

L'expérimentation du Programme partenaires de soins en psychiatrie : le modèle de Montréal

Experimentation of care partners program in psychiatry: the model Montreal

Luigi Flora, Paule Lebel, Vincent Dumez, Caroline Bell, Josée Lamoureux and Daniel Saint-Laurent

Volume 40, Number 1, Spring 2015

Partenariats patients en santé mentale

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1032385ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1032385ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Flora, L., Lebel, P., Dumez, V., Bell, C., Lamoureux, J. & Saint-Laurent, D. (2015). L'expérimentation du Programme partenaires de soins en psychiatrie : le modèle de Montréal. *Santé mentale au Québec*, 40(1), 101–117. <https://doi.org/10.7202/1032385ar>

Article abstract

The approach of the partnership of care and services developed by the direction collaboration dans patient partnership (DCPP) of the Faculty of medicine of the University of Montreal, considers the patient as a full care actor, in the same way as healthcare professionals, his experientiel knowledges are recognized and the patient develops gradually his self-determination. Since 2010, in order to allow cultural changes involved with this approach, the "Program Partners of Care" (PPC) facilitated resource patient' integration and involvement into Continuous Improvement Committees (CIC), within 29 general and specialized health care teams in 19 health and social services facilities in Quebec, among wich four teams specialized in mental health. The purpose of the article is to describe briefly this approach, to demonstrate that it is successfully applicable to mental health clientele, under certain conditions. **Method:** The evaluation of this approach arises from quantitative data of self-administered questionnaires by the participants of continuous Improvement Commettes, as well as a reflexive approach of the participants and the members of the DCPP to understand the processes and the implemented services. **The results** reveal that the objectives of transformation selected through the specialized mental health CIC refer to welcoming process in the facilities, to the period of transition from a facilities service to another one, to the patient involvement in their own Interdisciplinary Plan (IIP). Among the facilitating factors for patients' participation in these CIC: the caregivers and managers' adaptability to adjust to a patient's pace; the identification to the best communication mechanisms to get in touch with them; facilitating discussion in small working group; an existing trust relationship with the members of the CIC; the support of the resource patients between them as well as support by *coach patient* of the DCPP. The members of the CIC develop a sense of pride, an energy, a new motivation and a group cohesion. The patient develop a sense of belonging to the team, they experience a higher self-esteem as well as developing a sense of usefulness, by contributing to the improvement of specialized mental health facilities. Giving back, as well as participating in the better quality of services for the benefit of other patients make a whole lot of sense for them, this process even sometimes allows their full revovrey. **In conclusion**, the report reveals the applicability of this approach in the field of the mental health. It is all the more attainable when the winning conditions as the closeness of the managers specialized in the domain, the choice of significant targets of continuous improvement for the patients are taken into account.

L'expérimentation du Programme partenaires de soins en psychiatrie : le modèle de Montréal

Luigi Flora^a

Paule Lebel^b

Vincent Dumez^c

Caroline Bell^d

Josée Lamoureux^e

Daniel Saint-Laurent^f

RÉSUMÉ L'approche du partenariat de soins et de services développée par la Direction collaboration et partenariat patient (DCPP) de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal considère le patient comme un acteur de soins à part entière, au même titre que les professionnels de santé; ses savoirs expérientiels sont reconnus et il développe progressivement son auto-détermination. Depuis l'automne 2010, afin de permettre le changement de culture qu'implique cette approche, le « Programme partenaires de soins » (PPS) a facilité l'intégration des patients *ressources* à des comités d'amélioration continue (CAC) du partenariat de soins et de services, au sein de 29 équipes de soins généraux et spécialisés de

-
- a. Université de Montréal – Direction collaboration et partenariat patient, Faculté de médecine.
 - b. Université de Montréal – DCPP, Faculté de médecine.
 - c. Université de Montréal – DCPP, Faculté de médecine.
 - d. Hôpital Maisonneuve-Rosemont – Service de santé mentale, Montréal.
 - e. Hôpital Maisonneuve-Rosemont – Chef des services ambulatoires adultes – Programme clientèle de santé mentale, Montréal.
 - f. Hôpital Maisonneuve-Rosemont – Service de santé mentale, Montréal.

19 établissements de santé et de services sociaux du Québec, dont quatre équipes de services spécialisés en santé mentale. Le but de l'article est de décrire brièvement cette démarche, de démontrer qu'elle est applicable avec succès aux clientèles de santé mentale, en respectant certaines conditions. **Méthode :** L'évaluation de cette démarche est issue de données quantitatives de questionnaires autoadministrés auprès des participants aux cycles d'amélioration continue, ainsi que d'une approche réflexive des participants et des membres de la DCPD pour comprendre les processus et services mis en œuvre. **Les résultats** révèlent que les objectifs de transformation sélectionnés par les CAC des services spécialisés de santé mentale réfèrent à l'accueil au service, aux périodes de transition d'un service à l'autre, à la participation active des patients à leur plan d'intervention interdisciplinaire (PII). Parmi les facteurs qui facilitent la participation des patients à ces CAC, citons : la capacité d'adaptation des intervenants et des gestionnaires à s'ajuster aux disponibilités et au rythme des patients ; l'identification des meilleurs mécanismes de communication pour les rejoindre ; le travail en plus petits groupes afin de faciliter les échanges ; une relation de confiance préalable avec les membres du CAC ; le soutien des patients ressources entre eux ainsi que l'accompagnement par un patient coach de la DCPD. Les membres des CAC développent un sentiment de fierté, une énergie, une motivation nouvelle et une cohésion de groupe. Les patients développent un sentiment d'appartenance à l'équipe, ils voient augmenter leur estime d'eux-mêmes et leur sentiment d'utilité, en contribuant à l'amélioration des services spécialisés de santé mentale. Redonner ce qu'ils ont reçu et participer à des services de meilleure qualité au bénéfice d'autres patients a beaucoup de sens pour eux, ce processus fait même parfois partie intégrante de leur plein rétablissement. **En conclusion**, le constat révèle l'applicabilité de cette démarche dans le domaine de la santé mentale. Elle est d'autant plus atteignable lorsque les conditions gagnantes comme la proximité des gestionnaires spécialisés dans le domaine, le choix de cibles d'amélioration continue significatives pour les patients sont pris en compte.

MOTS CLÉS partenariat de soins, démarche d'amélioration continue, patient partenaire, patient ressource

Experimentation of care partners program in psychiatry: the model Montreal

ABSTRACT The approach of the partnership of care and services developed by the direction collaboration dans patient partnership (DCPP) of the Faculty of medicine of the University of Montreal, considers the patient as a full care actor, in the same way as healthcare professionals, his experientiel knowledges are recognized and the patient develops gradually his self-determination. Since 2010, in order to allow cultural changes involved with this approach, the "Program Partners of Care" (PPC) facilitated resource patient' integration and involvement into

Continuous Improvement Committees (CIC), within 29 general and specialized health care teams in 19 health and social services facilities in Quebec, among with four teams specialized in mental health. The purpose of the article is to describe briefly this approach, to demonstrate that it is successfully applicable to mental health clientele, under certain conditions. **Method:** The evaluation of this approach arises from quantitative data of self-administered questionnaires by the participants of continuous Improvement Committees, as well as a reflexive approach of the participants and the members of the DCPD to understand the processes and the implemented services. **The results** reveal that the objectives of transformation selected through the specialized mental health CIC refer to welcoming process in the facilities, to the period of transition from a facilities service to another one, to the patient involvement in their own Interdisciplinary Plan (IIP). Among the facilitating factors for patients' participation in these CIC: the caregivers and managers' adaptability to adjust to a patient's pace; the identification to the best communication mechanisms to get in touch with them; facilitating discussion in small working group; an existing trust relationship with the members of the CIC; the support of the resource patients between them as well as support by *coach patient* of the DCPD. The members of the CIC develop a sense of pride, an energy, a new motivation and a group cohesion. The patient develop a sense of belonging to the team, they experience a higher self-esteem as well as developing a sense of usefulness, by contributing to the improvement of specialized mental health facilities. Giving back, as well as participating in the better quality of services for the benefit of other patients make a whole lot of sense for them, this process even sometimes allows their full recovery. **In conclusion**, the report reveals the applicability of this approach in the field of the mental health. It is all the more attainable when the winning conditions as the closeness of the managers specialized in the domain, the choice of significant targets of continuous improvement for the patients are taken into account.

KEYWORDS partnership of care, continuous improvement approach, patient partner, *resource patient*.

Le contexte international foisonne actuellement de recherches sur de nouvelles pratiques collaboratives basées sur la participation et l'engagement des patients dans les soins qui les concernent et c'est à travers ces multiples initiatives que s'est constituée une vision d'un « patient partenaire » de ses soins. Actuellement, les milieux cliniques sont en quête de solutions durables pour aller dans ce sens et c'est pour cette

raison que la vision d'une collaboration entre patients¹ et professionnels de la santé fondée sur le concept de partenariat de soins et de services² influence de plus en plus le milieu de la santé au Québec.

Les équipes accompagnant sur plusieurs années des patients avec risque de rechute et problématiques chroniques comme le diabète, le cancer, l'asthme, la santé mentale et autres sont celles qui ont adhéré le plus rapidement et naturellement au concept. Notre système de santé est encore très orienté vers les soins aigus et insuffisamment organisés pour assurer le suivi à long terme des patients atteints de maladies chroniques en quête d'accompagnement durable et systémique.

Ce virage est encore devenu plus nécessaire du fait d'une accélération du vieillissement de la population, de la chronicisation des maladies, d'une démocratisation de l'accès à l'information médicale mais aussi de l'augmentation des taux d'inobservance aux traitements (entre 50 % et 80 % selon les pathologies) qui remettent profondément en question la dynamique de soins et la capacité des milieux à accompagner efficacement les patients vers l'autodétermination.

Le partenariat de soins se base donc sur le principe fondamental que tout patient est une personne qui doit être accompagnée progressivement durant son parcours de soins pour faire des choix de santé libres et éclairés; que la valeur ajoutée de son expérience contribue à la qualité de la dynamique de soins et que ses compétences doivent systématiquement être approfondies avec l'aide de son équipe pour renforcer sa capacité d'autodétermination. C'est sur ces bases que le patient acquiert progressivement les «habiletés et attitudes qui lui permettent d'agir directement sur sa vie en effectuant librement des choix non influencés par des agents externes indus» (2009). La vision n'est donc plus celle d'un patient passif, contraint, mais d'un patient inscrit dans une dynamique, qui interagit, apprend, à son rythme, selon ses capacités et des potentialités qu'il s'agit d'identifier et d'en favoriser l'expression. Un patient qui devient progressivement un «soignant» compétent qui doit influencer les intervenants dans leurs actions, autant individuellement que collectivement.

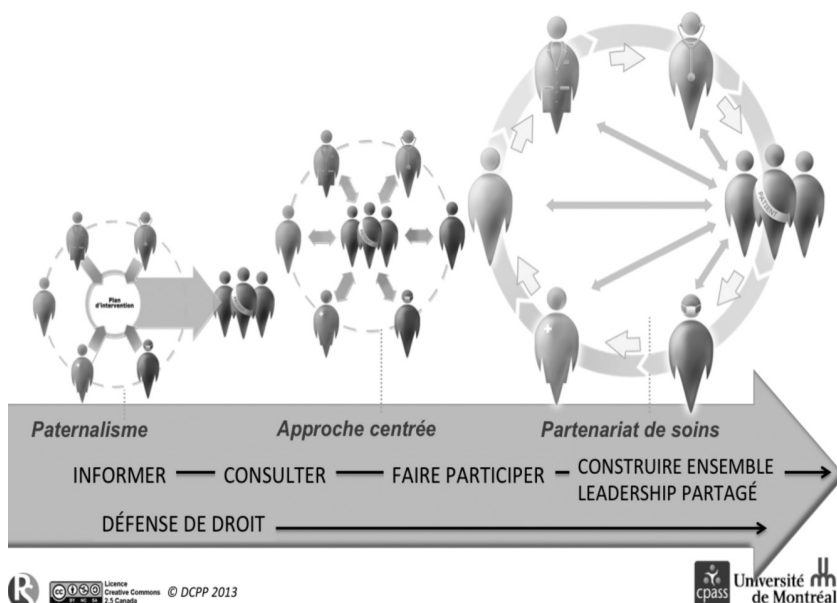
Ce changement majeur a débuté il y a plus d'une vingtaine d'années alors que les approches paternalistes des soins ont laissé progressive-

-
1. Lorsque nous utilisons la notion de patient, elle inclut systématiquement celle de proche. Le patient et/ou le proche qui, lui, expérimente également le milieu de soins, dont il faut prendre soin.
 2. Pour des raisons de facilité de lecture, nous utiliserons l'expression «partenariat de soins» plutôt que «partenariat de soins et de services».

ment la place aux approches centrées sur le patient qui ont amené à une personnalisation nécessaire des soins et services selon les particularités, les valeurs et le vécu des patients. Cependant, malgré la contribution indiscutable et significative des approches centrées, force est de constater que beaucoup reste à faire pour que les équipes cliniques intègrent systématiquement dans leurs pratiques quotidiennes la participation active de leurs patients et des proches, notamment dans l'élaboration de leurs plans de soins et services. Et, quand elles le font, c'est selon des modalités d'engagement et de motivations très différentes (Carman, 2013; Pomey *et al.*, 2015). Ainsi, les initiatives récentes, telles que la prise de décision partagée (Legaré *et al.*, 2012) ou certaines approches d'éducation thérapeutique (Flora, 2013), s'inspirent des approches centrées sur le patient et proposent de nouvelles manières d'impliquer celui-ci. Cependant, la perspective du partenariat de soins franchit un pas de plus en considérant le patient comme un acteur de soins à part entière et en proposant de ce fait une relation de soins axée principalement sur la coopération, la coconstruction et la valorisation des savoirs expérientiels de tous les partenaires (Figure 1).

FIGURE 1

Les différentes approches relationnelles



En intégrant davantage le patient dans son processus de soins, en l'accompagnant dans le déploiement de ses compétences (dont la DCPD a produit un référentiel [Flora, 2014; 2015]) afin qu'il puisse se mettre en action et être partie prenante de ses choix de traitement en fonction de son projet de vie, le partenariat de soins vise à consolider ses aspirations à participer à ses soins et créer les conditions gagnantes pour l'amélioration durable de sa qualité de vie ainsi que celle des professionnels de santé qui l'accompagnent (DCPD, 2014). Maintenant, le partenariat de soins et services ne pourra se développer de la même façon dans tous les milieux. Ses caractéristiques en termes de dynamique relationnelle, de pratiques collaboratives ou encore de types d'accompagnement des patients dépendront largement de la nature de la pathologie et du contexte socioculturel des personnes atteintes. C'est donc pour s'assurer justement que la notion de partenariat est ajustée aux spécificités de chaque contexte clinique que le Programme partenaires de soins a été développé (PPS, 2011-2014).

Un exemple de nouvelles pratiques

Le Programme partenaires de soins (PPS, 2011-2014), sous l'égide de la DCPD de la faculté de médecine de l'Université de Montréal, a développé une **démarche d'amélioration continue (DAC) du partenariat de soins**. En prenant appui sur les normes canadiennes et québécoises d'agrément des établissements de santé et de services sociaux, sur les concepts fondamentaux du patient partenaire et du partenariat de soins et de services, les professionnels de la santé et les patients impliqués à la DCPD ont développé une méthodologie d'amélioration continue de la qualité (inspirée du cycle de Deming : planifier, réaliser, vérifier, ajuster) et des outils spécifiques de diagnostics et de transformation des pratiques de collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient et ses proches. Ainsi, en 2013-2014, les équipes de la DCPD accompagnaient une trentaine d'équipes cliniques de près d'une vingtaine d'établissements du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université de Montréal, dont quatre équipes de santé mentale. Elles ont expérimenté la DAC et ont complété au moins un cycle d'amélioration continue, certaines en ont complété plus de trois. Cette démarche s'inscrit également dans les activités de développement professionnel continu et peut être créditée pour les médecins et les professionnels qui y participent.

L'implantation de la DAC se réalise en plusieurs étapes essentielles à son succès

a) Sensibilisation et engagement de la direction de l'établissement et choix des équipes: Les codirecteurs de la DCP, Vincent Dumez, patient expert, et Paule Lebel, médecin, rencontrent le directeur général et les directeurs de l'établissement afin de les sensibiliser au partenariat de soins et obtenir leur appui. Un directeur qui sera porteur de la démarche est nommé. De façon générale, il s'agit du directeur responsable d'assurer l'amélioration continue de la qualité au sein de l'établissement ou du directeur des services multidisciplinaires ou du directeur des services professionnels.

Quelques équipes de l'établissement sont choisies pour entreprendre la DAC en fonction d'un certain nombre de caractéristiques qui représentent un gage de réussite. Par exemple, le leadership du tandem médico-administratif, le degré d'avancement des pratiques interprofessionnelles et l'ouverture des intervenants à évoluer vers le partenariat de soins au sein de l'équipe ou à le consolider. Pour toutes ces raisons, les équipes cliniques de santé mentale ont souvent été sélectionnées ou ont d'emblée manifesté leur intérêt à participer car elles ont une longue tradition de collaboration interprofessionnelle centrée sur les besoins de leurs patients. Certains programmes de santé mentale ont également expérimenté l'intégration de pairs aidants avec des résultats fort intéressants. La proximité et l'interaction naturelle avec les familles sont également intrinsèques au traitement de ces personnes.

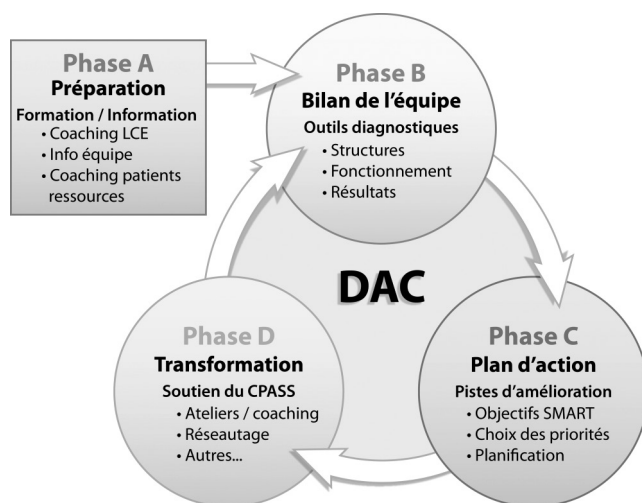
b) Cycles d'amélioration continue: Cette démarche d'amélioration continue du partenariat de soins permet de prendre l'équipe là où elle est, en respectant ses particularités, et de l'amener pas à pas, par de courts cycles d'amélioration continue à transformer ses pratiques.

Phase A : La création du comité d'amélioration continue (CAC) : Le comité du partenariat de soins composé d'environ huit personnes est mis en place au sein d'une équipe clinique. Il permet de réunir autour de la même table trois perspectives indissociables, soit celles des gestionnaires cliniques, des intervenants et des patients (ou proches aidants), perspectives qui s'intégreront dans la réalisation d'un projet commun. Il est composé du tandem de gestion médico-administratif, de deux ou trois intervenants clés reconnus par leurs pairs comme jouant un rôle significatif dans les interrelations des membres de

l'équipe (au moins un intervenant psychosocial), de deux patients ou proches ressources, choisis au préalable par l'équipe de soins et la DCCP selon certains critères prédéfinis (Tableau 1), d'un leader de collaboration en établissement (LCE) qui assume l'animation du CAC et d'un patient coach qui forme et accompagne les patients ressources dans leur nouveau rôle. Les membres du CAC parcourent les étapes suivantes (Figure 2), en quatre réunions d'une heure et demie, pour un cycle d'une durée de 3 à 4 mois. Des réunions de travail en petits groupes permettent la réalisation du projet d'amélioration continue. Il est préconisé d'accomplir deux cycles d'amélioration continue par année.

FIGURE 2

Démarche d'amélioration continue du partenariat de soins et de services



Le LCE est l'agent de changement qui sera garant du respect des processus menant à l'accomplissement et à la pérennisation de la démarche. Son rôle est fondé sur son adhésion aux valeurs véhiculées par le partenariat, à savoir la collaboration et la reconnaissance de la valeur ajoutée par la contribution des patients à l'amélioration des pratiques en santé. Le rôle de LCE est attribué à un intervenant clinique, un conseiller clinique, un gestionnaire, un intervenant de la direction des ressources humaines ou d'une autre direction de soutien, qui possède un minimum d'années d'expérience professionnelle et une

bonne connaissance de l'établissement dans lequel il travaille; des qualités d'accompagnateur attentif facilitant la réflexion et les apprentissages chez les autres; des aptitudes de leadership collaboratif et transformationnel; une bonne capacité d'organisation de travail; et surtout des valeurs et des comportements qui incarnent le partenariat avec les patients. Les LCE ont été formés par la DCPD et ont participé à un premier cycle d'amélioration continue comme observateurs, avant d'assurer eux-mêmes l'animation lors du deuxième cycle.

La sélection, la formation et l'accompagnement des patients ressources par des patients coachs représentent l'élément clé de la réussite du processus. En effet, et particulièrement dans le domaine de la santé mentale, il est important de recruter des personnes dont l'état de santé mentale est stabilisé. Ainsi, les patients souffrant de psychoses diverses qui ont été sélectionnés dans les quatre équipes avaient quitté le programme de soins intensifs en milieu et s'étaient intégrés dans la communauté. Ils cumulaient une expérience de vie avec la maladie mentale de plusieurs années et l'utilisation de l'ensemble du parcours des services offerts en santé mentale par l'établissement qui les suivait (SIM, TPE). Ils étaient donc en mesure de participer sur la base de leur expérience avec la maladie, de leurs relations avec l'équipe de professionnels de la santé et de leur trajectoire de soins. Le patient coach les accompagnait pour les former sur ce qu'est le partenariat de soins, la DAC et leur rôle au sein du CAC. Il les rencontrait ou leur téléphonait avant et après chaque réunion du CAC pour les aider à se préparer, pour écouter leurs craintes, les aider à préciser et formuler leurs apports afin qu'il soit instructif et constructif pour le bon fonctionnement du processus. Cet accompagnement est important en santé mentale pour donner confiance et renforcer l'estime de soi des patients, les encourager à s'exprimer et faire connaître la face cachée des soins selon leur perspective à eux.

Compte tenu de la vulnérabilité des patients dans le domaine de la santé mentale, il est avantageux que les LCE et les patients coachs qui les accompagnent aient eux-mêmes une expérience professionnelle ou personnelle auprès de personnes souffrant de ces problématiques de santé. Si ce n'est pas le cas, il est important que les LCE et les patients coachs travaillent de très près avec le tandem médico-administratif pour s'assurer de la stabilité de l'état de santé mentale des patients ou être à l'affût de signes avant-coureurs de décompensation car les enjeux de personnalité sont «vividés» et potentiellement réactivés au sein du CAC, étant donné le contexte relationnel et de négociation impliqué.

Parmi les quatre équipes de santé mentale qui ont participé à la DAC, deux des sept patients ressources de ces équipes ont quitté le premier cycle d'amélioration continue avant la fin. D'où l'importance de sélectionner au moins deux patients pour participer au CAC, afin que la démarche puisse se poursuivre même si l'un de ceux-ci quitte le comité. De plus, lors de l'introduction d'un nouveau patient dans un processus en cours, il est utile que le patient déjà présent puisse accueillir lui-même le nouveau venu afin de lui transmettre son expérience et le sécuriser.

TABLEAU 1

Critères de sélection des patients ressources

a) **Expérience de la vie avec la maladie et de l'utilisation des services de santé et de services sociaux**

- Est atteint d'une maladie depuis une durée suffisamment longue (pertinente au projet) pour avoir une expérience significative de la vie avec la maladie;
- Son état de santé est stable au moment du recrutement (n'est pas en situation aiguë ou de crise);
- Possède une expérience significative des soins et services de santé visés par le projet;
- Est proactif et impliqué dans la gestion de ses soins (pose des questions sur sa maladie et ses traitements, s'informe des résultats de ses tests, connaît sa médication, se présente à ses r.-v., etc.);
- Possède un esprit critique constructif relativement aux soins qu'il reçoit;
- Démonstre une attitude constructive lors de ses réflexions concernant le réseau de la santé;
- Possède la capacité de se distancier de sa propre expérience de vie avec la maladie;
- Peut transposer son expérience à d'autres contextes de soins.

b) **Habiletés / attitudes personnelles**

- S'exprime de manière claire;
- Possède des habiletés interpersonnelles facilitant la collaboration (écoute, empathie, etc.);
- Démonstre un désir d'aider les gens et de contribuer à un objectif qui dépasse sa propre situation de santé;
- Manifeste un désir d'implication auprès d'autres patients ou auprès d'équipes cliniques (implication associative, bénévolat, témoignages, etc.).

c) **Disponibilité**

- Est disponible et motivé pour s'engager pendant le temps requis par le projet.
-

Phase B: Le bilan de l'équipe sur les pratiques collaboratives en partenariat avec le patient: L'étape consiste à procéder à un bilan de l'équipe sur ses pratiques de collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient, par l'analyse de données issues de diverses sources: 1) questionnaires auprès du tandem de gestion médico-administratif sur l'ensemble des diverses ressources (organisationnelles, humaines, matérielles et procédurales) favorisant le fonctionnement adéquat de l'équipe de soins, ainsi que son évaluation (indicateurs mis en place pour mesurer la qualité de ses interventions et leurs effets sur les patients), en matière de pratiques collaboratives et de partenariat de soins; 2) grilles d'observation de réunions de discussion de cas cliniques, en particulier les réunions pour élaborer le plan d'intervention interdisciplinaire (PII) d'un patient (animation de réunion et dynamique entre les membres). Tous ces outils ont été coconstruits par des professionnels de la santé et des patients de la DCCP. L'équipe reçoit ainsi un bilan personnalisé avec les forces qu'elle démontre dans chacune de ces dimensions ainsi que les éléments à améliorer.

De façon générale, le bilan des équipes de santé mentale révèle de grandes forces sur le plan des pratiques interprofessionnelles. Par contre, la participation du patient à son plan d'intervention interprofessionnel en fonction de son projet de vie n'est pas encore optimale.

Phase C: Le plan d'action: Les membres du CAC prennent connaissance du bilan de l'équipe, s'alimentent tout particulièrement des expériences des patients ressources et choisissent **un** objectif de changement à prioriser (de type SMART: spécifique, mesurable, atteignable et attirant, réaliste et situé dans le temps). Ils élaborent un **plan d'action** détaillé à réaliser à court terme (c.-à-d. environ de 3 à 4 mois), sous forme de gestion de projet qui comprend un objectif d'amélioration continu, dont des exemples pour les quatre équipes de santé mentale sont présentés au Tableau 2, diverses modalités de transformation de l'équipe, une répartition des tâches de chacun des membres, dont les patients ressources, et un échéancier et des livrables précis.

TABLEAU 2

Objectifs des cycles d'amélioration continue du partenariat de soins et de services d'équipes en santé mentale

Région	Service	Objectif du 1 ^{er} cycle du comité d'amélioration continue (CAC)
Région semi-urbaine	Hôpital de jour en santé mentale	<i>Formaliser et compléter le processus de transition du patient du service qui fait la référence (unité d'hospitalisation de psychiatrie, salle d'urgence ou psychiatre traitant) à l'hôpital de jour, afin de faciliter l'intégration du patient à l'hôpital de jour, en favorisant un sentiment de continuité et de sécurité, dans une perspective de partenariat.</i>
Région urbaine	Soins intensifs dans le milieu (SIM)	<i>Optimiser le processus et l'utilisation du plan d'intervention interdisciplinaire (PII) dans une perspective de partenariat de soins.</i>
Région métropolitaine	Soins intensifs dans le milieu (SIM)	<i>Réaliser une vidéo d'une réunion pour élaborer un PII avec des intervenants et un patient ainsi que des vidéos-témoignages de deux patientes ayant participé à une réunion de PII, afin de former des résidents, des stagiaires et des intervenants à cette modalité.</i>
Région métropolitaine	Troubles psychotiques en consultation externe (TPE)	<i>Produire un bilan des impacts organisationnels et cliniques à la suite de la création et à la coconstruction d'un outil de PII au sein de l'équipe de la consultation externe de psychiatrie.</i>

PII : Plan d'intervention interdisciplinaire.

L'enjeu à cette phase est de s'assurer de la pleine participation des patients ressources, d'une écoute attentive et ouverte des intervenants et des gestionnaires aux propos des patients ressources et du choix d'une transformation de la pratique qui fasse consensus pour l'ensemble des participants. Le plus souvent, l'expérience des patients ressources teinte fortement le choix du premier objectif de transformation. Les thèmes les plus souvent abordés par les patients en santé mentale sont l'accueil au service, les périodes de transition d'un service à l'autre, la participation active à leur plan d'intervention interdisciplinaire (PII).

Phase D: La mise en œuvre des activités de transformation et l'évaluation de l'atteinte des résultats: Les activités de transformation peuvent prendre diverses formes: développement de contenus éducatifs pour les patients, création d'outils de gestion (procédurier pour l'accueil, les transitions d'un service à l'autre, etc.), activités de formation de l'équipe. L'évaluation de l'atteinte de l'objectif du CAC est faite à mi-parcours pour rectifier le tir et à la fin du cycle.

L'autre élément crucial de cette étape est de s'assurer que les patients ressources sont véritablement mobilisés dans la coconstruction des outils visés par l'objectif de transformation. Ceci nécessite de la part des membres du CAC une capacité d'adaptation aux disponibilités et au rythme des patients atteints de problèmes de santé mentale ainsi qu'aux meilleurs mécanismes de communication pour les rejoindre. Du travail en plus petits groupes (1 ou 2 personnes du CAC) facilite leur contribution, d'autant plus si une relation de confiance existait préalablement. De plus, les patients ressources se soutiennent entre eux et valident mutuellement leurs idées.

Au terme de chaque cycle d'amélioration continue, une évaluation du processus de co-construction entre les membres du CAC et de l'atteinte de l'objectif d'amélioration visé par l'équipe est réalisée et permet d'améliorer le fonctionnement des cycles subséquents.

Des retombées significatives: Comme le souligne le rapport d'étape de la DCP (2014), les retombées sont multiples. Les membres des CAC développent un sentiment de fierté, une énergie, une motivation nouvelle et une cohésion de groupe. Les patients, particulièrement dans le domaine de la santé mentale, développent un sentiment d'appartenance à l'équipe, voient augmenter leur estime d'eux-mêmes et leur sentiment d'utilité, en contribuant à l'amélioration des services spécialisés de santé mentale. Ils peuvent ainsi redonner ce qu'ils ont reçu et participer à des services de meilleure qualité au bénéfice d'autres patients, ce processus fait même parfois partie intégrante de leur plein rétablissement. À la fin du premier cycle d'amélioration continue, les membres du CAC répondent à un questionnaire d'évaluation de leur participation à la démarche d'amélioration continue, chaque item étant noté sur une échelle de 1 à 5, 5 représentant un niveau élevé de satisfaction. Le tableau suivant présente les résultats de 22 répondants des quatre équipes. De façon globale, le niveau de satisfaction est élevé.

**Résultats du questionnaire évaluant l'atteinte des objectifs
et la satisfaction à participer au CAC (1^{er} cycle) :
équipes en santé mentale**

N = 22 répondants

QUESTIONS	MOYENNE
1. Le projet d'amélioration a été réalisé dans les délais	4,1
2. La résultante du projet solutionne / solutionnera les problèmes à l'origine du projet	4,1
3. La résultante du projet représente / représentera une amélioration comparativement à ce qui existe ou se faisait dans le passé	4,5
4. Je suis satisfait(e) du processus employé pour réaliser ce projet d'amélioration	4,5
5. Les patients ou proches profiteront de ce projet	4,7
6. Les intervenants profiteront de ce projet	4,6
7. La résultante du projet a/aura un impact positif sur les personnes qui en feront usage	4,7
8. Ma participation au comité d'amélioration continue m'a permis d'améliorer mes capacités à travailler en équipe	4,0
9. Ma participation au comité d'amélioration continue m'a permis d'améliorer ma compréhension du Partenariat de soins et de services	4,3
10. Ma participation au comité d'amélioration continue m'a permis d'améliorer mes compétences de Partenariat de soins et de services	4,4
11. Ma participation au comité d'amélioration continue m'a permis d'apprendre des différentes expertises et expériences des autres membres	4,6
12. Je serais intéressé(e) à continuer à participer à ce comité d'amélioration continue	4,6

Conclusion

Le partenariat de soins et services traité dans cet article s'inscrit dans un contexte global de recherche de modalités permettant une plus grande participation des patients, et ce, dans le prolongement de l'effort réalisé dans le domaine de la santé mentale pour contrer les effets de la stigmatisation, illustré notamment par l'organisation du mouvement sur le *recovery* élaboré sur le modèle des alcooliques anonymes (1935) par d'anciens patients de psychiatrie (1937). Depuis la fin des années 1980, d'autres nouvelles tendances se sont également développées

(Deegan, 1988 ; Anthony, 1993) autour de la notion de pair aidant dont le Québec est reconnu à travers le monde comme un des précurseurs (Lagueux *et al.*, 2010) ou encore du *Citizens–Community Enhancement Project* (Rowe *et al.*, 2003) mené par l'Université Yale depuis 2002. Ces derniers ont émergé de pratiques propres dans le champ de pratique spécialisée en santé mentale, alors que le modèle de partenariat de soins et de services a émergé d'une pratique en milieu spécialisé de santé pour les maladies chroniques. L'approche s'est donc tissée différemment selon les milieux de soins, avec une dépendance vitale aux soins et aux professionnels de santé, et cependant avec le besoin de reprise de pouvoir en partenariat.

D'autre part, si les pairs aidants sont impliqués directement dans les soins au sein des équipes cliniques et que le programme de Yale se concentre sur la mobilisation des communautés, le PPS tente, quant à lui, d'orchestrer une transformation en profondeur des pratiques en milieu de soins. Toutes ces avancées qui valorisent l'expérience des patients sont fortement complémentaires les unes aux autres et vont certainement permettre à la société de se transformer progressivement pour permettre aux personnes vivant avec des troubles psychiques d'améliorer leur qualité de vie. Ces avancées vont permettre également pour nombre d'entre eux en perte de repères et en quête de sens de retrouver leur place dans la société en reprenant confiance dans leur capacité à prendre soin d'eux-mêmes tout en contribuant à l'amélioration du système de santé dans lequel ils évoluent.

L'avenir du partenariat de soins dépend certainement beaucoup de la volonté de tous – patients, proches, gestionnaires et intervenants – de travailler ensemble pour faire face aux défis majeurs que vit actuellement notre réseau de santé. En acceptant d'expérimenter la voie du partenariat et en reconnaissant la richesse du savoir de tous, les établissements comme les patients qui sont amenés à les fréquenter profiteront certainement de retombées très favorables tant sur les plans micro (clinique) que méso (organisation), ou encore macro (stratégie) du système de santé. L'ère du travail en silo est derrière nous au profit du « construire-ensemble » par la collaboration et le partenariat avec les patients.

RÉFÉRENCES

- Anthony, W. (1993). «Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990's, Academic Search Premier». *Psychosocial Rehabilitation Journal*, vol. 4, n° 16 : p. 11-23.
- Carman, K.L., Dardess, P., Maurer, M., Sofaer, S., Adams, K., Bechtel, C., *et al.* (2013). Patient an family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Aff (Millwood)*. 32(2), p. 223-231. doi: 10.1377/hlthaff.2012.1133.
- Chaire TSA Technologies – Soutien – Autodétermination. (2009). « À la découverte de l'autodétermination », *Info-Clic TSA*, 1(2), p. 7-9.
- DCPP (2014). *Programme partenaires de soins, rapport d'étape (2011-2014) et perspectives*, Direction collaboration et partenariat patient du centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé, Université de Montréal. Accessible en ligne à l'adresse Internet: http://medecine.umontreal.ca/doc/PPS_Rapport_2011-2013.pdf (dernière consultation le 28/11/2014).
- Deegan, P.E. (1988). « Recovery: The lived experience of réhabilitation ». *Psychosocial Rehabilitation Journal*, vol.9, n° 4, p. 11-19.
- Flora, L. (2013). « Savoirs expérientiels des malades, pratiques collaboratives avec les professionnels de santé: état des lieux. », *Éducation permanente*, n° 15, p. 59-72.
- Flora, L. (2014). « Le patient formateur, un nouveau métier pour accompagner un nouveau paradigme au sein du système de santé », dans (Coord.: Jouet E., Las Vergnas O., Noel-Hureauux E.), *Nouvelles interventions réflexives dans la recherche en santé: du savoir expérientiel des malades aux interventions des professionnels de santé*, Paris, Archives contemporaines, p. 26-44.
- Flora, L. (2015). « *Le patient formateur: nouveau métier de la santé? Comment les savoirs expérientiels de l'ensemble des acteurs de santé peuvent relever les défis de nos systèmes de santé*, Presses Académiques Francophones, Sarrebrück, Allemagne.
- Lagueux, N., Harvey, D., Provencher, H. (2010). « Quand le savoir expérientiel influence nos pratiques... L'embauche de pairs aidants à titre d'intervenants à l'intérieur des services de santé mentale », *Pratique de formation: Analyses*, N°57/58, Saint-Denis, Université Paris 8, 2010, p. 155-174.
- Legare, F., Turcotte, S., Stacey, D., Ratte, S., Kryworuchko, J. and Graham, I.D. (2012). « Patients' perceptions of sharing in decisions: a systematic review of interventions to enhance shared decision making in routine clinical practice ». *Patient*. 5(1), p. 1-19.
- Pomey, M.-P., Flora, L., Karazivan, P. (2014). « Le modèle relationnel patient partenaire: Quels enjeux de santé publique? Proposition d'une méthodologie de déploiement et d'appropriation. », *Revue santé publique*.
- Pomey, M.-P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel P., Vanier, M.-C., Débarge, B., Clavel N., Jouet E. (2015). « Le "Montreal model": enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de santé », *Santé publique*, HS, 2015/S1, p. 41-50.

- Romedér, J.-M. (1989), *Les groupes d'entraide et la santé, nouvelles solidarités*, (publié en anglais sous le titre: *The Self-Help Way*), Ed. Le Conseil canadien de Développement social, Canada, p. 14.
- Rowe, M., Falzer, P., Berryhill, J., Thomas, L., Delphin Vargas, V., Styron, T., Davidson, L. (2003), New forms of outreach in community psychiatry: A Report from the Field. *Administration and Policy in Mental Health*, 30 (5), p. 461-468.