA MALADIE

Trois intervenants ont soulevé que les services avaient aidé certains clients à accepter mieux leur maladie. Deux d'entre eux précisent que le pair aidant a joué un rôle clé dans cette évolution, de part son contact particulier et sa crédibilité aux yeux des clients.

« Au contact de la pair aidante, un de mes clients a gagné une qualité de vie, il s'est transformé. Avec moi, ça ne collait pas! Le lien de confiance et la relation sont différents. »

« Depuis qu'il rencontre le pair aidant, il commence à s'ouvrir sur la maladie. Il est fragile encore, mais est plus capable de parler de ses sentiments et de ses symptômes. Il ouvre plus. »

4.1.7 MODE DE VIE

Quelques clients et intervenants soulèvent, spontanément, des effets des services SIM sur leur mode de vie. Dans certains cas, il s'agit de l'acquisition d'un rythme de vie, d'une routine plus structurée et régulière. Dans d'autres situations, c'est plutôt l'intégration de l'activité physique à leur vie qui est mise en relief.

4.1.8 BUDGET

Trois des six clients rencontrés en entrevue mentionnent que les intervenants des services SIM les aident à mieux gérer leur budget et à se mettre de l'argent de côté.

4.1.9 PRÉCAUTIONS NÉCESSAIRES

Certains intervenants mentionnent que ce n'est pas toujours facile pour les clients au moment de la cessation des services. Il serait important de diminuer graduellement la fréquence des interventions. Néanmoins, lors de la cessation des services, les clients pourraient vivre de l'insécurité pendant quelques semaines. Il est alors nécessaire de les aider à ressentir plus de confiance et de valoriser leurs capacités.

Dans un autre ordre d'idées, les services SIM se sont révélés peu appropriés pour quelques clients. Par exemple, Accès-Logis n'a pas été le bon type d'hébergement choisi pour certains. Dans un autre dossier, l'ajout de services a provoqué une augmentation des troubles du comportement. Les services SIM ne sont pas nécessairement des services adaptés pour tous les clients. Il est important d'être vigilant, lors de l'évaluation de leurs besoins, et d'être attentif à leur évolution.

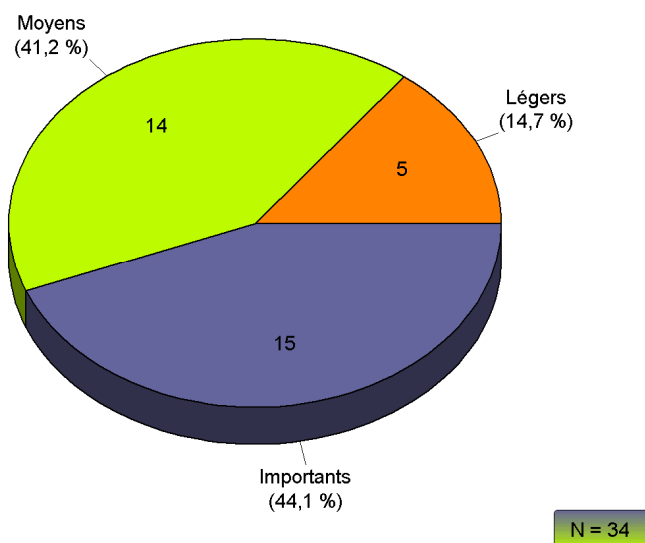
4.2 PROGRÈS SELON LE QUESTIONNAIRE SUR LES OBJECTIFS DU PLAN D'INTERVENTION



Selon l'appréciation des intervenants, 85 % des clients SIM ont montré des progrès qualifiés de *moyens* ou d'*importants*.

Sur les 34 clients dont le plan d'intervention a été analysé, seulement quelques-uns apparaissent avoir relativement peu cheminé, selon la perception des intervenants (voir la figure 11). En fait, 5 clients obtiennent un score de progrès de 4,4 points sur 10 ou moins (progrès considérés *légers*) au questionnaire rempli par leurs intervenants. Tous les autres montrent des progrès notables (4,5 à 6,4 sur 10 considérés *moyens*; 6,5 à 10 sur 10 considérés *importants*), et ce, peu importe le temps passé dans les services SIM.

Figure 11 Répartition des clients selon l'évaluation de leurs progrès globaux par leurs intervenants



 **Tant les clients d'Accès-Logis que ceux dans la communauté apparaissent avoir progressé.**

Les analyses statistiques réalisées ne démontrent pas de différences significatives entre les clients d'Accès-Logis et ceux dans la communauté. Les deux types de clients montrent des progrès. Le tableau suivant apporte les précisions.

Tableau 12 Répartition des clients selon l'évaluation de leur progrès global par leurs intervenants et selon qu'ils soient des clients d'Accès-Logis ou dans la communauté

Progrès sur 10 points	N ^{bre} dans la communauté	Proportion en %	N ^{bre} à Accès-Logis	Proportion en %
Légers (0 à 4,4)	4	21,1	1	6,7
Moyens (4,5 à 6,4)	7	36,8	7	46,7
Importants (6,5 à 10)	8	42,1	7	44,1
Total	19	100,0	15	100,0



Des progrès notables — moyens ou importants — sont notés dans tous les domaines d'objectifs du plan d'intervention.

Les progrès les plus importants sont observés pour les objectifs reliés aux apprentissages d'habiletés utiles à la vie quotidienne avec une moyenne de 6,9 sur 10 (progrès importants). Toutefois, tous les autres domaines d'objectifs obtiennent des scores qualifiés de moyens, variant entre 5,5 points et 6,1 points. Les services SIM semblent donc permettre aux clients de progresser de différentes façons.

Tableau 13 Niveau moyen de progression de tous les clients SIM sur les différents domaines d'objectifs

Domaine d'objectif (n ^{bre} d'objectifs)	Score moyen sur 10
AVQ, AVD (n = 87)	6,9
Santé psychologique (n = 24)	6,1
Gestion de la maladie (n = 18)	5,8
Vie sociale et personnelle (n = 22)	5,8
Santé physique (n = 22)	5,5
Total (n = 173)	6,4

Note : Les progrès associés à la vie occupationnelle, aux connaissances et autres ne sont pas présentés, car les objectifs étaient en nombre insuffisant pour l'obtention de résultats valides. Pour cette raison, le nombre total des objectifs est de 173.

4.3 RETOMBÉES SUR L'UTILISATION DES SERVICES HOSPITALIERS

Précisions sur la méthodologie

- L'objectif de ces analyses est de déterminer si les services SIM semblent avoir comme effet de contribuer à diminuer le recours aux services hospitaliers.
- La méthode est de comparer la consommation de services, pour des raisons liées aux problèmes de santé mentale, pendant l'année précédant le programme à celle de la période pendant laquelle le client reçoit des services SIM.
- Indicateurs utilisés :
 - Nombre de jours d'hospitalisation.
 - Nombre de recours à l'urgence.
 - Nombre d'épisodes de consultation à l'hôpital (urgence ou hospitalisation).
- Limites diminuant la validité des résultats ou la possibilité d'observer statistiquement un effet des services :
 - L'échantillon de clients est petit ($n = 46$).
 - Peu de clients sont suivis sur une période de 9 mois ou plus ($n = 20$).
 - Peu de clients (entre 10 et 27 selon l'indicateur utilisé) ont une consommation initiale de services hospitaliers importante pour l'année précédant le programme.

Il n'est donc pas possible de tirer des conclusions solides à partir de tests statistiques. Il aurait été idéal d'effectuer des tests statistiques seulement sur les clients ayant un niveau d'utilisation des services hospitaliers initial minimal, mais ayant aussi reçu des services SIM durant plus de 9 mois. Toutefois, la combinaison de ces critères rendait l'échantillon trop petit. Le choix a donc été fait de faire des analyses descriptives pour illustrer les tendances rencontrées.



Une tendance de diminution de la consommation des services hospitaliers est observée pendant la durée des services SIM.

Les analyses descriptives ont été effectuées de différentes façons : avec tous les clients, avec seulement ceux ayant reçu des services pendant plus de 9 mois et avec seulement les clients ayant un niveau initial d'utilisation des services hospitaliers élevés. Toutes ces analyses, effectuées pour les 3 types d'indicateurs, révèlent la même tendance : une diminution des services hospitaliers de façon concomitante à l'accès aux services SIM.

Les tableaux et figures suivants illustrent l'évolution de l'utilisation des services hospitaliers chez les clients ayant un niveau d'utilisation initial minimal, c'est-à-dire ceux

que l'on souhaitait *stabiliser* par les services SIM. Tous les tableaux illustrent la même tendance : les clients utilisent moins les services hospitaliers pendant qu'ils reçoivent des services SIM.

Tableau 14 Évolution des indicateurs de services hospitaliers, chez les clients ayant une consommation minimale initiale d'un épisode de consultation par année (n = 27)

Indicateurs	Année précédant le début des services SIM	Période des services SIM
Nombre moyen de jours d'hospitalisation	2,07	1,26
Nombre moyen de recours à l'urgence	2,52	1,48
Nombre d'épisodes de consultation	2,67	1,48

Figure 12 Évolution de la répartition des clients, selon une catégorisation du nombre de jours d'hospitalisation, chez les clients avec consommation minimale initiale de 10 jours d'hospitalisation

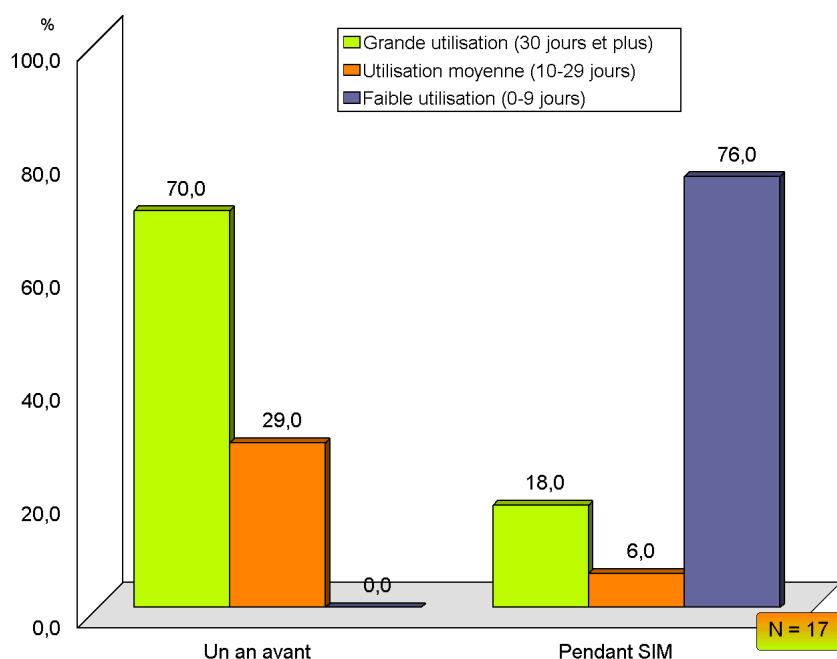


Figure 13 Évolution de la répartition des clients selon une catégorisation du nombre de visites à l'urgence, chez les clients ayant une consommation minimale initiale d'une visite par année

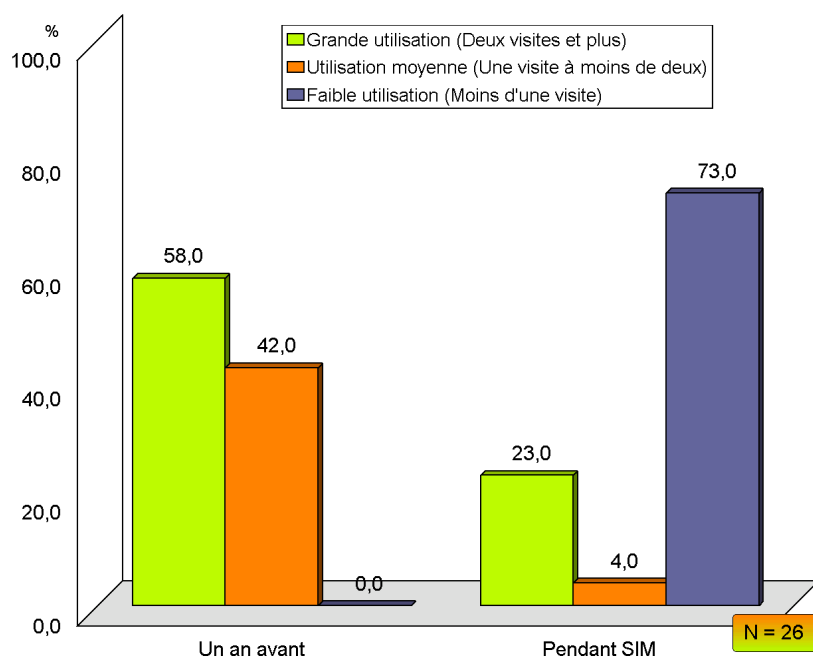
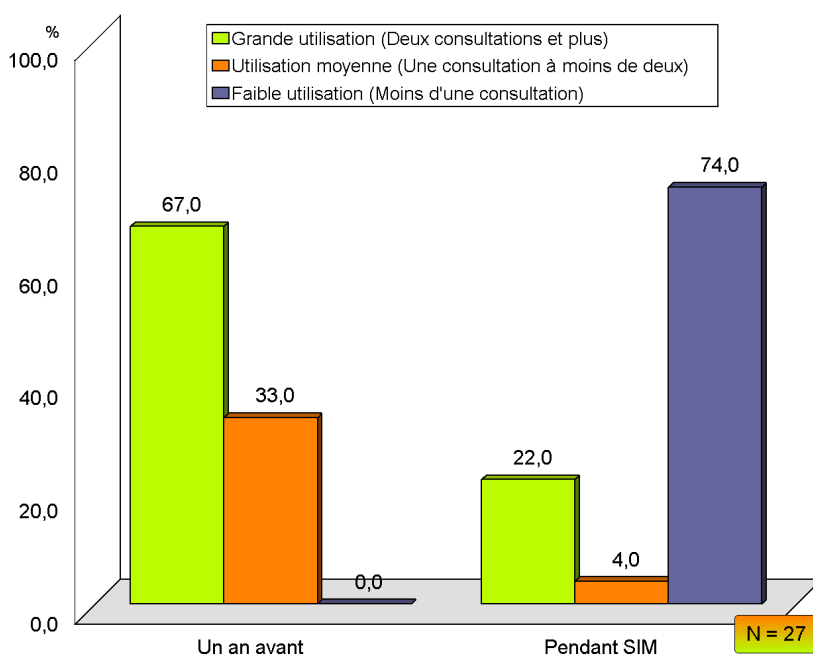


Figure 14 Évolution de la répartition des clients selon une catégorisation du nombre d'épisodes de consultation, chez les clients ayant une consommation minimale initiale d'un épisode par année



4.4 PROCESSUS DE CHANGEMENT DU CLIENT

Selon le modèle conceptuel de l'évaluation (figure 1 de la page 18), des résultats intermédiaires, reliés au processus de changement du client, médiatisent les transformations à plus long terme qui pourront être observées à la suite de l'implantation des services SIM. Sans avoir la prétention de mesurer ces variables complexes, le souhait était d'ouvrir la discussion avec les intervenants à ce sujet afin de mettre davantage en contexte les résultats observés. L'établissement du lien de confiance ainsi que la motivation du client furent abordés. Quelques éléments, provenant de l'entrevue effectuée avec 6 clients, sont aussi mis en relief dans le texte qui suit.

4.4.1 ÉTABLISSEMENT DU LIEN DE CONFIANCE



Pour favoriser le développement du lien de confiance, il faut respecter le rythme du client ainsi que ses valeurs.

Les intervenants mentionnent qu'il faut y aller graduellement avec eux et de ne surtout pas chercher à tout définir à la première rencontre. Il apparaît important d'utiliser quelques semaines simplement pour apprendre à se connaître. Chez certains clients, cela peut même prendre beaucoup plus de temps, comme l'exprime un intervenant expérimenté :

« C'est l'art d'apprivoiser un chat sauvage [...] on peut aller voir un client pendant un an de temps, seulement 5 minutes [...] le client qui n'ouvre pas la porte, on lui téléphone [...] ».

L'objectif du plan d'intervention, chez quelques clients, pourrait même se résumer au développement du lien de confiance. Des intervenants ont exprimé leur inconfort et leurs questionnements face à ces clients plus réticents :

« On ne fait pas le temps prévu, il ne me tolère pas plus, il trouve ça dur, on est toujours au stade de créer le lien de confiance [...] des fois j'ai l'impression de perdre mon temps [...] c'est quoi l'utilité de ma présence? ».

L'attitude de responsabiliser les clients et de ne pas faire les choses à leur place serait essentielle également. Ces derniers ont besoin d'écoute, de compassion, d'exprimer leur souffrance et leurs expériences. La création du lien passe aussi par la réponse à ces besoins. En outre, si les clients sentent le désir véritable qu'ont les intervenants de les aider et que les rencontres sont une source de plaisir : plusieurs conditions propices sont réunies pour développer la confiance. On soulève aussi le fait que ça *clique*

naturellement mieux avec certains clients qu'avec d'autres et que le lien, une fois établi, demeure fragile.



Le contact privilégié avec leur intervenant est un élément identifié comme étant très aidant par les clients.

Questionnés sur ce qui les avait aidés le plus, deux des clients précisent des éléments en lien avec le contact privilégié développé avec leurs intervenants. Au cours de l'entrevue, ils ont eu des propos laissant voir clairement leur lien de confiance et leur appréciation de leurs intervenants :

« Cela m'a apporté beaucoup. On se sent en confiance. »

« Les filles, c'est des trésors! Sont toutes gentilles [...] délicates, sociables [...] c'est des perles. »

« Elles montrent beaucoup de professionnalisme. Disons qu'on se sent pas rejeté du revers de la main. C'est comme si t'avais une grande sœur qui t'accueillait à bras ouverts. »

« On est gâtés, ils sont humains. On s'attache beaucoup aux intervenants, ça fait du bien [...] ».

Les clients rencontrés en entrevue disent ne pas avoir été incommodés par le fait qu'ils devaient rencontrer plus d'un intervenant en raison de l'ajout de services. Un seul, d'une nature plus méfiante, se demandait s'il devait accepter les services.



Le changement d'intervenants, quoique bien vécu en général, est le seul élément négatif ressorti par les clients.

Le changement d'intervenants — causé par les congés de toutes sortes ou les changements de fonctions — est relativement bien vécu en général. Toutefois, les entrevues avec les clients et les intervenants dénotent, tout de même, des éléments négatifs notables. Les intervenants précisent que cela peut nuire au suivi chez certains clients, allant même parfois jusqu'à contribuer à une rechute. Ces derniers, quant à eux, évoquent la tristesse de perdre des gens à qui ils se sont attachés ainsi que la désagréable tâche de recommencer à raconter son histoire. En fait, il s'agit du seul élément négatif ressorti par les clients ayant participé à l'entrevue de groupe.

Voici comment s'expriment quelques clients à ce sujet.

« Ça fait curieux, ça prend un petit bout de temps à se réhabituer, mais ça va...ça se passe bien malgré tout. »

« [...] je l'ai eu longtemps... Quand elle est partie, cela m'a fait de quoi... Mais là, je suis habitué avec l'autre [...] »

« Des fois, faut recommencer à raconter notre vie de A à Z! »

4.4.2 MOTIVATION DES CLIENTS



Le principal problème rencontré par les intervenants est la difficulté d'intervenir avec des clients peu motivés.

Certains clients ne se montrent pas motivés, ce qui crée un malaise chez certains intervenants. Ceux-ci disent parfois avoir l'impression de s'acharner sur les clients. Ils ressentent, à l'occasion, que le client a besoin de respirer un peu et sont satisfaits, dans ce contexte, de ne pas avoir à cadrer absolument leurs interventions dans les critères des services intensifs.

Les intervenants ont décrit les différentes stratégies qu'ils utilisent pour faire face à cette problématique :

- persister, tenter de stimuler le client, ne pas se décourager;
- ralentir un peu le suivi, *donner de l'air* au client;
- trouver des outils pour lui faire prendre conscience de la stagnation;
- refléter la situation au client et essayer, avec lui, de comprendre pourquoi;
- revérifier les souhaits, les besoins du client;
- responsabiliser le client;
- discuter du problème avec le psychiatre;
- faire réévaluer le potentiel de réadaptation du client par l'ergothérapeute;
- faire une rencontre officielle sur le sujet avec la coordonnatrice clinique;
- utiliser son jugement professionnel et celui de son équipe pour décider d'interrompre le suivi ou non.



Certains clients, plus « difficiles », ne reçoivent pas de services SIM.

Certains clients, plus méfiants ou difficiles à motiver, et dont la problématique est plus complexe, ne reçoivent pas de services SIM. En fait, dans le cadre du suivi variable, les intervenants pivots arrivent, très peu souvent, à les rencontrer. Ces derniers restent

donc seuls avec ces dossiers plus difficiles. La discussion avec les informateurs a permis de soulever la nécessité d'intervenir différemment avec ces clients.

Pistes d'amélioration

- **Offrir des moments de discussion et de formation aux intervenants sur les approches avec les clientèles plus difficiles.**
- **S'assurer d'offrir des services à la clientèle qui a les plus grands besoins.**

Présentement, les clients plus difficiles se retrouvent très souvent exclus des services SIM, alors qu'ils devraient faire l'objet de beaucoup d'attention et de réflexion de la part des intervenants. Il est clairement ressorti, au cours de l'évaluation, un besoin de discuter des situations difficiles en groupe afin de trouver de nouvelles pistes d'intervention. Des formations sur les approches à préconiser avec ces clientèles pourraient aussi s'avérer fort utiles.

Même si le profil de ces clients ne permet pas de les rencontrer souvent, au moment de leur admission au programme, l'intensité pourrait être investie en recherche de solutions et à développer de nouvelles façons de créer le contact. Il faudrait absolument s'assurer que les services SIM permettent d'atteindre cette clientèle plus complexe.

Le but de cette section est de faire ressortir les principaux résultats en fonction des trois objectifs de l'évaluation ainsi que de mettre en relief les principales pistes d'amélioration.

5.1 CORRESPONDANCE ENTRE LES SERVICES MIS EN PLACE ET LE MODÈLE SOUHAITÉ

L'organisation des services n'est pas exactement celle qui était prévue à l'origine. Les aspects majeurs qui diffèrent du modèle initial sont la clientèle cible, l'intensité des services et les modalités de collaboration avec les services hospitaliers.



La clientèle SIM est diversifiée en termes de sévérité des difficultés vécues.

D'abord, la clientèle des services SIM n'est pas celle qui était ciblée au début : certains clients ne correspondent pas à tous les critères du programme PACT. En fait, le niveau de sévérité des situations vécues par les clients diffère. Le critère retenu par le comité SIM est que le client doive démontrer un certain potentiel de réadaptation ou qu'il ait besoin de plus de services pour maintenir ses acquis.

Le choix d'élargir la clientèle des services SIM peut refléter une tendance naturelle à travailler dans des sentiers connus. En réalité, certains des clients, combinant plusieurs difficultés, ne reçoivent pas de services SIM pour l'instant. Pourtant, c'est une clientèle qui gagnerait beaucoup de ces services, mais elle exige des efforts supplémentaires pour y accéder et y être maintenue. Il semble qu'elle soit difficile à mobiliser ou trop méfiante. Le comité SIM et les intervenants dédiés aux services conviennent que c'est une situation qu'il faille corriger en développant de nouvelles façons d'intervenir.



L'intensité de services offerts varie aussi selon les besoins des clients.

Comme la sévérité des problématiques vécues par les clients est variable, il est cohérent d'observer aussi un continuum dans l'intensité des interventions. Nonobstant cela, une proportion très importante de 75 % des clients SIM reçoit une intensité d'intervention correspondant aux critères fixés au départ, soit 8 interventions ou plus par mois.



La collaboration avec les services hospitaliers s'est grandement améliorée, mais elle ne garantit pas un accès privilégié aux services hospitaliers pour les clients SIM.

Quoique la collaboration avec les services hospitaliers se soit améliorée beaucoup à la satisfaction de tous depuis le début de l'implantation, les clients n'ont pas tous un accès

privilegié à leur psychiatre ou à un psychiatre de garde, en cas de besoin. Si le comité SIM continue de considérer important cet accès privilégié, des actions devront être entreprises pour trouver une façon d'améliorer la collaboration entre les intervenants SIM et les psychiatres. Différentes stratégies peuvent être adoptées pour faire en sorte que ces derniers se connaissent mieux et se fassent davantage confiance (ex. un bureau pour les intervenants dans le pavillon des psychiatres à l'hôpital, des réunions d'équipes multidisciplinaires de tout le CSSS).

5.2 CARACTÈRE SATISFAISANT DU MODÈLE DE SERVICES MIS EN PLACE

Tous les informateurs consultés considèrent les services SIM pertinents et satisfaisants. Les commentaires reçus font ressortir beaucoup de points positifs, mais également quelques pistes d'amélioration.

5.2.1 FORCES CONSTATÉES



Les intervenants adhèrent au modèle de services et sont très motivés.

Quoique les services soient définitivement plus exigeants pour les intervenants, ils y adhèrent et sont satisfaits tout en relevant des effets positifs. Selon les membres du comité SIM, le fait que leurs opinions aient été considérées dans l'organisation des services a joué pour beaucoup dans l'adhésion des intervenants.

En outre, les entrevues réalisées avec les intervenants ont permis de constater leur motivation et leur grand désir d'aider au mieux leurs clients dans leur cheminement. Ceux-ci ont d'ailleurs fait ressortir à quel point ils appréciaient la qualité du contact développé avec leurs intervenants. La qualité de leur accueil, leur humanité ont été mis en relief.



L'intensité des interventions apparaît bénéfique pour les clients.

L'intensité des interventions permet de susciter un sentiment de fierté chez les clients, de conserver leur motivation, d'approfondir le lien de confiance et de prévenir les rechutes. Voilà ce que soutiennent les intervenants qui se disent grandement satisfaits de pouvoir offrir ce privilège à leurs clients.



Des expertises et une ressource d'hébergement sont mises à profit.

Le pair aidant et l'ergothérapeute apportent des expertises précieuses qui furent souvent mises en relief lors des entrevues réalisées. Le pair aidant semble pouvoir se lier différemment avec le client, amener celui-ci à s'ouvrir davantage et l'aider à progresser dans des situations où il y avait auparavant une certaine stagnation. Son vécu lui

apporte une crédibilité qui peut faire une grande différence dans l'intervention auprès de certains clients.

L'expertise de l'ergothérapeute est, quant à elle, considérée fort utile pour évaluer les capacités fonctionnelles des clients de façon plus spécifique. Les intervenants n'arrivent parfois pas à identifier clairement certains besoins ou difficultés de leurs clients. L'ergothérapeute sait alors *mettre le doigt dessus* et contribuer ainsi à clarifier une demande d'admission ou à optimiser un plan d'intervention.

Finalement, la ressource Accès-Logis est aussi un atout précieux pour les clients qui ont le potentiel et le désir de vivre en appartement de façon autonome. Le haut niveau d'encadrement apporte la sécurité et la dose de confiance nécessaire aux clients pour se lancer dans l'aventure. L'intensité d'intervention offerte et la structure par étape permettent aux clients de faire des progrès rapides et de rester motivés.



Les psychiatres participent à l'élaboration des plans d'interventions des clients en suivi à Accès-Logis.

Tous les informateurs consultés ont relevé le bon déroulement de ces rencontres et l'apport précieux de cette collaboration pour l'amélioration des services. Il serait idéal d'étendre prochainement les bénéfices de cette pratique à toute la clientèle SIM : ce qui est excellent pour certains clients SIM le serait aussi pour tous les autres. Quoique l'atteinte de cet objectif présente des défis certains, ce serait, néanmoins, souhaitable pour optimiser la qualité des services et améliorer la connaissance mutuelle des intervenants des services SIM et des psychiatres.

5.2.2 PISTES D'AMÉLIORATION



S'assurer de rejoindre les clients les plus en difficulté.

La recherche démontre que c'est avec les clients qui ont les plus grands besoins et qui sont souvent plus difficiles à rejoindre que les services intensifs sont susceptibles d'être les plus utiles (Allness et Knoedler 1998). C'est d'ailleurs pour eux que les modèles d'intervention de type PACT ont été développés.

L'évaluation révèle que ces clients sont peu rejoints par les services SIM. Les efforts à investir plus grands pour intégrer ou maintenir ces clients dans les services ainsi qu'une certaine inexpérience à transiger avec cette clientèle, plus rare, expliquerait cette situation. Il est donc nécessaire de travailler à développer l'expertise de l'équipe d'intervenants SIM avec cette clientèle afin de mieux la rejoindre.



Clarifier les critères d'admission pour les intervenants et les partenaires.

Les critères d'admission SIM ont évolué avec le temps. Bon nombre d'informateurs consultés ont manifesté le besoin d'être informés sur leur mise à jour. Ils avaient l'impression d'en connaître les grandes lignes, mais de ne pas en saisir toutes les nuances. La connaissance de la raison d'être d'un service est un élément de base de sa promotion auprès des acteurs susceptibles de favoriser son implantation. Il serait donc essentiel de corriger rapidement cette situation.



Réserver des moments de réflexion et de travail en équipe.

Les intervenants des services SIM ont manifesté le besoin de réfléchir en petit groupe sur les difficultés qu'ils rencontrent et sur leurs stratégies d'intervention. Malgré la présence d'une coordination clinique et le fait qu'ils travaillent dorénavant davantage en équipe, ces moments réservés semblent représenter un oasis dans un contexte d'intervention pas toujours facile. Ce serait à la fois une mesure de reconnaissance de l'importance de leur travail et aussi une occasion de ressourcement, deux besoins ayant été exprimés.

5.3 RETOMBÉES À COURT TERME DES SERVICES IMPLANTÉS

L'objectif de cette évaluation n'était pas de documenter les effets des services SIM d'une façon rigoureuse. La jeunesse de l'implantation de ces services commandait plutôt une évaluation d'implantation. Certains effets à court terme ont tout de même été estimés à partir, principalement, de l'opinion des divers informateurs.



Des effets positifs et variés sont constatés.

Autant les entrevues avec les informateurs que les résultats du questionnaire sur l'évolution des clients indiquent que les services SIM ont des répercussions positives dans différentes sphères de la vie des clients. Les résultats sont un peu plus marqués pour l'augmentation de l'autonomie dans la vie quotidienne (AVQ et AVD), mais ceux-ci ressortent, également, pour la gestion de la maladie (prévention des rechutes, prise de médication), la santé physique (activité physique, alimentation, gestion du poids), la santé psychologique (anxiété, affirmation de soi, gestion des émotions) et la vie sociale et personnelle (habiletés sociales, loisirs).



Une tendance à la diminution de la consommation des services hospitaliers est observée.

Les résultats indiquent que les clients sont moins nombreux à faire une grande utilisation des différents services hospitaliers pendant qu'ils reçoivent les services SIM. En raison de différentes limites méthodologiques, on ne peut affirmer que la différence observée, entre la période précédant le début des services SIM et celle pendant laquelle les clients sont en suivi, est significative. Néanmoins, on note tout de même une tendance constante, à la baisse, du niveau d'utilisation des services hospitaliers.

Il pourrait être intéressant de refaire d'autres analyses après un certain temps. L'échantillon de clients serait plus grand et plus de clients auraient passé une période de temps acceptable au sein des services SIM. Cela permettrait vraisemblablement d'effectuer des tests statistiques solides. Également, il serait possible de vérifier si la baisse de consommation des services hospitaliers se maintient dans le temps, quand les clients ont cessé de recevoir les services intensifs.

5.4 EN BREF

Une amélioration remarquable des services...

Tous les informateurs de l'évaluation s'entendent sur une chose : l'implantation des services SIM a provoqué une amélioration remarquable des services pour la clientèle du CSSS de Beauce vivant avec des problèmes de santé mentale sévères.

La structuration de ce type de suivi a permis d'offrir des services plus intensifs à de nombreux clients, leur donnant ainsi l'opportunité de progresser vers une plus grande autonomie et une meilleure qualité de vie.

Ces services sont non seulement plus intensifs, mais apparaissent aussi de meilleure qualité, puisqu'ils intègrent maintenant la vision de plusieurs expertises. L'implantation a entraîné, également, dans son sillage, la structuration d'un mode de réalisation des plans d'intervention plus systématique, centré sur les désirs du client et effectué en collaboration plus étroite avec les intervenants et les partenaires concernés.

En outre, la satisfaction des intervenants qui dispensent les services est un gage de leur viabilité : ils se sentent moins seuls devant les problèmes de leurs clients et plus aptes à les soutenir adéquatement de cette façon.

...qu'il ne reste qu'à bonifier!

Il ne reste maintenant qu'à améliorer ce modèle novateur en s'assurant de rejoindre les clients ayant les plus grands besoins. Il est aussi souhaitable de continuer d'améliorer certains éléments, notamment, la collaboration avec les services hospitaliers et le travail en équipe multidisciplinaire à l'interne du CLSC.

Il est normal que les changements de pratiques prennent un certain temps. Tous les acteurs des services gagnent à être soutenus, de différentes façons, dans ce virage. Il est surtout essentiel de garder bien vivante la flamme des intervenants pour leur travail et leurs clients. Celle-ci est au cœur de la qualité des services offerts. Pour les clients interrogés, le « lien » qu'ils développent avec leurs intervenants fait toute la différence.

- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC (2007). *Soutien d'intensité variable (SIV) en santé mentale : Cadre de référence régional*, Équipe de santé mentale, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 20 p.
- ALLNESS, D.J. et W.H. KNOEDLER (1998). *The PACT model of community-Based treatment for Persons with Severe and Persistent Mental Illnesses : A manuel for PACT Start-Up*, Programs of Assertive Community Treatment. Inc., Waldorf, U.S., 347 p.
- ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC (1999). *Le suivi intensif en équipe dans la communauté : Promesses, enjeux et défis dans le contexte québécois*, Publications de l'AHQ, Montréal, pag. multiples.
- ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC (2000). *Cadre de référence. Le suivi intensif pour personnes atteintes de troubles mentaux graves*, Publications de l'AHQ, Montréal, 32 p.
- ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC (2004). *Guide de pratique pour les équipes de suivi intensif dans la communauté*, Publications de l'AHQ, Montréal, 46 p.
- BELZILE, D., et A. FAFARD (2006). *Évaluation des services de suivi intensif dans le milieu (SIM) au CSSS de Beauce : devis de recherche*, Direction de la santé publique et de l'évaluation, Agence de la santé et des services sociaux de la Chaudière-Appalaches, 16 p.
- BISHOP, J., et E. VINGILIS (2006). « Development of a framework for comprehensive evaluation of client outcomes in community mental health services », *The Canadian Journal of Program Evaluation*, Vol. 21, n°2, p. 133-180.
- BRETON, M., et autres (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 96 p.

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE BEAUCE (2007). *Les services de suivi intensif dans le milieu*, Document inédit, Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 26 p.

DESROSIERS, H. (1998). *Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes : applications en promotion de la santé et en toxicomanie*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la recherche et de l'évaluation, 130 p.

GÉLINAS, D. (1998). « Points de repères pour différencier la gestion de cas du suivi intensif dans le milieu auprès des personnes souffrant de troubles mentaux graves », *Santé mentale au Québec*, XXIII, vol. 2, p. 17-47.

JOHNSON, H., et S. ROY (2001). L'approche participative pour favoriser l'utilité de l'évaluation, Groupe de consultants Johnson et Roy inc., 2 p.

L'ÉCUYER, R. (1987). « L'analyse de contenu : notion et étapes », *Les méthodes de la recherche qualitative*, Presses de l'Université du Québec, Sainte-Foy, p. 49-65.

RICARD, N., et autres (2006). *Évaluation des aspects organisationnels, professionnels et cliniques de l'implantation et du fonctionnement du Suivi intensif dans le milieu*, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Centre de recherche Fernand-Seguin, Montréal, 81 p.

SANTÉ CANADA (2002). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, Agence de santé publique du Canada, Ottawa, 109 p.

STEIN, L.I., et A.B. SANTOS (1998). *Assertive Community Treatment of Persons with Severe Mental Illness*, W.W. Norton & Company, New-York, U.S., 145 p.

ANNEXE A LISTE DES OBJECTIFS DES PLANS D'INTERVENTION PAR DOMAINE

Liste des objectifs par domaines

Code	Description de l'objectif	Nombre
STE	Objectifs reliés à la santé physique	22
PDS	Objectif relié à la gestion du poids	4
ALI	Objectif relié à l'amélioration de l'alimentation	4
CIG	Objectif relié à la régulation de la consommation de cigarettes	4
SPT	Objectif relié à l'augmentation ou au maintien de l'activité physique	7
SOM	Objectif relié à l'hygiène du sommeil	1
PHYS	Objectif relié aux soins médicaux	2
SM	Objectifs reliés à la gestion de la maladie psychiatrique	22
SM	Domaine général	1
RECH	Objectif relié à la prévention des rechutes (enseignement sur la maladie)	5
RX	Objectif relié à la prise régulière de la médication	14
PI	Objectif relié à la collaboration au plan d'intervention	2
SP	Objectifs reliés à la santé psychologique	26
ACC	Objectif relié à l'acceptation de la maladie	1
TOX	Objectif relié à la régulation des comportements de toxicomanie	2
GSOL	Objectif relié à la gestion des sentiments de solitude	1
ANX	Objectif relié à la gestion de l'anxiété ou des peurs	7
AFF	Objectif relié au développement de l'affirmation	8
RÉSO	Objectif relié à l'apprentissage de la résolution de problèmes	1
EST	Objectif relié au développement de l'estime de soi et au besoin de se faire plaisir	2
GÉMO	Objectif relié à la gestion des émotions	4

LISTE DES OBJECTIFS DES PLANS D'INTERVENTION PAR DOMAINE (SUITE)

Liste des objectifs par domaines (suite)

Code	Description de l'objectif	Nombre
AVQ	Domaine général	3
BUD	Objectif relié à la gestion du budget	22
HMÉN	Objectif relié à l'entretien du logis	18
HLAV	Objectif relié au lavage	4
HHYG	Objectif relié à l'hygiène et au code vestimentaire	6
HREP	Objectif relié à la préparation des repas et à la réalisation de l'épicerie	23
HTRP	Objectif relié à la prise de rendez-vous et à l'organisation des transports	2
HROUT	Objectif relié au développement d'une routine de vie	7
HFIN	Objectif relié à la réalisation de transactions financières	1
LOG	Objectif relié à l'accession ou au maintien d'un type de logis	4
SOC	Objectifs reliés à l'amélioration de la vie sociale et personnelle	22
LOI	Objectif relié à l'amélioration ou à l'augmentation des loisirs	10
HSOC	Objectif relié au développement d'habiletés sociales, à l'intégration et au bris de l'isolement	12
OCC	Objectifs reliés au travail, au bénévolat ou aux études	7
TRAV	Objectif relié à la recherche ou au maintien d'un travail	5
ÉTU	Objectif relié au retour ou au maintien aux études	1
BÉN	Objectif relié à la pratique de bénévolat	1
CON	Objectifs reliés au développement des connaissances diverses	2
CONN	Objectif relié à l'augmentation de connaissances générales	1
RESS	Objectif relié à l'amélioration des connaissances sur les ressources	1
AUT	Autres objectifs	1
DÉM	Objectif relié à la réalisation de démarches diverses	1
Total		192

ANNEXE B

LES DIFFÉRENTES ACTIVITÉS DE L'ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION DES SERVICES SIM

<i>MOMENT</i>	<i>ACTIVITÉ D'ÉVALUATION</i>	<i>ACTEUR CLÉ IMPLIQUÉ</i>	<i>MÉTHODES UTILISÉES</i>
Février 2007	Planification de l'évaluation	- Comité SIM restreint	- Discussion avec les membres du comité - Clarification des objectifs et des outils potentiels
Février 2007 en continu	Collecte de données	- Intervenants	- Collecte sur le nombre et les caractéristiques des interventions (relevés d'interventions) - Collecte sur les caractéristiques des clients (grille de collecte pour l'admission)
Septembre 2007	Diffusion de résultats	- Comité SIM restreint	- Analyse des caractéristiques des clients en fonction des critères d'admission - Présentation des résultats - Discussion sur les résultats et sur la suite de l'évaluation
Octobre 2007	Collecte de données	- Comité SIM - 2-3 intervenants	- Observation d'une rencontre pour l'admission
Novembre 2007 à janvier 2008	Collecte de données	- Comité SIM - 12 intervenants, les plus impliqués dans les services	- Entrevue de groupe semi-dirigée avec le comité SIM - Entrevues individuelles téléphoniques avec les intervenants
Janvier 2008 et mars 2008	Diffusion des résultats	- Comité SIM - Intervenants - Quelques partenaires du CSSS	- Présentation de résultats - Discussions
Janvier 2008 en continu	Collecte de données	- Intervenants	- Collecte de données sur la nature des interventions (plans d'intervention)

<i>MOMENT</i>	<i>ACTIVITÉ D'ÉVALUATION</i>	<i>ACTEUR-CLÉ IMPLIQUÉ</i>	<i>MÉTHODES UTILISÉES</i>
Mai 2008 à avril 2009	Collecte de données	- Archives de l'hôpital	- Collecte de données sur l'utilisation des services hospitaliers par les clients SIM avant et pendant leur suivi
Août 2008	Collecte de données	- 6 clients	- Entrevue de groupe semi-dirigée - Clients choisis pour leur capacité à s'exprimer et pour obtenir une variété de problématiques vécues et une représentation des deux sexes
Septembre 2008	Collecte de données	- Comité SIM restreint	- Entrevue de groupe semi-dirigée afin de mettre à jour le fonctionnement des services SIM
Octobre 2008	Diffusion des résultats	- Comité SIM restreint	Présentation des résultats au colloque de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP)
Novembre 2008	Collecte de données	- Psychiatres des clients au CSSS	Courtes entrevues individuelles
Janvier 2009	Discussion d'orientation de l'évaluation	- Comité SIM restreint	Rencontre et échanges
Mars 2009 à avril 2009	Collecte de données	- Comité SIM - Intervenants du programme - Partenaire Le Sillon	- Entrevues de groupe semi-dirigées - Entrevue individuelles (Le Sillon, organisme parents-amis)
Mai 2009	Diffusion des résultats	- Comité SIM - Intervenants SIM	- Présentation de résultats préliminaires - Discussions, enrichissement des résultats
Juin 2009 à août 2009	Collecte de données	- Intervenants	- Collecte sur les progrès des clients en fonction de leurs objectifs
Septembre 2009	Diffusion des résultats	- Comité SIM - Intervenants SIM - Partenaires internes et externes	- Présentation de résultats finaux complets - Discussions

