

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Comparaison de la performance de deux hôpitaux psychiatriques situés l'un en Colombie et l'autre au Québec

Par

Mauricio LONDOÑO CASTAÑO

Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal

Faculté de Médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Magister Scientiae (M.Sc.) en administration des services
de santé option analyse et évaluation du système de santé

Avril 2015

© Mauricio LONDOÑO CASTAÑO, 2015

Résumé

Les problèmes de santé mentale représentent un pourcentage important du fardeau de morbidité mondiale. Cela, ajouté aux ressources limitées disponibles pour le fonctionnement des établissements, encourage l'intérêt pour l'évaluation de leur performance. Ce projet propose d'utiliser le modèle ÉGIPSS pour évaluer la performance de deux hôpitaux psychiatriques dans deux systèmes de santé différents, le « *Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle* » (HPUV) situé en Colombie et l'Institut universitaire en santé mentale Douglas au Québec. Le modèle a été choisi en raison de la richesse des dimensions qu'il comprend et son caractère global. Les données ont été recueillies à travers des entrevues et de la documentation disponible dans les établissements. L'analyse des résultats montre que le Douglas a une meilleure performance générale, même tenant compte qu'il se trouve dans un pays à haut revenu avec des standards d'évaluation supérieures. De vingt-et-une sous-dimensions évaluées, l'HPUV a présente six avec un état préoccupante et le Douglas aucune. L'analyse des résultats a aussi servi pour identifier des facteurs de causalité critiques des problèmes de performance, soit l'organisation à l'intérieur des établissements, la communication interne, les plans de santé mentale et la disponibilité des professionnels. La comparaison a permis apprécier l'influence de ces éléments dans les deux contextes.

Mots-clés : Modèle ÉGIPSS, Santé mentale, Performance, Institut Douglas, Hospital Universitario Psiquiátrico del Valle, HPUV, Québec, Montréal, Colombie, Cali

Abstract

Mental health problems account for a significant percentage of the global disease burden. This, coupled with the limited resources available for the functioning of health institutions, impulse the interest in evaluating the performance of such organizations. This project proposes the use of the EGIPSS model to evaluate the performance of two psychiatric hospitals in two different healthcare systems, the « *Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle* » (HPUV) in Colombia and the Douglas Mental Health University Institute in Quebec. The model was chosen because of the richness of dimensions it offers and its comprehensiveness. Data were collected through interviews and documentation available at the institutions. Analysis of the results shows that the Douglas Institute has a better general performance, even when considering that it is located in a high revenue region with highest standards of evaluation. Out of twenty-one evaluated sub-dimensions, six were classified as concerning for the HPUV and none for the Douglas. The analysis of results was also used to identify critical causal factors of problems in the performance, which are organization and communication within the institutions, mental health plans and availability of professionals. Benchmarks were established to assess the influence of these factors in both contexts.

Keywords: EGIPSS Model, Mental Health, Performance, Hospital Performance, Douglas Institute, Hospital Universitario Psiquiátrico del Valle, Quebec, Montreal, Colombia, Cali

Table des matières

| | |
|---|-------------|
| Résumé | i |
| Abstract | ii |
| Table des matières | iii |
| Liste des figures | vii |
| Liste des tableaux | viii |
| Liste de sigles et abréviations | ix |
| Remerciements | x |
| 1. Introduction et objectifs de recherche | 1 |
| 2. Revue de littérature et modèle conceptuel | 2 |
| 2.1. L'importance de la maladie mentale..... | 2 |
| 2.2. Les services de santé mentale et leur organisation | 2 |
| 2.3. La performance et les organisations de santé | 9 |
| 2.4. Le modèle ÉGIPSS, ses composantes et leur relation avec la santé mentale | 11 |
| 2.5. Production | 12 |
| 2.5.1. Volume de soins et de services | 13 |
| 2.5.2. Productivité | 13 |
| 2.5.3. Sécurité | 13 |
| 2.5.4. Pertinence (justesse)..... | 14 |
| 2.5.5. Exécution compétente..... | 14 |
| 2.5.6. Continuité..... | 14 |
| 2.5.7. Humanisme | 14 |
| 2.5.8. Globalité..... | 15 |

| | |
|---|-----------|
| 2.5.9. Accessibilité..... | 15 |
| 2.6. Adaptation..... | 15 |
| 2.6.1. Acquisition de ressources | 16 |
| 2.6.2. Adaptation aux besoins de la population | 16 |
| 2.6.3. Attraction | 16 |
| 2.6.4. La mobilisation | 17 |
| 2.7. Atteinte des buts..... | 17 |
| 2.7.1. Efficacité..... | 17 |
| 2.7.2. Efficience | 17 |
| 2.7.3. Équité..... | 18 |
| 2.7.4. Satisfaction..... | 18 |
| 2.8. Maintien des valeurs | 18 |
| 2.8.1. Consensus sur les valeurs du système..... | 19 |
| 2.8.2. Qualité de vie au travail | 19 |
| 3. Méthodologie et considérations éthiques | 20 |
| 3.1. Stratégie et devis de recherche..... | 20 |
| 3.2. Variables et instruments de mesure | 20 |
| 3.3. Échantillonnage..... | 21 |
| 3.4. Collecte des données..... | 21 |
| 3.5. Analyse des données..... | 22 |
| 3.6. Validité de la recherche | 22 |
| 3.7. Contributions attendues et limites..... | 23 |
| 3.8. Considérations éthiques | 23 |
| 3.9. Confidentialité..... | 24 |

| | |
|--|-------------|
| 3.10. Risques et avantages | 24 |
| 3.11. Diffusion des résultats..... | 24 |
| 4. Article : Comparaison de la performance de deux hôpitaux psychiatriques situés l'un en Colombie et l'autre au Québec | 25 |
| 4.1. Résumé..... | 25 |
| 4.2. Introduction..... | 26 |
| 4.3. Contexte des cas..... | 26 |
| 4.4. Organisation et évaluation de services..... | 28 |
| 4.5. Modèle conceptuel | 29 |
| 4.6. Méthodes..... | 30 |
| 4.7. Résultats..... | 30 |
| 4.8. Discussion | 37 |
| 4.8.1. L'organisation à l'intérieur des établissements..... | 37 |
| 4.8.2. La communication interne | 38 |
| 4.8.3. Les plans de santé mentale..... | 39 |
| 4.8.4. La disponibilité de professionnels | 40 |
| 4.9. Conclusions..... | 41 |
| 5. Références | 43 |
| 6. Annexes | l |
| Annexe A : Guide d'entrevue..... | li |
| Annexe B : Grille d'observation | lvi |
| Annexe C : Tableau de sources de données | lvii |
| Annexe D : Formulaire d'information et de consentement..... | lx |
| Annexe E : Lettres d'invitation aux possibles participants | lii |

| | |
|---|--------------|
| Annexe F : Lettre d'acceptation Département d'administration de la santé..... | lv |
| Annexe G : Autorisation du directeur adjoint de l'HPUV | lvii |
| Annexe H : Certificat CERES | lix |
| Annexe I : Lettre CERES..... | lx |
| Annexe J : Composantes relevantes en santé mentale selon le niveau de ressources du pays [96]..... | lxi |
| Annexe K : Les alignements du modèle | lxiii |
| Annexe L : Liste de codes par catégorie (QDA Miner) | lxiv |
| Annexe M : Caractéristiques des répondants | lxv |
| Annexe N : Type de documents consultés par cas | lxvi |
| Annexe O : Caractéristiques socio-économiques | lxvii |
| Annexe P : Pyramide des âges | lxix |

Liste des figures

| | | |
|------------------|---|----|
| Figure 1. | Mélange optimal des services en santé mentale selon l’OMS [101] | 3 |
| Figure 2. | Le modèle pour la création de politiques en santé mentale [99]..... | 4 |
| Figure 3. | Le modèle ÉGIPSS [61]..... | 12 |
| Figure 4. | Synthèse des résultats par dimensions et par cas | 36 |

Liste des tableaux

| | | |
|----------------------|---|----|
| Tableau I. | Principes clés de l'organisation des services [101]..... | 4 |
| Tableau II. | Configurations des systèmes d'action en santé mentale [95]..... | 5 |
| Tableau III. | Modèles de performance [13] | 9 |
| Tableau IV. | Modèles méthodologiques de performance [13]..... | 10 |
| Tableau V. | Résultats pour la dimension de la production | 31 |
| Tableau VI. | Résultats pour la dimension d'adaptation | 33 |
| Tableau VII. | Résultats pour la dimension du maintien de valeurs | 34 |
| Tableau VIII. | Résultats pour la dimension d'atteinte de buts | 35 |

Liste de sigles et abréviations

| | |
|--------|---|
| AQESSS | Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux |
| CAD | Dollar canadien |
| CSSS | Centre de santé et de services sociaux |
| ÉGIPSS | Évaluation globale et intégrée de la performance du système de la santé |
| EPS | Entidad Promotora de Salud |
| HPUV | Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle |
| IRSPUM | Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal |
| MSSS | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| OMS | Organisation mondiale de la Santé |
| PIB | Produit intérieur brut |
| QDA | Qualitative Data Analysis |

Remerciements

Je voudrais remercier mon directeur de recherche, le professeur Lambert Farand et ma codirectrice la professeure Marie Josée Fleury pour ses conseils et critiques constructives qui ont contribué de manière significative à l'issue de cette recherche. Nos discussions ont aussi aidé à rendre le temps passé sur ce projet une expérience agréable et enrichissante.

Je remercie également pour leur collaboration, le personnel de l'«*Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle*» à Cali et de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas à Montréal. Ces personnes ont été la source de la plupart des informations nécessaires pour le développement du projet. Je remercie Carlos Alberto Miranda Bastidas pour l'accès à l'HPUV et tout spécialement Angelica Maria Soto et Geneviève Cyr pour leur aide précieuse, leur temps et leur patience.

Enfin, je remercie ma famille pour leur encouragement et leur aide qui m'a permis de mener à terme mon projet.

1. Introduction et objectifs de recherche

L'évaluation de la performance est un outil de gestion important pour les établissements et le système de santé en général. Elle permet un suivi pour confronter les résultats contre les objectifs quand elle se produit dans le contexte d'un cadre politique clair [43]. La performance englobe différentes notions, telles que la productivité, la qualité et l'efficacité, mais souvent la nuance entre ces concepts n'est pas nettement établie [15].

Dans les hôpitaux psychiatriques des pays avec des économies à haut revenu, on trouve une quantité importante d'études à ce sujet. Cependant, ces études se centrent souvent sur quelques aspects de la performance, comme la sécurité [44], la satisfaction [36] ou l'efficacité [34]. Par ailleurs, dans des pays avec des économies à revenu intermédiaire, ces études deviennent plus rares. L'étude présentée dans ce mémoire, cherche à appliquer un modèle global pour l'évaluation de la performance et comparer deux hôpitaux psychiatriques, le « *Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle* » situé en Colombie, un pays avec une économie à revenu intermédiaire selon la Banque mondiale, et l'Institut universitaire en santé mentale Douglas localisé au Canada, pays classifié comme une économie à haut revenu [94]. Cette comparaison utilise le modèle d'évaluation globale et intégrée de la performance du système de la santé (ÉGIPSS) [86], un modèle qui se distingue des autres par son caractère analytique qui intègre différentes dimensions et sous-dimensions de la performance.

L'objectif de la recherche est de comparer la performance de deux hôpitaux psychiatriques qui doivent faire face à des environnements différents en utilisant le modèle ÉGIPSS, pour finalement identifier les principaux facteurs de causalité des résultats. Le mémoire est organisé de façon que le chapitre quatre peut être publié comme un article. Ce chapitre inclut les résultats, la discussion et les conclusions. Les résultats pourront être utilisés comme base dans l'évaluation de la performance d'autres hôpitaux et seront un précédent utile pour continuer la recherche et la validation empirique du modèle ÉGIPSS en santé mentale. Finalement, cette recherche aidera d'une façon plus générale dans la détection des enjeux de ce type d'organisations et plus particulièrement dans la compréhension de la réalité de ces deux cas.

2. Revue de littérature et modèle conceptuel

2.1. L'importance de la maladie mentale

La prévalence des maladies mentales et les troubles concomitants sont reconnus par l'OMS comme un problème global [104]. Elles affectent des personnes de tous les âges et conditions sociales et elles sont la cause de dépenses importantes dans les systèmes de santé. Au Québec par exemple, les dépensés en santé mentale représente environ 8 % des dépenses allouées à l'ensemble des programmes et services de santé et de services sociaux [31]. Dans l'ensemble du Canada, les coûts liés aux troubles mentaux atteignent environ 48,5 milliards CAD par année [17]. De plus, les troubles mentaux représentent environ 13 % du fardeau de morbidité mondiale [102] et ils sont une cause importante d'années perdues en raison d'invalidité : par exemple, les désordres dépressifs majeurs ont été identifiés comme la deuxième cause et les désordres d'anxiété comme la septième [52].

En ajout aux conséquences sur la santé, les maladies mentales ont des impacts sociaux et économiques. L'impact de la santé mentale va au-delà de la santé individuelle et s'aperçoit à travers des problématiques comme l'itinérance [89], l'incarcération [28], le manque d'opportunités reliées à la stigmatisation de la maladie, la violation des droits des malades et les conséquences économiques pour les malades et leurs familles [102].

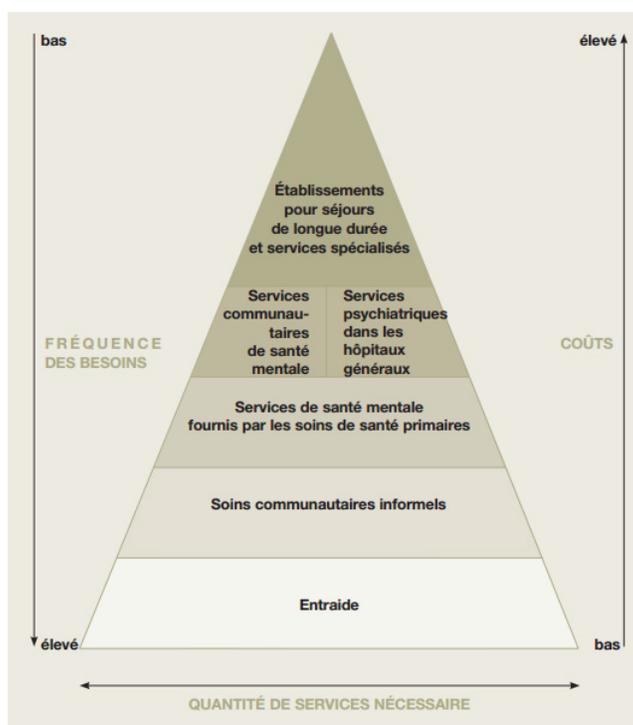
2.2. Les services de santé mentale et leur organisation

En raison de l'impact important de l'organisation des services en santé mentale sur leur efficacité, l'OMS a publié en 2003 une guide à ce sujet. Le guide a comme objectif de montrer les éléments clés des modèles qui ont eu du succès à travers le monde, sans laisser de côté l'importance que le contexte des différents pays a dans ce succès. Selon l'OMS, il existe trois types de services en santé mentale qui dérivent du système général de santé. Ces services sont les services de santé mentale fournis par les soins de santé primaires, les services communautaires et les services institutionnalisés offerts en hôpitaux psychiatriques [101]. L'existence et la

disponibilité de ces trois composantes varient entre systèmes de différents pays en réponse à des facteurs contextuels, comme le sont la gouvernance et le financement [68].

Les soins de santé primaires, les services communautaires et les services institutionnalisés présentent une variation des coûts et de fréquence d'utilisation inversement proportionnelle. Les services de première ligne sont moins chers et plus utilisés et les services spécialisés sont plus chers et moins demandés. En concordance avec cela, l'OMS propose un mélange optimal de services ajustant la quantité de types de services nécessaires et favorisant la désinstitutionnalisation à travers des soins de santé mentale dans la première ligne et des services communautaires et d'entraide (voir figure 1) [101].

Figure 1. Mélange optimal des services en santé mentale selon l'OMS [101]



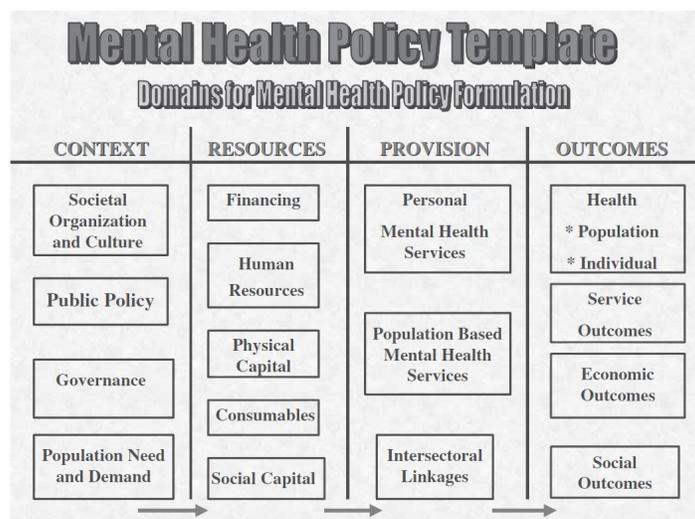
Les suggestions de l'OMS touchent aussi certains principes considérés clés pour l'organisation des services en santé mentale. Les principes suggérés, montrés au tableau 1, ne tentent pas d'être une recette qui devrait être suivie par tous les pays, mais une guide pour l'adapter aux situations particulières des systèmes [101].

Tableau I. Principes clés de l'organisation des services [101]

| PRINCIPES | CARACTÉRISTIQUES PRINCIPALES |
|-------------------------------------|---|
| ACCESSIBILITÉ | Disponibilité des soins au niveau local |
| CARACTÈRE COMPLET | Inclusion des établissements et programmes pour répondre aux nécessités |
| COORDINATION ET CONTINUITÉ DE SOINS | Liaison entre les services médicaux, psychologiques et sociaux |
| EFFICACITÉ | Services fondés sur des données probantes |
| ÉQUITÉ | Accès basé sur les besoins et tenir compte des disparités |
| RESPECT DES DROITS HUMAINS | Encouragement de l'autonomisation |

Les composantes et les principes d'un système de santé mentale devraient aussi s'adapter au contexte. Malheureusement, même s'il y a une disponibilité de ressources, le cadre politique ou de planification nécessaire pour livrer des interventions efficaces n'existe pas dans plusieurs pays [99]. Pour aider dans la formulation de ce type de politiques, le Consortium international d'épidémiologie psychiatrique a conçu un modèle pour la création de politiques en santé mentale qui inclut les éléments suggérés par l'OMS (voir figure 2).

Figure 2. Le modèle pour la création de politiques en santé mentale [99]



Dans le but de mieux contextualiser les politiques et les évaluations par rapport à la disponibilité des ressources, le modèle équilibré proposé par Thornicroft [96] est aussi pertinent. Ce modèle suggère des paliers des services qui devraient exister selon le niveau de ressources du pays en question. Les paliers du modèle correspondent plus ou moins aux mêmes proposés par l’OMS qui ont été décrits plus haut. Selon le modèle, les pays avec un niveau moyen de ressources devraient offrir des soins primaires appuyés par des spécialistes, et des soins dénommés principaux par l’auteur, correspondant aux services communautaires et de réhabilitation. Pour les pays avec un haut niveau de revenu, le modèle propose l’ajout des services de santé mentale spécialisés, incluant les services institutionnalisés et différents types de soins communautaires résidentiels de longue durée (voir annexe J) [97].

Quand on regarde les politiques en santé mentale à travers le monde, on trouve que même entre les pays avec des ressources équivalentes ces politiques peuvent être configurées différemment. En 2014, Thiebaut, Farand et Fleury ont réalisé une analyse comparative entre trente-quatre pays de l’Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) possédant des politiques et des plans d’action en santé mentale. Cette étude a identifié cinq configurations des politiques et des plans d’action présentés dans le tableau suivant [95].

Tableau II. Configurations des systèmes d’action en santé mentale [95]

| CONFIGURATION | CARACTÉRISTIQUES |
|------------------------------------|---|
| SANTÉ PUBLIQUE | Axée sur les déterminants de la santé et les facteurs de risque. Orientée vers la promotion, la prévention et le rétablissement. Propose des modes d’intégration performants et favorise l’intersectorialité. |
| PROFESSIONNELLE | Centrée sur les données probantes. Priorise les interventions préventives et curatives, la coordination des pratiques professionnelles et la gouvernance clinique. |
| TECHNOCRATIQUE STRUCTURELLE | Met l’accent sur les mécanismes de gouvernance et la coordination du système. Il prescrit les structures. |

| | |
|------------------------------|--|
| TECHNOCRATIQUE FONCTIONNELLE | Met l'accent sur les mécanismes de gouvernance et la coordination du système. Il prescrit les processus et les résultats à atteindre. |
| POLITIQUE | Les besoins sont définis selon les besoins de certains acteurs. Processus peu spécifiés. Il favorise l'autonomie et les frontières organisationnelles et minimise la gouvernance clinique et l'imputabilité. |

Certaines différences importantes ont été constatées par les chercheurs entre les systèmes d'action en santé mentale étudiés. Entre ces différences on trouve :

- **La priorité donnée à la promotion et à la prévention en relation au traitement et la réadaptation.** Certaines politiques mettent l'accent sur la prévention et la promotion de la santé. La promotion est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci [20]. La prévention fait référence aux interventions qui se produisent avant l'apparition d'un trouble qui sont destinées à prévenir ou à réduire le risque de la maladie [71]. Autres politiques priorisent le traitement et la réadaptation. Le traitement et la réadaptation visent la partie de la population qui a déjà développé un trouble. Durant et après le traitement, la réadaptation permet aux participants d'acquérir des compétences et ressources pour fonctionner dans la société [27].
- **Les spécifications du plan.** Certains spécifient les structures à mettre en place, comme c'est le cas du Québec avec par exemple les guichets d'accès, lesquels constituent la porte d'entrée principale pour avoir les services [31]. Autres spécifient plutôt les résultats attendus ou les fonctions [95].
- **Le niveau de spécification des interventions.** Cela se réalise par exemple à travers l'utilisation de lignes directrices destinées à guider différents acteurs de la santé pour accomplir leurs activités conformément aux politiques et lois [10]. Une autre stratégie

est constituée par les indicateurs de mise en œuvre sur lesquels s'évaluent les résultats [66].

- **Cadre d'évaluation.** Seulement deux sur vingt-et-une politiques proposaient un cadre évaluatif de la performance [95]. Un cadre d'évaluation peut favoriser l'imputabilité à travers des stratégies évaluatives, comme des rapports périodiques [19] ou l'utilisation d'indicateurs de performance [25].

Malgré les différences entre les systèmes d'action analysés, certaines pratiques étaient présentes dans une majorité de politiques. Plusieurs de ces pratiques qui comprennent entre autres des stratégies, des programmes et des modèles d'intervention, sont basées sur des données probantes. Les données ont montré que ces pratiques répondent favorablement aux problèmes auxquels elles s'adressent et leur déploiement vise la standardisation et l'amélioration de la performance des interventions [31]. Parmi ces pratiques on trouve :

- **Les soins partagés ou de collaboration.** Les soins en collaboration impliquent la création d'un réseau coordonné et multidisciplinaire de soutien aux patients [40]. Ils impliquent principalement les médecins omnipraticiens et les psychiatres, mais peuvent être composés aussi par d'autres professionnels comme les infirmières, les travailleurs sociaux et les psychologues [95]. Entre les modèles de soins partagés, on trouve notamment le modèle du virage ambulatoire, le modèle de coordination/consultation, le modèle de soins primaires de qualité et le modèle d'accompagnement/liaison [74].
- **L'intégration des services avec la première ligne.** Cette initiative répond à plusieurs facteurs tels que la prévalence importante de troubles concomitants de santé mentale, santé physique et de dépendance, la nécessité d'améliorer l'accès aux soins en santé mentale et le fait que les soins en première ligne sont plus abordables. L'intégration nécessite d'efforts, comme la modification du plan de clinique et la formation des professionnels, mais les données probantes signalent que plusieurs problèmes communs en santé mentale peuvent être traités en première ligne avec un support adéquat [103].
- **L'action intersectorielle.** À travers la concertation de divers secteurs sociétaux comme la justice, l'éducation et la municipalité, l'action intersectorielle cherche à influencer

positivement les déterminants de la santé. Cette participation au-delà du système des soins, facilite entre autres l'intégration des personnes dans les communautés et leur rétablissement à travers d'initiatives comme le retour aux études, au travail ou l'accès au logement [74].

- **La participation des usagers.** L'implication ou « *empowerment* » du patient peut se faire à différents niveaux, commençant par la planification et l'organisation des services jusqu'à la prise de décision sur le traitement à suivre. La participation aide à contrer la stigmatisation et devient un facteur de protection en favorisant l'estime de soi. La participation ne se limite pas aux patients, mais aussi les proches des personnes atteintes de maladies mentales à travers de l'information, du soutien ou de l'accueil [74].
- **Le suivi intensif (SI).** Le SI est souvent relié à la gestion des troubles graves comme la schizophrénie [74]. Ce service consiste en une équipe spécialisée en santé mentale qui a comme but le maintien de la santé des patients dans leur milieu de vie à travers de visites [50]. Ce type d'intervention a montré son utilité pour réduire les hospitalisations, les suicides [63] et les coûts [105].
- **La gestion des cas.** Ceci est une stratégie qui favorise la désinstitutionnalisation. La gestion des cas peut être assumée par un professionnel ou par une équipe. Également les services offerts peuvent varier selon le modèle, mais ils incluent souvent l'évaluation des besoins, les références, la liaison entre services, le suivi et la défense des droits [74].
- **Les programmes de réinsertion.** Ces programmes visent le retour de la personne atteinte d'un trouble mental à des activités qui lui permettront de s'intégrer à la vie en société. Des activités comme le retour au travail et aux études sont encouragés à travers des initiatives d'intégration, comme des ateliers protégés, des entreprises d'économie sociale et des programmes de formation [74].
- **Le modèle de promotion et prévention.** Ce modèle favorise une conception positive de la santé et les facteurs de protection de l'individu, tels que l'estime de soi et un

environnement favorable. En même temps, le modèle cherche à minimiser les effets des facteurs de risque tels que l'inégalité et l'exclusion [95].

2.3. La performance et les organisations de santé

À travers le temps, plusieurs modèles ont été proposés dans le but d'évaluer la performance des organisations. Certains de ces modèles se centrent sur une variété d'aspects individuels, tels que les ressources, le suivi des normes et le climat organisationnel. On trouve quelques exemples de modèles qui exemplifient cela dans le tableau III [13].

Tableau III. Modèles de performance [13]

| MODÈLE | DESCRIPTION |
|---|---|
| MODÈLE DE PROCESSUS INTERNES | Ce modèle évalue une organisation en fonction du suivi des normes dans ses activités internes. |
| MODÈLE DE L'ATTEINTE DES BUTS | Dans ce modèle, les objectifs de l'organisation sont sa raison d'être et la performance est évaluée en fonction de la capacité pour les accomplir. |
| MODÈLE POLITIQUE | La négociation et le compromis sont une partie fondamentale de ce modèle où l'organisation cherche à répondre aux défis d'interactions entre ses membres et avec l'environnement. |
| MODÈLE DE L'ACQUISITION DES RESSOURCES | La performance dans ce modèle est mesurée selon la capacité de l'organisation pour acquérir les ressources qui le sont nécessaires pour croître et s'adapter. |
| MODÈLE DE RELATIONS HUMAINES | Ce modèle se centre sur le climat du milieu de travail dans l'organisation. Il valorise la satisfaction des employés et leur adhérence à ses valeurs. |
| MODÈLE DE LÉGITIMITÉ SOCIALE | L'image sociale de l'organisation est le noyau de ce modèle. Une organisation performante est celle qui tient compte des valeurs de la société. |

Contrairement des modèles présentés antérieurement qui se basent sur différentes représentations conceptuelles de la performance, les modèles suivants ne définissent pas conceptuellement la performance et sont qualifiés de méthodologiques par Champagne et Contandriopoulos [13].

Tableau IV. Modèles méthodologiques de performance [13]

| MODÈLE | DESCRIPTION |
|--|--|
| MODÈLE ZÉRO DÉFAUT | Ce modèle cherche à identifier situations de non-performance. |
| MODÈLE COMPARATIF | La performance est mesurée en fonction d'autres organisations ressemblantes. |
| MODÈLE NORMATIF DU SYSTÈME D'ACTION RATIONNELLE | Ce modèle est le plus utilisé dans l'évaluation de la performance en santé. Il propose l'évaluation de normes de structure et processus et non seulement de résultats. |

Les études évaluatives des organisations de santé se centrent dans une majorité des cas sur quelques particularités de la performance, comme la sécurité [44], la satisfaction [36] ou l'efficacité [1; 34] et parfois seulement dans le cadre d'interventions, de traitements ou de populations particuliers [21]. Quelques études font des analyses moins parcellaires et intègrent plus d'un de ces attributs dans leur évaluation [34]. D'autres études intègrent plusieurs caractéristiques, comme la qualité, la production et les ressources, mais ne tiennent pas compte des interactions entre les attributs [38]. Quand on parle d'organisations situées dans des pays avec des économies à revenu intermédiaire [94], ces études deviennent plus rares. Le but de ces études est souvent de connaître l'impact dans les hôpitaux des réformes importantes dans les systèmes de santé [5; 64].

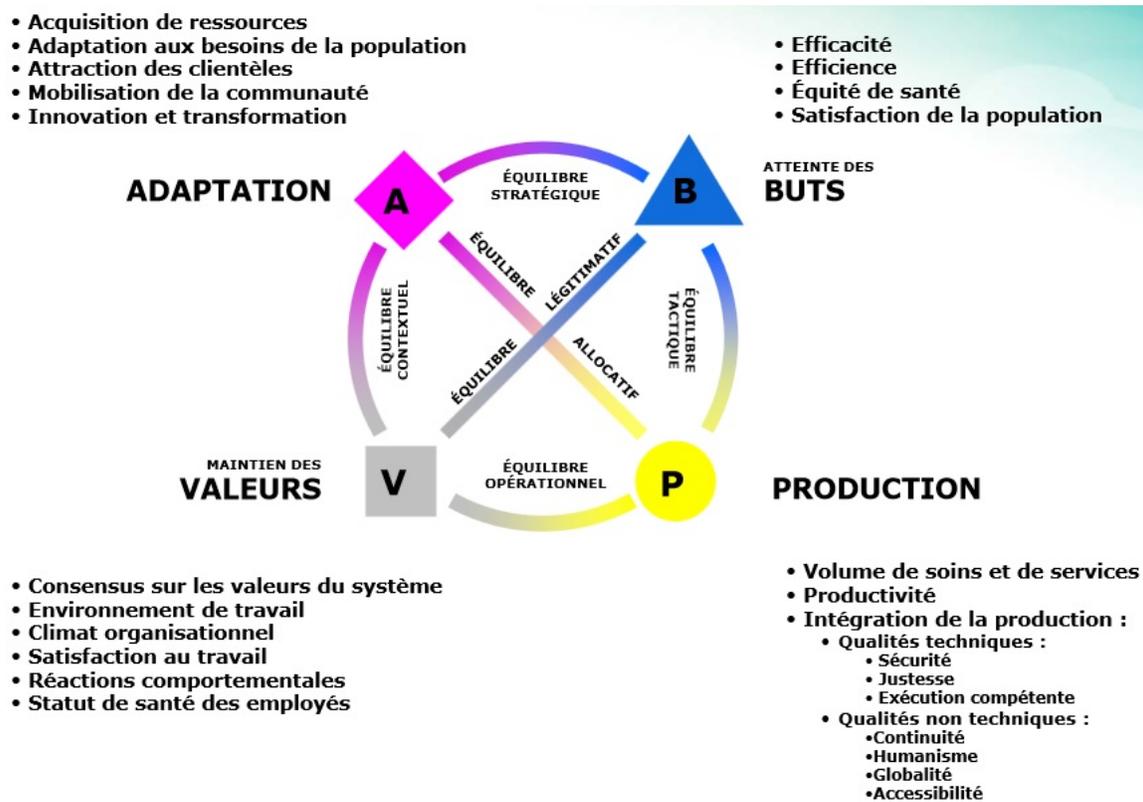
Dans le domaine de la santé mentale, on trouve aussi des initiatives pour évaluer la performance des organisations. Certaines sont simples comme celle suggérée par Sandoval avec trois indicateurs, soit : le taux d'hospitalisations par automutilation, le taux de réadmission avant 30 jours et le pourcentage de patients avec des hospitalisations répétées pour raison de santé mentale [84]. Il existe des exemples avec des propositions plus complexes comme celle de l'Institut australien pour la santé et le bien-être [7] et l'initiative ontarienne de qualité en santé mentale et en toxicomanie [73]. Ce dernier est un effort conjoint de plusieurs hôpitaux psychiatriques, où les établissements mesurent leur performance à travers une série d'indicateurs qui intègrent la prise en compte de la complexité de la clientèle, les résultats des patients, l'accessibilité, la sécurité des patients et du personnel et les ressources humaines et financières pour après faire une analyse comparative (« *benchmarking* ») avec l'aide d'un tableau de bord.

Un exemple avec une vision plus intégrale de la performance des organisations en santé mentale se retrouve au Québec. À travers le modèle ÉGIPSS, l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM) et la Direction de la performance et de la qualité de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) ont évalué une grande quantité d'établissements incluant des établissements de santé mentale [53]. Le modèle ÉGIPSS intègre plusieurs attributs des modèles présentés plus haut, ce qui lui donne la capacité de mesurer la performance d'une manière plus globale [86].

2.4. Le modèle ÉGIPSS, ses composantes et leur relation avec la santé mentale

L'ÉGIPSS est un modèle développé par l'IRSPUM [86] inspiré de la théorie de l'action sociale de Parsons [76] qui vise à intégrer les fonctions essentielles d'une organisation. Il est composé de quatre dimensions principales séparées en deux axes. L'axe vertical comprend la relation entre un système ouvert et son environnement (externe - interne). De l'autre côté, l'axe horizontal tient compte de l'équilibre entre les ressources entrantes, le processus d'utilisation, transformation et les résultats (moyens - buts), voir Figure 3 [76].

Figure 3. Le modèle ÉGIPSS [61]



Dans le modèle ÉGIPSS, les fonctions décrites par Parsons constituent la base des quatre fonctions de la performance. Les interactions entre ces quatre dimensions sont appelées « équilibres » et sont aussi un facteur fondamental à surveiller selon le modèle pour maintenir un système performant (voir annexe K). Les composantes du modèle (dimensions et sous-dimensions) et leur relation avec la santé mentale seront décrites ci-dessous.

2.5. Production

La production comprend les différents services et processus de soins avec les moyens d'optimisation pour tirer le maximum de profit des ressources disponibles [86].

2.5.1. Volume de soins et de services

Cette sous-dimension fait référence à la quantité de services disponibles. Les possibles conséquences d'une mauvaise planification ou organisation sont les problèmes d'occupation. En conséquence, son évaluation peut être réalisée à travers l'analyse des services disponibles, leur organisation et en regardant le taux d'occupation.

2.5.2. Productivité

La productivité est définie comme l'optimisation de la production par rapport aux ressources disponibles [53]. Une production non optimisée génère des gaspillages ou la négligence de ressources utiles. Pour augmenter la productivité, plusieurs stratégies ont été développées, entre autres l'adoption de nouvelles technologies et l'utilisation de personnel avec une formation technique [4]. La productivité peut être mesurée en termes de services produits par rapport au travail des professionnels et les matériaux utilisés. On pourrait aussi parler de productivité économique si les objets de l'analyse sont les coûts et les gains d'un service.

2.5.3. Sécurité

La sécurité comprend l'ensemble de mesures utilisées pour assurer un minimum de risques. En santé mentale la sécurité est importante non pas seulement à cause des risques inhérents à aux soins, mais au mauvais état de santé mentale des patients souvent accompagné d'une prévalence élevée de situation d'agressivité et de tentatives de suicide. Les comportements suicidaires sont liés à un environnement stressant et aux troubles psychiatriques [98] et peuvent se prévenir entre autres avec une vigilance particulière chez les patients à risque [42]. En ce qui concerne l'agressivité, les facteurs de risque à surveiller pour l'éviter sont l'abus de substances, la sévérité des symptômes et un environnement violent [82]. L'analyse des mesures de sécurité et les résultats concernant le nombre d'incidents et d'accidents sont de grande utilité au moment d'évaluer la sécurité d'un établissement.

2.5.4. Pertinence (justesse)

La pertinence souligne l'importance de faire le choix approprié selon les connaissances et les besoins. L'utilisation de stratégies non pertinentes peut mener à des résultats non optimaux et même nocifs. On trouve plusieurs initiatives pour améliorer la pertinence, comme la médecine fondée sur les données probantes, en anglais « *Evidence-Based Medicine* » et la pratique fondée sur les données probantes, en anglais « *Evidence-Based Practice* » [28]. Pour évaluer la pertinence, on peut analyser le niveau d'intégration de la recherche et la formation dans l'organisation.

2.5.5. Exécution compétente

L'exécution compétente réfère à la compétence de l'organisation pour réaliser ses activités. La non-compétence d'une organisation peut être montrée par le manque de conformité aux bonnes pratiques [2]. L'adhésion à des programmes pour certifier les compétences est à la fois une façon d'améliorer et d'analyser l'état des compétences dans une organisation.

2.5.6. Continuité

La continuité inclut le maintien du contact avec le patient, le suivi du patient à travers les différents services et dans la mesure du possible de garder la même équipe. Il existe différents types de continuité, notamment la continuité temporelle, la continuité géographique, la continuité de gestion et la continuité informationnelle. Les évidences montrent une relation entre la continuité de soins, la qualité, la diminution d'hospitalisations et de visites à l'urgence et l'augmentation de la satisfaction des patients [9]. Pour évaluer la continuité, on peut vérifier le taux de roulement du personnel ou des indicateurs structurels comme l'existence de programmes de suivi aux patients et la présence de plateformes de communications efficaces.

2.5.7. Humanisme

L'humanisme concerne le respect de la personne et sa dignité. Le non-respect de cette sous-dimension peut affecter l'adhérence au traitement et l'état de santé. Son amélioration peut

dériver d'aspects tels que l'environnement physique et la qualité interpersonnelle. Elle peut être évaluée à travers certains indicateurs comme le pourcentage de lits en chambres privées ou d'enquêtes auprès des patients [14].

2.5.8. Globalité

La globalité fait référence à la couverture des besoins à travers une variété de services. L'offre limitée de services peut laisser des besoins non pris en charge. Les équipes multidisciplinaires sont un exemple d'initiative pour rendre possible une plus grande variété d'interventions [29]. La globalité de soins en santé mentale peut être mesurée en termes de disponibilité des services ou de couverture.

2.5.9. Accessibilité

L'accessibilité fait référence à la facilité des gens pour être pris en charge et de suivre les différentes étapes de leur processus de soins. Comme dans la continuité, l'accessibilité peut être divisée en différents volets comme l'accessibilité financière, la temporelle ou la culturelle. Le manque d'accessibilité nuit la possibilité de se faire soigner ou même peut exclure certaines populations. Cette sous-dimension peut être améliorée à travers d'initiatives qui ont comme objet d'éliminer ou réduire les barrières d'accès, par exemple à travers l'utilisation de moyens technologiques comme la télépsychiatrie pour aider à contrer l'éloignement [35]. L'accessibilité peut être évaluée dans chacun de ses volets. Par exemple, du côté de l'accessibilité financière on peut vérifier l'existence de tickets modérateurs ou franchises, pour l'accessibilité géographique on peut évaluer la facilité pour se rendre aux locaux et finalement pour l'accessibilité temporelle on peut surveiller les temps d'attente.

2.6. Adaptation

L'adaptation englobe les activités de croissance et survie de l'organisation à travers des mesures utilisées pour contrer les menaces et profiter des opportunités sociales, sanitaires, politiques et

technologiques de l'environnement [86]. Cette dimension comprend aussi la capacité d'intégration à la communauté et celle de conserver et d'attirer la clientèle.

2.6.1. Acquisition de ressources

Cette sous-dimension fait référence à l'acquisition de ressources financières, matérielles et humaines nécessaires pour le fonctionnement de l'organisation [53]. Le manque de ressources met en péril la performance et peut avoir de mauvais résultats comme le déficit budgétaire, la pénurie de personnel ou la maque de matériels. Quelques façons pour s'approvisionner de ressources sont : la vente des services, l'offre d'avantages et privilèges pour le personnel, les subventions ou d'autres ressources gouvernementales et les échanges avec des partenaires. L'existence et l'analyse de l'importance de ce type de stratégies dans l'organisation sont de valeur pour mesurer cette sous-dimension.

2.6.2. Adaptation aux besoins de la population

Cette sous-dimension comprend les mesures pour adapter l'organisation aux exigences, nécessités et valeurs de la population [86]. Le déploiement de stratégies qui ne tient pas compte de cette sous-dimension risque de gaspiller les ressources. L'existence de programmes pour les groupes vulnérables et de comorbidité est un indicateur de l'adaptation de l'organisation aux besoins de la communauté.

2.6.3. Attraction

L'attraction fait rapport à la provenance des patients et à la façon dont ils arrivent (campagnes, publicité, etc.). Un établissement de santé mentale qui n'est pas capable d'attirer les patients dans un contexte de responsabilité populationnelle laisse des besoins non comblés, ce qui aura par conséquent la détérioration de la santé de la population en question. Plusieurs stratégies peuvent être utilisées pour augmenter l'attraction d'un établissement. Les campagnes d'information par exemple informent sur la maladie et motivent les gens à chercher de l'aide [106]. Pour évaluer l'attraction, on pourrait faire un suivi du volume de patients et vérifier l'existence de campagnes d'éducation et d'initiatives contre la stigmatisation.

2.6.4. La mobilisation

La mobilisation fait référence à la façon dont se réalise le processus de communication avec la population et comment cette population et les différents acteurs sociétaux s'engagent à soutenir l'organisation. Un établissement qui ne parvient pas à mobiliser la communauté peut perdre une opportunité importante d'appui. La mobilisation peut être améliorée à travers des initiatives qui montrent la contribution de l'organisation à la communauté et qui demandent en même temps du soutien. Cette sous-dimension peut être évaluée en vérifiant l'existence et l'importance des donations et la présence de main-d'œuvre bénévole.

2.7. Atteinte des buts

L'atteinte des buts comprend les choix stratégiques faits par l'organisation pour atteindre ses objectifs en termes d'efficacité, d'efficience, de satisfaction et d'équité [86].

2.7.1. Efficacité

L'efficacité fait référence à la capacité d'une organisation de parvenir à ses objectifs. Les objectifs peuvent être définis en termes de résultats de santé, qualité, rapidité, coûts, etc. En santé mentale un hôpital non efficace pourrait mettre en danger la santé de ses patients. Le suivi de protocoles fondés sur des données probantes peut améliorer l'efficacité. Elle peut être mesurée en termes de réadmissions et de nombre de suicides.

2.7.2. Efficience

L'efficience est l'optimisation des différents types de ressources utilisées (financières, humaines, matérielles, etc.) pour parvenir aux objectifs. Un hôpital avec une performance non optimale au sujet de l'efficience pourrait présenter des services sous ou surutilisés. Des initiatives comme l'intégration des services améliorent l'efficience due en partie à l'élimination des duplications d'examen et au fait d'avoir les services à la même place [26]. L'efficience peut être mesurée par exemple à travers l'indicateur de taux d'occupation.

2.7.3. Équité

L'équité en santé est l'absence de disparités systématiques entre les groupes de différents niveaux sous-jacents d'avantages ou de désavantages sociaux [8; 90]. Les évidences suggèrent l'existence d'une relation entre la pauvreté, l'endettement et le faible revenu avec les problèmes de santé mentale [30]. Pour améliorer l'équité, il faut des mesures plus locales pour cibler activement les personnes en besoin à cause que les initiatives plus générales comme la couverture du système sont insuffisantes pour répartir équitablement les services [92]. L'équité d'une organisation peut être évaluée en regardant la possibilité d'accéder à des privilèges par certains usagers et comment ils accèdent.

2.7.4. Satisfaction

La satisfaction est le niveau d'appréciation de la population à l'égard de l'organisation. La satisfaction de patients avec les services de santé est souvent liée à une meilleure adhérence au traitement, à une plus grande utilisation des services et à une perception d'amélioration de la part du patient [83]. Parmi les caractéristiques influençant positivement la perception des services de santé mentale, on trouve l'attitude positive, l'intérêt et la gentillesse du personnel. Quelques facteurs d'insatisfaction sont le manque d'information, la rotation du personnel et les traitements centrés sur les médicaments [93]. Les sondages sont un instrument utilisé très souvent pour connaître le niveau de satisfaction des patients [11] et les rapports de griefs et de réclamations peuvent aider aussi à orienter les politiques pour l'améliorer.

2.8. Maintien des valeurs

Les valeurs d'une organisation font partie de la culture organisationnelle et devraient être un facteur de sens, de signification et de cohésion entre ses membres dans le but d'accomplir leur mission [86].

2.8.1. Consensus sur les valeurs du système

Cette sous-dimension fait référence au système commun de références sous lequel l'organisation fonctionne et l'accord entre les acteurs sur les façons idéales d'opérer [53]. La mésentente sur les valeurs dans l'organisation peut mener à des problèmes en raison de différentes façons d'agir au sujet d'éléments de base dans la prestation des services. La communication semble un élément d'importance pour éviter ce type de conflits. Pour mesurer le consensus sur les valeurs, on pourrait utiliser des sondages et analyser certains types de réactions comportementales comme les grèves ou les manifestations du personnel.

2.8.2. Qualité de vie au travail

La qualité de vie au travail rassemble l'environnement de travail, le climat organisationnel, la satisfaction du personnel et les réactions comportementales [53]. L'environnement de travail et le climat organisationnel sont des caractéristiques qui vont déterminer en grande mesure le degré de satisfaction des employés. L'importance de cela se reflète dans le fait que les conditions de travail dans lesquelles les professionnels doivent travailler quotidiennement sont avec le salaire un facteur fondamental dans la négociation de contrats de travail [75; 87].

Une mauvaise qualité de vie au travail peut causer des effets négatifs comme le stress chronique [80], ou l'épuisement professionnel. Pour améliorer la performance, la motivation, le partage de valeurs et d'autres ingrédients de la culture organisationnelle semblent être d'utilité [88]. Pour mesurer cette sous-dimension, on peut analyser plusieurs indicateurs dans chacune de ses composantes. Pour l'environnement de travail, on pourrait regarder par exemple les conditions d'embauche ou la quantité d'heures supplémentaires. Le taux de rotation du personnel et les conflits peuvent nous donner information par rapport au climat. Des enquêtes sur la collaboration et le leadership peuvent donner éclairer sur le niveau de la satisfaction au travail. Finalement, le taux d'absentéisme et le déclenchement de protestations peuvent nous montrer la magnitude des réactions comportementales.

3. Méthodologie et considérations éthiques

3.1. Stratégie et devis de recherche

Cette étude est une recherche synthétique, vu que le projet vise à examiner l'ensemble de composantes du phénomène complexe de la performance dans deux hôpitaux. Le devis de recherche est une étude de deux cas avec des niveaux d'analyse imbriqués. Les cas sont les deux hôpitaux psychiatriques et les niveaux d'analyse sont les facteurs environnementaux tels que les systèmes de santé et les conditions socioéconomiques des populations, les caractéristiques des hôpitaux comme ses programmes, les différents types de ressources et finalement ses acteurs (personnel clinique, administratif et de soutien).

3.2. Variables et instruments de mesure

L'instrument principal de ce projet est le guide d'entrevue. Il montre les différentes variables du projet et a été construit à partir des quatre dimensions (adaptation, valeurs, buts, production) et plusieurs sous-dimensions du modèle ÉGIPSS. On a ajouté des variables concernant des aspects généraux de la population et des hôpitaux pour mieux comprendre le contexte (voir annexe A). Ces dimensions et sous-dimensions sont les marqueurs utilisés dans le codage des récits des participants et dans la présentation des résultats. La guide a été utilisée durant les entrevues et dans l'analyse des données documentaires en cohérence avec la personne interrogée et les données traitées, laissant de côté les sujets non pertinents. D'ailleurs, une grille d'observation a été construite pour guider la partie observationnelle du projet (voir annexe B). Le tableau de sources de données montre la contribution des différentes sources de données pour chacune des variables et dimensions de la performance (voir annexe C). Finalement, les résultats ont été qualifiés de manière synthétique de « préoccupants » s'ils présentaient surtout des conditions qui nuisaient gravement la performance, « à améliorer » quand il y avait une balance ou des circonstances améliorables sans trop de difficulté et « satisfaisantes » si ses caractéristiques semblaient optimales.

3.3. Échantillonnage

Les deux hôpitaux ont été choisis pour leurs différences de contexte. Malgré cela, ils partagent des similarités comme le nombre de lits et caractère universitaire. Le chercheur provient de la ville de Cali et habite à Montréal, ce qui lui facilite la compréhension de deux cas. L'échantillon des entrevues a été intentionnel, les informateurs clés ont été choisis, idéalement incluant une variété des fonctions dans les différents départements des hôpitaux (voir annexe M). On a demandé à ces personnes de faire partie du projet en leurs expliquant verbalement et avec l'aide des formulaires d'information et consentement à quoi consistait l'étude (voir annexe D). Les informateurs potentiels ont été identifiés avec un membre de l'équipe de l'hôpital avec l'approbation de la direction générale. Toutes les personnes contactées ont accepté de faire partie de l'étude et un rendez-vous a été fixé. Toutes les entrevues ont été faites à des employés et stagiaires avec plus de 3 mois de travail dans l'établissement.

3.4. Collecte des données

Les données ont été recueillies à partir d'entrevues semi-directifs afin d'assurer la liberté et la spontanéité des gens, mais suivant les thématiques du guide d'entrevue. Les entrevues ont été réalisées jusqu'au point de saturation et les informations ont été triangulées entre les participants. Un total de cinquante-quatre entrevues ont été réalisées, vingt-trois à l'Institut Douglas et trente et une à l'HPUV. Les participants étaient des cadres, personnel administratif, personnel de soins, personnel de recherche et personnel de services (voir annexe M). Les entrevues ont été enregistrées avec le consentement de la personne. Les entrevues du volet québécois ont été faites dans le cadre du projet de recherche : « Consolidation des services de première ligne et des soins partagés en santé mentale. Pratiques et innovations. Protocole Programme prend soin de toi – 2011-2014 » [32]. Les données retenues ont été celles qui pouvaient être comparées entre les cas.

En ajout aux informations recueillies dans les entrevues, plusieurs données et documents publics ont été mis à disposition par les établissements. Comme sources de données, on trouve des statistiques, des rapports, des études et les sites internet institutionnels (voir annexe N).

3.5. Analyse des données.

Les enregistrements et les notes des entrevues ont été transcrits dans tous les cas pour procéder postérieurement à la classification de l'information. La classification et l'analyse des données recueillies ont été réalisées avec l'aide d'un logiciel pour le traitement des données qualitatives qui permet le codage, l'annotation, l'exploration et l'analyse de documents [79]. La guide de codage des récits suit les dimensions et sous-dimensions du modèle ÉGIPSS (voir annexe L). Les données en espagnol ont été traduites seulement au moment de rédiger le mémoire.

3.6. Validité de la recherche

Pour accroître la validité interne, on s'est efforcé d'avoir différentes sources et méthodes de collecte. Aussi, la triangulation des données et l'utilisation d'information de sources crédibles ont aidé à augmenter la validité interne de l'étude. Des sources comme la littérature scientifique, les rapports des différents organismes et en cas de défaut ou complément, des entrevues au personnel impliqué ont été utilisées. Aussi, le fait d'avoir eu accès au personnel dans son milieu a permis d'obtenir des données plus fidèles. De plus, à travers un questionnaire semi-structuré pour donner libre parole aux acteurs, la conscience de ne pas influencer les données et la triangulation de participants, on a cherché des résultats produits des participants et non des biais du chercheur. Pour contrer le fait que les données ont été recueillies durant une période de temps relativement courte, on a tenté de suivre l'évolution temporelle de certaines situations pour augmenter la puissance explicative.

L'étude de deux cas en contextes différents et avec plusieurs niveaux d'analyse a permis non seulement d'augmenter la validité interne de la recherche, mais aussi on espère accroître la transférabilité. On a cherché à augmenter la validité externe à travers l'obtention d'une extensive recherche d'information afin obtenir un portrait représentative de la problématique et une bonne description des cas. Même si le sujet est complexe, riche et qu'on peut toujours approfondir sur n'importe qu'elle dimension, grâce à cette extensive recherche de données on est arrivé à un niveau acceptable de saturation de l'information.

3.7. Contributions attendues et limites

Avec cette étude, on espère soutenir le mouvement d'amélioration dans les établissements en faisant progresser la compréhension des facteurs impliqués dans le processus de soin des patients et en identifiant les problèmes auxquels ils font face et la manière dont ils répondent. Ces résultats devraient contribuer à la prise de décision dans les hôpitaux. Aussi, la comparaison du fonctionnement de deux hôpitaux qui doivent faire face à des environnements différents apporte des leçons utiles et peut dévoiler de stratégies novatrices pour faire face aux problèmes communs. Finalement, on attend que cette étude soit d'utilité pour l'évaluation de la performance dans d'autres hôpitaux et pour continuer la recherche dans l'implémentation du modèle ÉGIPSS en santé mentale.

La recherche se limitera à l'évaluation de la performance de deux hôpitaux et à une participation d'une vingtaine de personnes par établissement. En raison de la variété de sujets à traiter et de leur complexité, on se limitera à donner des descriptions suffisantes pour identifier les situations et les comprendre, sachant qu'il est toujours possible d'approfondir n'importe quel sujet et donner beaucoup plus d'information par rapport à leur l'histoire, leurs relations avec autres dimensions du modèle, leurs conséquences, etc.

3.8. Considérations éthiques

Les données recueillies dans le cadre de cette recherche ont été utilisées exclusivement dans ce projet et elles seront exactes et sécurisées. Les autorisations nécessaires pour avoir accès aux lieux, prendre des photos et faire usage des données ont été reçues de la part des responsables. De même, à travers des formulaires de consentement rédigés en français et en espagnol selon le cas, les participants ont consenti à la passation des entrevues.

Le présent projet a été revu et accepté par le Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal, le directeur adjoint scientifique de l'HPUV, le Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal et l'Institut Douglas via le projet de recherche cité plus haut (voir annexes F, G, H et I).

3.9. Confidentialité

Les renseignements fournis par les répondants ne les identifient pas sur une base individuelle et dans les photos ne sont pas présents des patients ou du personnel clinique. De même, les enregistrements ont été seulement écoutés et traités par le chercheur et les transcriptions des entrevues ont été détruites. Les documents consultés ne contenaient pas de données confidentielles.

3.10. Risques et avantages

Ce projet ne pose pas de risques pour les participants. L'avantage de participer au projet sera celui d'avoir un portrait de la performance de son hôpital.

3.11. Diffusion des résultats

Les résultats seront diffusés dans les établissements à travers les personnes qui ont servi comme contact principal. Aussi, on espère publier l'article et présenter les résultats dans des colloques et conférences. Finalement, le mémoire sera disponible pour le grand public à travers « Papyrus » le dépôt institutionnel de l'Université de Montréal, accessible librement sur l'internet.

4. Article : Comparaison de la performance de deux hôpitaux psychiatriques situés l'un en Colombie et l'autre au Québec

4.1. Résumé

Les problèmes de santé mentale représentent un pourcentage important du fardeau de morbidité mondiale. Cela, ajouté aux ressources limitées disponibles pour le fonctionnement des établissements, encourage l'intérêt pour l'évaluation de leur performance. Ce projet propose d'utiliser le modèle ÉGIPSS pour évaluer la performance de deux hôpitaux psychiatriques dans deux systèmes de santé différents, le « *Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle* » (HPUV) situé en Colombie et l'Institut universitaire en santé mentale Douglas au Québec. Le modèle a été choisi en raison de la richesse des dimensions qu'il comprend et son caractère global. Les données ont été recueillies à travers des entrevues et de la documentation disponible dans les établissements. L'analyse des résultats montre que le Douglas a une meilleure performance générale, même tenant compte qu'il se trouve dans un pays à haut revenu avec des standards d'évaluation supérieures. De vingt-et-une sous-dimensions évaluées, l'HPUV a présente six avec un état préoccupante et le Douglas aucune. L'analyse des résultats a aussi servi pour identifier des facteurs de causalité critiques des problèmes de performance, soit l'organisation à l'intérieur des établissements, la communication interne, les plans de santé mentale et la disponibilité des professionnels. La comparaison a permis apprécier l'influence de ces éléments dans les deux contextes.

Mots-clés : Modèle ÉGIPSS, Santé mentale, Performance, Institut Douglas, Hospital Universitario Psiquiátrico del Valle, HPUV, Québec, Montréal, Colombie, Cali

4.2. Introduction

Les maladies mentales représentent environ 13 % du fardeau de morbidité mondiale et comportent une prévalence élevée de troubles concomitants reliés à la santé physique et aux dépendances aux substances psychoactives [102; 104]. Les maladies mentales n'affectent pas seulement la santé individuelle, mais aussi la qualité de vie des malades et la société en général à travers des problématiques comme l'itinérance, l'incarcération, le manque d'opportunités reliées à la stigmatisation de la maladie, la violation des droits des malades et les conséquences économiques pour les malades et leurs familles. Ces problématiques réaffirment l'importance d'optimiser les ressources destinées aux services de santé mentale [28; 89; 102]. Pour cette raison, au sein des organisations de santé mentale, on retrouve des initiatives d'évaluation de la performance, qui vont de tentatives simples avec quelques indicateurs jusqu'à des formules plus intégrales [7; 73; 84]. Un modèle qui permet un niveau d'analyse plus global et qui a été éprouvé avec succès au Québec est le modèle d'évaluation globale et intégrée de la performance du système de la santé (ÉGIPSS) [53; 86].

En utilisant le modèle ÉGIPSS, cet article compare la performance de deux hôpitaux psychiatriques, un situé dans un pays à revenu intermédiaire et l'autre dans un pays à haut revenu, et identifie les principaux facteurs de causalité des résultats. Les hôpitaux évalués sont le « *Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle* » (HPUV) en Colombie et l'Institut Douglas au Québec.

4.3. Contexte des cas

La Colombie est un pays avec une économie à revenu intermédiaire qui dépense 7,6 % de son PIB en santé, qui a un taux de pauvreté de 37,2 %, un taux d'extrême pauvreté de 12,3 %, un taux de chômage de 11,9 % et où la violence est la deuxième cause de mortalité [24; 60; 65; 94]. Le pourcentage de personnes avec un niveau de scolarité équivalent ou supérieur à un baccalauréat est de 11,9 % et le nombre moyen de personnes par ménage est de 3,6 [22; 58]. La pyramide d'âges de la Colombie montre une population principalement jeune [23]. L'HPUV est situé à Cali, la troisième ville en population de la Colombie avec plus de deux millions

d'habitants [22]. Il est le seul hôpital psychiatrique public d'une région qui présente une géographie souvent difficile en raison des hautes montagnes et grandes extensions de jungles.

Le système de santé colombien est mixte (public/privé). Ces assurés se divisent en deux régimes, le contributif et le subventionné. Ces deux régimes ont le droit au même type de soins depuis juillet 2012. Le système est organisé en trois paliers de gouvernance. Le premier palier est l'état, qui coordonne, dirige et contrôle le système. Le deuxième est constitué par les assureurs, qui sont des organismes majoritairement privés qui administrent une prime annuelle fournie par l'état pour chacun des affiliés. Ils sont composés par des entités de promotion de la santé (EPS) et des compagnies d'assurance de risques de travail. Finalement, le troisième palier comprend les établissements prestataires des services de santé.

La Colombie a approuvé en janvier 2013 la couverture de la santé mentale dans le système à travers la loi 1616. Les composantes du plan de santé mentale colombien 2014-2021 sont la promotion, la prévention et l'attention intégrale. Le plan veut répondre principalement à trois problématiques : la violence, les troubles mentaux communs et la toxicomanie [67].

Le Québec se trouve au Canada, un pays avec une économie à haut revenu qui dépense 11,3 % de son PIB en santé [60; 94]. Le Québec a un taux de 9,5 % d'habitants avec un faible revenu, un taux de chômage de 7,9 % et le suicide est une des plus importantes causes de décès [57; 62]. Le pourcentage de personnes avec un niveau de scolarité équivalent ou supérieur à un baccalauréat est de 16,4 % et le nombre moyen de personnes par ménage est de 2,3 [55; 59]. La pyramide d'âges du Québec montre une population principalement adulte avec la portion plus large à la hauteur de cinquante ans [23]. L'Institut Douglas se trouve à Montréal, la plus grande ville du Québec avec une population de presque deux millions d'habitants [100]. La province compte avec multiples centres hospitaliers avec soins en santé mentale, plusieurs d'entre eux à Montréal, avant le 1 avril 2015 [41].

Le système de santé québécois est un système public, où l'état est l'assureur principal et l'administrateur des services. Le système est organisé en trois paliers de gouvernance. Le palier central est constitué par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qui est responsable d'orienter les politiques de santé, le financement et l'évaluation du système au

niveau provincial. Au niveau régional, les Agences de la santé et des services sociaux sont responsables de la mise en place des services dans leur région. Le palier local est constitué par des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux qui regroupent plusieurs partenaires, entre eux les médecins de famille et les organismes communautaires. Chacune des dix-huit régions est subdivisée en territoires et chacun de ces territoires a comme axe central un Centre de santé et de services sociaux responsable d'offrir des services intégrés de santé et d'assurer la prise en charge, l'accessibilité, le suivi et la coordination des services [39].

Le Plan d'action en santé mentale québécois 2005-2010 compte entre ses objectifs la responsabilité populationnelle, le rétablissement de la personne, la continuité entre les ressources, le partenariat entre les dispensateurs de services et les ressources communautaires [69]. Le plan propose une organisation qui donne accès aux services à partir de la première ligne à travers l'accueil psychosocial ou le médecin omnipraticien. Un nouveau plan devrait sortir sous peu.

4.4. Organisation et évaluation de services

L'organisation des services en santé mentale exerce un impact important sur leur efficacité. L'OMS souligne l'existence de trois types de services en santé mentale qui découlent du système général de santé. Ces services sont les services de santé mentale fournis par les soins de santé primaires, les services communautaires et les services institutionnalisés offerts en hôpitaux psychiatriques [101]. L'existence et la disponibilité de ces trois composantes varient entre systèmes [68].

Tenant compte des différences dans la disponibilité des ressources, le modèle équilibré proposé par Thornicroft est un outil pertinent [96]. Ce modèle suggère des paliers des services qui devraient exister selon le niveau de ressources du pays. Ainsi, les pays avec un niveau moyen de ressources devraient offrir des soins primaires appuyés par des spécialistes et des soins dénommés principaux par l'auteur, correspondant aux services communautaires et programmes d'emploi entre autres. Pour les pays avec un haut niveau de revenu, le modèle propose l'ajout des services spécialisés en plus aux services déjà mentionnés plus haut [97].

Une analyse comparative entre trente-quatre pays de l'OCDE possédant des politiques et des plans d'action en santé mentale a permis d'identifier certaines stratégies, programmes et modèles d'intervention communs. Quelques exemples sont les soins partagés, le suivi intensif et l'intégration des services avec la première ligne [95]. Plusieurs d'entre eux sont basés sur les données probantes et leur déploiement vise à l'amélioration de la performance [31; 33].

L'évaluation de la performance est un outil de gestion important pour les établissements de santé mentale. La performance englobe différentes notions, telles que la productivité, la qualité et l'efficacité [15]. Plusieurs modèles ont été proposés dans le but de l'évaluer. Certains d'entre eux, comme le modèle de processus internes, le modèle d'atteinte des buts et le modèle d'acquisition des ressources, se centrent sur différents aspects individuels, tels que le climat organisationnel, les normes et les ressources [13]. Par ailleurs, le modèle ÉGIPSS vise à évaluer les fonctions essentielles d'une organisation de façon intégrée et représente une synthèse de plusieurs approches appuyées sur une démarche opérationnelle [53]. Pour cela il a été retenu pour l'étude.

4.5. Modèle conceptuel

L'ÉGIPSS est un modèle développé par l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM) inspiré de la théorie de l'action sociale de Parsons [76; 86]. Le modèle est composé par quatre dimensions, soit la production, l'adaptation, l'atteinte des buts et le maintien de valeurs, et plusieurs sous-dimensions [76]. La production comprend les différents services et processus de soins avec les moyens d'optimisation pour tirer le maximum de profit des ressources disponibles. L'adaptation englobe les activités de croissance et survie de l'organisation à travers les mesures utilisées pour contrer les menaces et profiter des opportunités sociales, sanitaires, politiques et technologiques de l'environnement. L'atteinte des buts comprend les choix stratégiques faits par l'organisation pour atteindre ses objectifs en termes d'efficacité, d'efficience, de satisfaction et d'équité. Finalement, les valeurs font partie de la culture organisationnelle et devraient être un facteur de sens, de signification et de cohésion entre ses membres [86].

4.6. Méthodes

Stratégie : Ce projet est une recherche synthétique qui vise à examiner la performance dans deux hôpitaux utilisant le modèle ÉGIPSS. Le devis de recherche est une étude de deux cas avec des niveaux d'analyse imbriqués. Les deux cas ont été choisis pour leurs différences de contexte et leur accessibilité.

Échantillonnage : Les données ont été collectées à partir cinquante-quatre entrevues faites entre 2013 et 2014 et divers types de documentation. L'échantillon des entrevues a été intentionnel et les informateurs occupaient une variété de fonctions dans les hôpitaux. La documentation incluait des articles scientifiques, des rapports, les sites internet des organisations et des documents mis à disposition par les établissements. Les données retenues ont été celles qui pouvaient être comparées entre les cas.

Analyse : L'analyse et la classification des données des transcriptions et autres documents ont été réalisées en fonction du modèle conceptuel énoncé à la section précédente avec l'aide d'un logiciel pour l'analyse des données qualitatives [79].

4.7. Résultats

L'analyse de données permet de présenter un bilan général de la performance des différentes dimensions et sous-dimensions du modèle pour les deux hôpitaux. Cette analyse a été performée indépendamment pour chaque cas. Également, on a tenu compte du modèle équilibré de Thornicroft avec le niveau de ressources du pays.

Les résultats sont divisés en quatre tableaux, chacun correspond à une dimension du modèle. Leur contenu fait un parallèle entre les deux cas pour toutes les sous-dimensions. Le tableau V correspond à la production. Ici, on trouve que le de nombre de lits est semblable, sauf que les services sont organisés de façon différente et avec plus grand niveau de spécialisation au Douglas. Même si le taux d'occupation au Douglas est plus haut qu'à l'HPUV, les temps moyens de séjour semblent indiquer que l'HPUV reçoit plus de patients en hospitalisation. À l'HPUV on trouve de défauts importants tels que l'absence de la recherche et le manque de

services complémentaires. On voit aussi que le l'influence des EPS est la cause de plusieurs problèmes de continuité, globalité et accessibilité. Finalement, ce tableau montre qu'un des enjeux primordiaux du Douglas est la modernisation de l'infrastructure physique. Certains des bâtiments qui datent de loin (entre 1889 et 1940), sont considérés vétustes et non adaptés aux nouvelles pratiques.

Tableau V. Résultats pour la dimension de la production

| HPUV | Institut Douglas |
|--|---|
| Volume de services | |
| <ul style="list-style-type: none"> • 204 lits avec un taux d'occupation autour de 90 % et un temps moyen de séjour d'environ 20 jours. • Services organisés par type (ambulatoires, hospitalisation, etc.). • Manque de services pour un pays de moyen revenu selon le modèle de Thornicroft. | <ul style="list-style-type: none"> • 241 lits avec un taux d'occupation autour de 119 % et un temps moyen de séjour d'environ 45 jours. • Services séparés par pathologie et par groupe d'âge. • Variété de services incluant des services spécialisés. |
| Sécurité | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Manque de personnel qui nuit la sécurité. • Quelques programmes pour l'améliorer. | <ul style="list-style-type: none"> • Installations avec problèmes de sécurité. • Plusieurs programmes pour l'améliorer. |
| Pertinence | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Recherche et services complémentaires presque inexistant. • Formations manquent d'encadrement. • Manque de soins à domicile et problèmes dans la livraison des médicaments. | <ul style="list-style-type: none"> • Recherche très présente. • Formations bien encadrées. • Manque de certains types de personnel et installations considérées inadéquates. |
| Exécution compétente | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Problèmes pour accomplir les exigences des accréditations. | <ul style="list-style-type: none"> • Plusieurs stratégies pour accréditer leur compétence. |
| Continuité | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Continuité de gestion affectée négativement par la bureaucratie des EPS. • Continuité relationnelle menacée en raison des suivis faits par des stagiaires et par certaines politiques des EPS. • Équipes et logiciels anciens qui défavorisent la continuité informationnelle. | <ul style="list-style-type: none"> • Patients suivis à travers les différentes étapes des soins (continuité relationnelle et de gestion). • Continuité relationnelle menacée par le roulement du personnel. • Plateformes informatiques actuelles qui favorisent la continuité informationnelle. |

| Humanisme | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Installations physiques adéquates en général. • Quelques ressources destinées aux loisirs et sports sont sous-utilisées. • Manque d'intégration des usagers. | <ul style="list-style-type: none"> • Installations considérées comme vétustés et non adaptées aux nouvelles pratiques. • Variété d'activités de loisir et de sport. • Priorisation à l'intégration des usagers. |
| Globalité | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Offre no globale de services, basée en grande partie sur la demande des EPS. • Manque d'options thérapeutiques par rapport aux médicaments. | <ul style="list-style-type: none"> • Offre de services basés sur les besoins et incorporation du concept de rétablissement. • Variété d'options thérapeutiques biologiques et psychosociales. |
| Accessibilité | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Existence de tickets modérateurs et franchises pour les services et médicaments (accessibilité financière). • Temps moyen d'attente à l'urgence de 12 min (accessibilité temporelle). • Problèmes d'accès pour ceux qui habitent en région (accessibilité géographique). • Les entraves des EPS dans la livraison des médicaments et l'autorisation de traitements nuisent l'accessibilité. | <ul style="list-style-type: none"> • Présence de franchises et coassurances pour les médicaments (accessibilité financière). • Temps d'attente de 3,2 h en moyenne (accessibilité temporelle). • Existence d'autres hôpitaux dans la région. • L'inclusion des pharmaciens dans les réseaux facilité l'accès aux médicaments. |

Le tableau IV résume les résultats pour les sous-dimensions de l'adaptation. Il est notable que l'Institut Douglas a environ dix fois plus de ressources que l'HPUV, et environ cinq fois plus d'employés. Les sous-dimensions d'attraction et mobilisation sont peu développées à l'HPUV, ce qui affecte l'acquisition de ressources. Dans les deux hôpitaux on observe qu'il y a de pénurie de personnel.

Tableau VI. Résultats pour la dimension d'adaptation

| HPUV | Institut Douglas |
|--|---|
| Attraction | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Absence de publicité et présence d'ententes avec les EPS pour recevoir ses affiliés. • Manque des campagnes d'information institutionnelle. • Diminution récente du volume de patients. | <ul style="list-style-type: none"> • Absence de publicité et présence de campagnes de sensibilisation. • Intégration des proches dans le processus de soins. • Augmentation du volume des patients depuis les dernières années. |
| Mobilisation | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Manque de campagnes pour mobiliser la population. • Absence de donations importantes. • Absence de main-d'œuvre bénévole. • Les principaux partenaires de l'hôpital sont des établissements d'éducation. | <ul style="list-style-type: none"> • Plusieurs campagnes de mobilisation. • Les dons sont une partie importante du financement. • Présence importante de bénévoles. • Grand nombre et types de partenaires. |
| Acquisition de ressources | |
| <ul style="list-style-type: none"> • La vente de services aux EPS est la principale source de revenus. • Embauche de personnel régie par un processus public national. • Manque de stratégies pour attirer ou retenir le personnel. • Pénurie de personnel. • Transfert de connaissances avec les établissements d'éducation, mais recherche presque inexistante. • Budget de 13,5 \$ millions CAD approx. • 280 employés approx. | <ul style="list-style-type: none"> • Les subventions de l'Agence de santé et du MSSS sont la principale source de revenus. • Embauche directe dans la plupart des cas. • Offre de plusieurs avantages et privilèges pour retenir et attirer le personnel. • Pénurie de personnel. • Recherche et enseignement très présents. • Budget de 132,5 \$ millions CAD approx. • 1500 employés approx. |
| Adaptation aux besoins de la population | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Manque de services à domicile. • Absence de programmes pour contrer les problématiques propres du cas, comme la violence. | <ul style="list-style-type: none"> • Offre de plusieurs modalités de suivi à domicile. • Variété de programmes pour différentes nécessités. |

Le tableau VII de maintien de valeurs semble montrer un désaccord entre la perception générale de la qualité de l'environnement de travail (basse à HPUV et haute au Douglas) et la rotation du personnel (basse à HPUV et élevée au Douglas). Ceci suggère que le roulement du personnel

est influencé par des facteurs extérieurs aux hôpitaux. Les conflits syndicaux sont un indicateur de problèmes à l'HPUV.

Tableau VII. Résultats pour la dimension du maintien de valeurs

| HPUV | Institut Douglas |
|---|--|
| Consensus sur les valeurs du système | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Différences importantes entre les syndicats, la direction et le personnel. | <ul style="list-style-type: none"> • Accord du personnel avec les valeurs de l'établissement. |
| Environnement de travail | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Les conditions d'embauche sont considérées comme bonnes. • Obligation de faire d'heures supplémentaires, parfois sans paie. • Sentiment de surcharge de travail. • Présence de projets de nouvelles embauches et réorganisation des postes pour réduire les heures supplémentaires. | <ul style="list-style-type: none"> • Les conditions d'embauche sont considérées comme bonnes. • Obligation de faire d'heures supplémentaires pour assurer un minimum de personnel. • Présence de projet de réorganisation des services pour réduire les heures supplémentaires. |
| Climat organisationnel | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Basse rotation du personnel • Conflits entre les syndicats et la direction. | <ul style="list-style-type: none"> • Rotation importante de personnel. • Climat organisationnel bon. |
| Satisfaction au travail | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Bonne collaboration entre collègues. • En général le travail est une source de réalisation et de fierté pour le personnel. • Manque de soutien professionnel pour les cliniciens. • Communication déficiente entre la direction, les syndicats et le personnel est une source d'insatisfaction. • Hiérarchisation nuit aux relations et ne laisse pas de place à la critique dans certains cas. | <ul style="list-style-type: none"> • Bonne collaboration entre collègues. • Majorité de cliniciens sont fiers d'appartenir et d'être membre de leur profession ou discipline. • Sentiment généralisé d'accès aux ressources et soutien nécessaire. • Disponibilité de différents moyens de communication. • Compétence des leaders une des caractéristiques plus appréciées par le personnel. |
| Réactions comportementales | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Absentéisme perçu comme haut dans l'hôpital de façon générale. • Conflits entre les syndicats et la direction déclenchent souvent manifestations dans la rue et affrontements avec la police. | <ul style="list-style-type: none"> • Présence d'un taux d'absentéisme par dessous de la moyenne des établissements du réseau. |

Finalement, le tableau VIII montre que tant l’HUPV que le Douglas présentent une bonne performance au sujet de la prévention du suicide et la satisfaction des patients. Cependant, le cas colombien présente des problèmes au sujet de l’équité par rapport à l’accès aux professionnels. Il est notable qu’à l’HUPV le taux d’occupation a augmenté malgré une diminution du volume de patients en raison de l’augmentation de la moyenne de séjour.

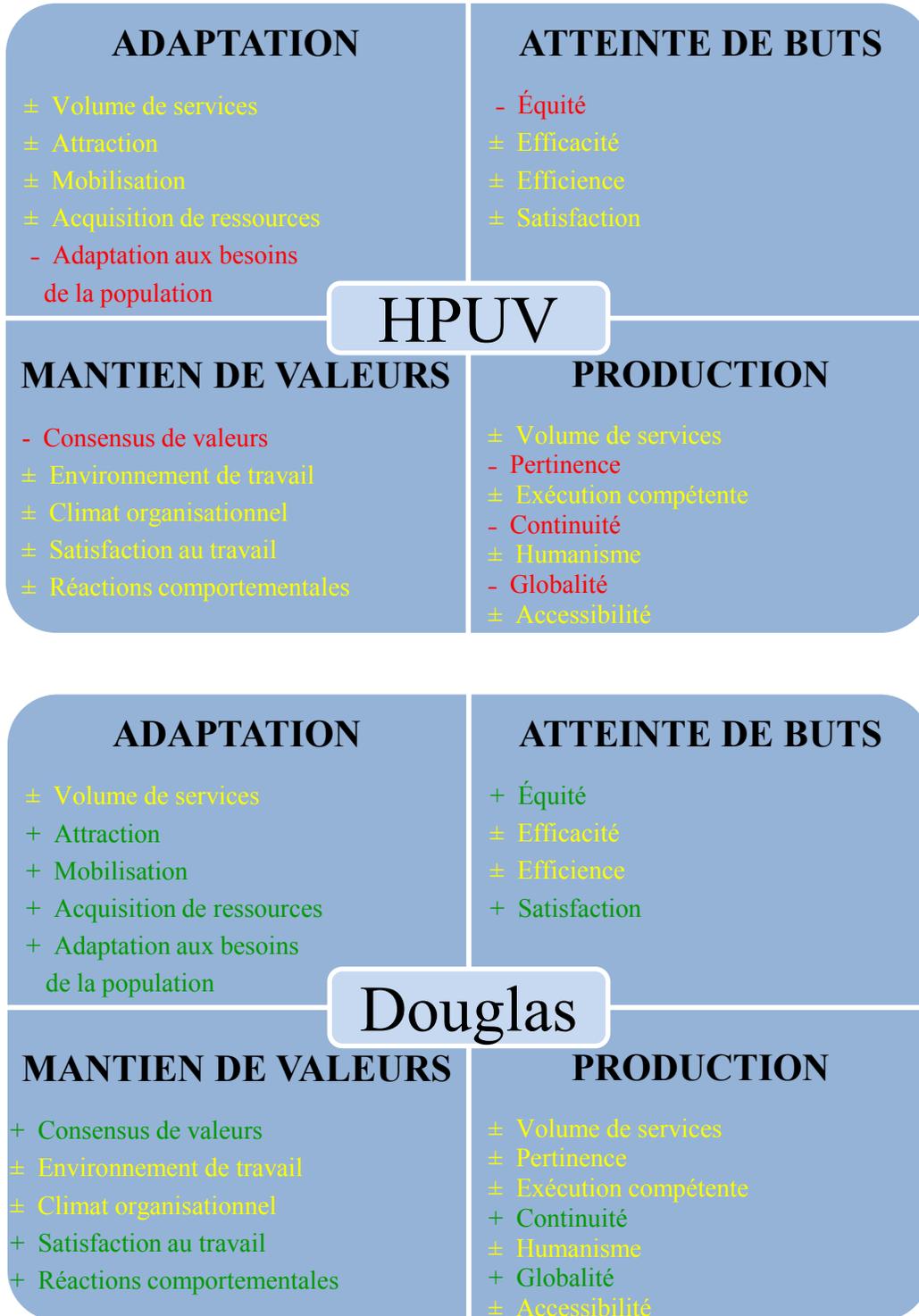
Tableau VIII. Résultats pour la dimension d’atteinte de buts

| HPUV | Institut Douglas |
|--|---|
| Équité | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Patients privés ont accès à plus de commodités. • Seulement les patients privés sont toujours vus par un psychiatre professionnel. | <ul style="list-style-type: none"> • Il ne semble pas avoir des distinctions entre patients. |
| Efficacité | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Patient de retour à hospitalisation après 15 jours n’est pas considéré comme réadmis. • Depuis 2012, taux de réadmissions en hospitalisation ont augmenté légèrement. • Absence de suicides à l’hôpital depuis les dernières années. | <ul style="list-style-type: none"> • Suivi des réadmissions va au-delà de 24 mois de la première hospitalisation. • Les réadmissions ont augmenté légèrement les deux dernières années. • Score de 100 % dans le rapport de performance de l’AQESSS sur la prévention du suicide |
| Efficience | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Tendance d’augmentation de la moyenne de séjour et le pourcentage d’occupation. | <ul style="list-style-type: none"> • Taux d’occupation supérieur à 100 %. |
| Satisfaction des usagers | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Indicateur de satisfaction des usagers positif et proche de l’objectif. | <ul style="list-style-type: none"> • Majorité d’unités montrent des résultats positifs. |

Dans le but de synthétiser les résultats, on a qualifié chacun des indicateurs des sous-dimensions pour après lui attribuer une qualification moyenne. Les indicateurs ont été qualifiés comme étant « satisfaisants » s’ils étaient optimaux, « à améliorer » quand il y avait place à des corrections et « préoccupants » s’ils nuisaient gravement la performance. Dans le cas d’indicateurs quantitatifs, la qualification a été donnée tenant compte de combien ils s’approchaient à l’objectif de l’établissement. Pour les indicateurs qualitatifs, la qualification reflète l’opinion moyenne des participants aux entrevues. La figure 4 montre ces résultats.

Figure 4. Synthèse des résultats par dimensions et par cas

 Préoccupante
  À améliorer
  Satisfaisant



4.8. Discussion

Le modèle ÉGIPSS a permis d'évaluer la performance des deux établissements. Le Douglas a présenté un bilan positif avec onze sous-dimensions possédant un état satisfaisant (attraction, mobilisation, acquisition de ressources, adaptation aux besoins de la population, équité, satisfaction, consensus des valeurs, satisfaction au travail, réactions comportementales, continuité et globalité) et dix à améliorer (volume de services, efficacité, efficience, environnement de travail, climat organisationnel, pertinence, exécution compétente, humanisme et accessibilité). De sa part, l'HPUV a présenté six de ses sous-dimensions dans un état préoccupant (adaptation aux besoins de la population, équité, consensus de valeurs, pertinence, continuité et globalité) et les quinze restants comme étant à améliorer (volume de services, attraction, mobilisation, acquisition de ressources, efficacité, efficience, satisfaction, environnement de travail, climat organisationnel, satisfaction au travail, réactions comportementales, volume de services, exécution compétente, humanisme et accessibilité). Plus concrètement, on aperçoit que la dimension moins performante pour les deux cas est celle de la production. Cela est remarquable en raison que cette dimension correspond aux services offerts à la population. Au Douglas, les principaux problèmes de cette dimension correspondent aux installations perçues comme inadéquates et les temps d'attente prolongés. À l'HPUV, la production est affectée principalement par le manque de services et l'absence de la recherche.

L'identification des sous-dimensions problématiques et des facteurs qui causent ces problèmes permettent de les améliorer. Les facteurs de causalité sont complexes et peuvent découler de l'intérieur de l'établissement ou de l'environnement. Dans ce qui suit, on discutera de quatre facteurs, deux internes et deux externes, qui influencent plus de la moitié des sous-dimensions des deux cas, incluant toutes celles qualifiées comme préoccupantes.

4.8.1. L'organisation à l'intérieur des établissements

L'organisation des établissements concerne les politiques internes et l'établissement des critères pour atteindre les objectifs. Ce facteur influence notamment la mobilisation et la pertinence.

La mobilisation fait référence à la façon dont se réalise le processus de communication avec la population et comment cette population s'engage à soutenir l'organisation [86]. L'engagement peut s'exprimer à travers des dons, du bénévolat ou d'autres formes de collaboration. Dans le cas québécois, plusieurs efforts se font pour mobiliser la communauté, comme les campagnes et les événements pour la récollection des fonds. Au Douglas, les dons sont une source importante de ressources, différents types de dons sont acceptés et plusieurs options de bénévolat sont offertes [45; 51]. Cependant, dans le cas colombien la mobilisation est une opportunité à exploiter. Le manque total d'initiatives de mobilisation se reflète dans la pénurie de dons et l'absence de bénévoles à l'HPUV.

À propos de la pertinence, on trouve une grande différence entre les deux cas en ce qui concerne les formations. Les formations sont un moyen pour acquérir des nouvelles connaissances, rendre les services plus accordés au consensus scientifique actuel et améliorer la qualité [85]. L'HPUV manque d'une politique claire au sujet des formations et elles sont presque exclusivement une initiative des professionnels. Par contre, au Douglas non seulement le personnel est appelé à suivre des formations de la part de l'établissement, mais les professionnels sont obligés de suivre un minimum d'heures par leurs ordres professionnels [72].

4.8.2. La communication interne

Il est important de développer un système de communication interne formelle, coordonnée et disponible pour faciliter la réalisation des objectifs [78]. La communication a des effets importants sur le consensus de valeurs, la satisfaction du personnel et l'exécution compétente dans nos cas.

Au sujet des valeurs et la satisfaction, les différentes manifestations d'opposition entre les syndicats, la direction et les employés de l'HPUV, mettent en évidence le manque d'articulation sur des sujets importants entre les parties prenantes. La cause de différences la plus signalée par le personnel est le manque de communication au niveau institutionnel, qui crée une absence de version officielle et génère de la discorde et de l'insatisfaction dans l'établissement. De sa part, le Douglas a une équipe de communications internes et affaires publiques détenteur de plusieurs prix [48]. Pour communiquer à l'interne, ils s'appuient sur les services électroniques comme le

courriel institutionnel, un bulletin électronique hebdomadaire et l'intranet. La bonne performance du Douglas à ce sujet semble faciliter la connaissance et l'assimilation des valeurs de l'organisation. L'HPUV n'a pas tous les outils dont le Douglas dispose, mais il semble ne pas profiter de ce qu'il possède. Par exemple, la section « nouvelles » de leur site web est rarement mise à jour.

Les problèmes de communication interne dérangent aussi la sous-dimension de l'exécution compétente pour cas colombien. L'HPUV a eu des difficultés avec l'accréditation de l'Organisation internationale de normalisation « ISO 9001:2008 », spécifiquement pour faire participer le personnel à la certification. Il paraît que le manque de communication est une partie du problème, étant donné que plusieurs membres du personnel ne connaissent pas les implications et l'utilité de ce type de processus et que la participation fait partie des principes de cette certification [54]. Le Douglas performe très bien au sujet des initiatives d'amélioration de la qualité [49], en partie grâce à ses efforts au sujet de la communication.

4.8.3. Les plans de santé mentale

Tant la Colombie comme le Québec comptent avec un plan en santé mentale. Ces plans devraient être adaptés au contexte et être cohérents avec le niveau de revenu du pays [96]. Les plans de santé sont un facteur externe qui ont des impacts importants sur les deux établissements à l'étude, notamment au sujet de la globalité, la continuité, l'adaptation aux besoins de la population et l'accès.

À l'HPUV, les problèmes de continuité à cause du transfert de patients dans des cliniques propriétés des EPS, de globalité et d'adaptation aux besoins par la faute du manque de services de réhabilitation et d'hébergement, et d'accès à la suite de l'imposition de barrières d'accès aux soins et médicaments, ont tous une cause commune. Cette cause est la configuration politique du plan colombien, où on trouve que les besoins de certains acteurs sont valorisés et leur pouvoir renforcé, qu'il est peu détaillé et qui ne propose pas une intégration entre les différentes organisations [95]. Les acteurs qui semblent plus favorisés dans la politique colombienne sont ceux du secteur privé, principalement les EPS. Elles ont le pouvoir de décider l'implantation de programmes, vu que le plan ne se centre pas dans la prescription des programmes ou des

interventions. Selon le modèle de Thornicroft, les services de l'HPUV sont insuffisants pour un pays de revenu moyen en raison du manque de soins principaux, tels que le suivi communautaire [97]. Malheureusement ce type de service n'est pas prévu dans le plan 2014-2021 ni est disponible à l'hôpital, même si des expériences passées à l'HPUV et la littérature parlent de sa pertinence [105]. Ces problématiques se reflètent finalement dans les attentes dans la construction d'indicateurs d'efficacité. À l'HPUV, un patient qui est de retour en hospitalisation après 15 jours n'est pas considéré comme réadmis.

Dans le cas québécois, le plan 2005-2010 se centre plutôt sur la prescription des structures, offre une variété de services plus accordés avec le modèle équilibré de Thornicroft et prévoit une intégration des services comme le suggère l'OMS [95; 101]. Malgré cela, le plan a trouvé plusieurs difficultés comme des problèmes de financement et le manque de services en région [70]. D'ailleurs, le nouveau plan prévu pour mai 2014 n'a pas encore été dévoilé [3].

4.8.4. La disponibilité de professionnels

Le manque de disponibilité de ressources humaines est un facteur externe qui affecte la sécurité, la continuité, l'équité et l'environnement de travail dans les deux établissements. Cependant, les conséquences et les raisons de cette pénurie sont différentes pour les deux cas.

Au Douglas, la pénurie répond en partie à un manque de main d'œuvre dans le marché, causé par une réduction dans la flexibilité de retour aux études pour les omnipraticiens, les restrictions pour les médecins étrangers, entre autres [16]. Malgré la tendance des médecins de se spécialiser, le Québec manque aussi de spécialistes. Cette pénurie est aussi attribuée au vieillissement et à la croissance de la population qui d'une part augmente la demande de services, mais aussi fait que les nouveaux diplômés ne suffisent pas pour remplacer les professionnels qui partent à la retraite [18]. À l'Institut Douglas, le manque de professionnels se voit reflété dans leur constante recherche de candidats pour certains postes, comme les infirmiers, les psychologues, les ergothérapeutes et les préposés aux bénéficiaires [46].

En Colombie, même s'il semble exister aussi une pénurie de main-d'œuvre professionnelle, les conditions de travail dans le secteur public sont avantageuses. En conséquence, les places

vacantes sont comblés avec relative facilité. Le manque de personnel dans ce cas répond plutôt à des contraintes économiques.

À l'HPUV, la pénurie de professionnels affecte l'équité à cause des assurances complémentaires qui exigent de l'hôpital de l'attention professionnelle pour ses assurés, limitant le temps des professionnels pour les patients du régime public. De plus, cette situation perturbe la continuité relationnelle des patients non-privés ou sans assurances complémentaires en raison que des stagiaires réalisent une portion importante des activités pour combler le manque de professionnels, mais ils travaillent à l'hôpital pour périodes relativement courtes. Au Douglas la continuité relationnelle affecte tous ses patients sans distinction, à cause d'un taux de roulement qui a été qualifié comme préoccupante [6]. En réponse à cela, le Douglas a développé de programmes pour retenir le personnel [47].

À l'HPUV le manque de personnel affecte aussi la sécurité, vu que l'hôpital s'appuie sur la surveillance et l'action de la part du personnel pour contrôler les patients. Au Douglas des moyens technologiques, comme cartes d'accès, boutons de panic portatifs et bracelets anti fugue facilitent cette tâche.

En dernier, dans les deux cas le manque main d'œuvre nuit l'environnement de travail, à cause des heures supplémentaires que les professionnels ont besoin de faire. Le principal moyen utilisé par les directeurs pour contrer le problème a été la restructuration des postes de travail.

4.9. Conclusions

À travers d'une méthode qui tienne compte des caractéristiques de l'environnement, cette étude a appliqué le modèle ÉGIPSS pour évaluer la performance de deux établissements de santé mentale. L'analyse des résultats a permis d'évaluer individuellement les différentes sous-dimensions et faire un parallèle entre les deux cas. Par la suite, on a identifié et discuté des facteurs de causalité influents.

L'analyse des résultats montre que le Douglas a une meilleure performance générale, même tenant compte qu'il se trouve dans un pays à haut revenu avec des exigences plus élevées selon

Thornicroft. De vingt-et-une sous-dimensions évaluées, l'HPUV a présente six avec un état préoccupant et le Douglas aucune.

La nature des facteurs de causalité montre qu'une partie des recommandations devraient être dirigées aux gouvernements plutôt qu'aux établissements. C'est le cas pour les politiques et plans de santé, importants dans le développement de stratégies et la santé de la population. Même si les établissements ne peuvent pas influencer les facteurs environnementaux, ils peuvent agir sur les facteurs internes. À travers d'initiatives de mobilisation, les établissements peuvent profiter de ressources importantes dans la communauté, comme la main-d'œuvre bénévole et les dons. D'ailleurs, des ressources de communication de facile accès et sans coût, comme plusieurs offerts sur l'internet, peuvent être utilisés pour la favoriser.

Finalement, les initiatives d'évaluation de la performance permettent avoir un bilan de l'état de l'organisation. Grâce aux initiatives propres et du gouvernement pour évaluer la performance, le Douglas est conscient de sa position. Cependant, ces initiatives sont moins présentes dans le cas colombien. Cette situation se reflète dans les résultats des deux établissements.

La complexité et l'importance des établissements de santé mentale font de l'évaluation de leur performance un sujet d'actualité. On envisage des études futures qui explorent d'autres établissements de santé mentale en utilisant le modèle ÉGIPSS. On a montré comment la richesse de ses dimensions facilite une analyse qui se traduit dans des explications multifactorielles. La comparaison de cas a permis d'apprécier l'influence des facteurs explicatifs dans des contextes différents. Dans plusieurs circonstances elle a donné des possibles solutions aux problématiques signalées.

5. Références

- [1] Adair, C. E., Simpson, E., Casebeer, A. L., Birdsell, J. M., Hayden, K. A., et Lewis, S. (2006). "Performance measurement in healthcare: part II--state of the science findings by stage of the performance measurement process." *Healthcare policy = Politiques de santé*, 2(1), 56-78.
- [2] Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. (2014). "Engagés vers l'excellence." Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, Trois-Rivières.
- [3] Amélie, D.-B. (2014). "Santé mentale: une priorité oubliée." <http://www.ledevoir.com/societe/sante/416331/sante-mentale-une-priorite-oubliee>
Récupérée en février 2015
- [4] Anonymous. (1997). "Balancing hospital productivity, health care utilization and medical expenditures." *Health Care Strategic Management*, 15(3), 12 pages.
- [5] Arocena, P., et García-Prado, A. (2007). "Accounting for quality in the measurement of hospital performance: evidence from Costa Rica." *HEC Health Economics*, 16(7), 667-685.
- [6] Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. (2012). "Rapport d'évaluation globale et intégrée de la performance." AQESSS, Montréal.
- [7] Australian Institute of Health and Welfare. (2012). "Key Performance Indicators for Australian Public Mental Health Services." <https://mhsa.aihw.gov.au/indicators/nkpi/>
Récupérée en février 2015
- [8] Braveman, P., et Gruskin, S. (2003). "Defining equity in health." *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(4), 254-258.
- [9] Cabana, M. D., et Jee, S. H. (2004). "Does continuity of care improve patient outcomes?" *The Journal of Family Practice*, 53(12), 974-1053.
- [10] Canada, S. (2004). "Ligne directrice de l'ICHNote de bas de page 1 E6: Les bonnes pratiques cliniques: directives consolidées." <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/applic-demande/guide-ld/ich/efficac/e6-fra.php>
Récupérée en février 2015
- [11] Capital Health. (2009). "Mental health services satisfaction survey results 2009." Capital Health, Halifax, Nouvelle-Écosse.
- [12] CEPE - Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion. (2011). "Taux de faible revenu d'après la Mesure du panier de consommation (MPC), pour les personnes et les personnes dans des unités familiales, selon l'âge, le sexe et le type d'unité familiale, Québec, 2000-2009" <http://www.cepe.gouv.qc.ca/statistiques/faible-revenu.asp>
Récupérée en 13 avril 2012
- [13] Champagne, F., et Contandriopoulos, A.-P. "Santé et citoyenneté : les expériences du Brésil et du Québec." Presses de l'Université de Montréal, [Montréal].
- [14] Champagne, F., Contandriopoulos, A. P., et et cols. (2014). "Modèle ÉGIPSS - Déterminants et conséquences des sous-dimensions de la performance (Document de travail)." Université de Montréal, Montréal.
- [15] Champagne, F., et Groupe de recherche sur l'informatisation de la, s. (2005). "Un cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes de services de santé : le modèle

- EGIPSS : résumé." Définition de la performance des systèmes de services de santé, Conseil de la santé et du bien-être, Québec.
- [16] Chan, B. T. (2002). "From perceived surplus to perceived shortage: What happened to Canada's physician workforce in the 1990s?", Canadian Institute for Health Information - Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, Ontario.
- [17] Commissaire à la santé et au bien-être du Québec. (2012). "Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012 ", Gouvernement du Québec, Québec.
- [18] Commission nationale. (2011). "Le vieillissement de la main-d'œuvre et l'avenir de la retraite : Des enjeux pour tous un effort de chacun." Gouvernement du Québec, Québec.
- [19] Commonwealth of Australia. (2009). "Fourth National Mental Health Plan – An agenda for collaborative government action in mental health 2009-2014." Australia.
- [20] Conférence internationale pour la promotion de la santé. (1995). "Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : Une conférence internationale pour la promotion de la santé." <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/index-fra.php> Récupérée en février 2015
- [21] D'Errigo, P. S. F., Rosato, S. M. V., Badoni, G. F. D., et Perucci, C. A. (2008). "Comparison between an empirically derived model and the EuroSCORE system in the evaluation of hospital performance: the example of the Italian CABG Outcome Project." *European journal of cardio-thoracic surgery : official journal of the European Association for Cardio-thoracic Surgery*, 33(3), 325-33.
- [22] DANE. (2005). "Censo general 2005, Perfil de Colombia [en espagnol]." http://www.dane.gov.co/files/censo2005/PERFIL_PDF_CG2005/00000T7T000.PDF Récupérée en avril 2012
- [23] DANE Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2005). "Censo general 2005, Perfil de Colombia." http://www.dane.gov.co/files/censo2005/PERFIL_PDF_CG2005/00000T7T000.PDF Récupérée en 13 avril 2012
- [24] DANE Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2012). "Tasa de desempleo." http://www.dane.gov.co/#twoj_fragment1-4 Récupérée en 13 avril 2012
- [25] Department of Health. (1999). "A national service framework for mental health." National Health Service, England.
- [26] Dudley, L., et Garner, P. (2010). "Strategies for integrating primary health services in low- and middle-income countries at the point of delivery." Cochrane Database of Systematic Reviews, John Wiley & Sons, Ltd.
- [27] Encyclopedia of Mental Disorders. (2007). "Vocational rehabilitation." <http://www.minddisorders.com/> Récupérée en février 2015
- [28] Erickson, C. D. (2012). "Using systems of care to reduce incarceration of youth with serious mental illness." *American journal of community psychology*, 49(3-4), 3-4.
- [29] Farand, L., Champagne, F., Contandriopoulos, A. P., Denis, J. L., et Arthur, A. (2001). "Évaluation de la réforme du dispositif de soins au Pavillon Albert-Prevost." Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Montréal, Québec.
- [30] Fitch, C., Hamilton, S., Bassett, P., et Davey, R. (2011). "The relationship between personal debt and mental health: A systematic review." *Mental Health Review Journal*, 16(4), 153-166.

- [31] Fleury, M.-J., et Grenier, G. (2012). "État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux." Centre de recherche Institut Douglas, Montréal.
- [32] Fleury, M. J., Aubé, D., Vallée, C., Farand, L., et Tremblay, J. (2014). "Consolidation des services de première ligne et des soins partagés en santé mentale. Pratiques et innovations. Protocole Programme Prends soin de toi – 2011-2014." Montréal.
- [33] Fleury, M. J., Latimer, E., et Vallée, C. (2010). "La réforme en santé mentale - Des services plus accessibles et continus pour tous?" *Le point en Administration de la santé*, 6(1), 33-49.
- [34] Garcia-Lacalle, J., et Martin, E. (2010). "Rural vs urban hospital performance in a 'competitive' public health service." *Social Science & Medicine*, 71(6), 1131-1140.
- [35] García-Lizana, F., et Muñoz-Mayorga, I. (2010). "What about telepsychiatry? A systematic review." *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 12(2), 12 pages.
- [36] Gebhardt, S., Wolak, A. M., et Huber, M. T. (2013). "Patient satisfaction and clinical parameters in psychiatric inpatients-the prevailing role of symptom severity and pharmacologic disturbances." *Comprehensive Psychiatry*, 54(1), 53-60.
- [37] Gobernación del Valle del Cauca. (2012). "Plan de Desarrollo 2012 - 2015 [en espagnol]." Gobernación del Valle del Cauca, Cali.
- [38] González-Sánchez, B., López-Valeiras-Sampedro, E., et Gómez-Conde, J. (2009). "La evaluación del rendimiento en los hospitales públicos españoles: una primera aproximación." *Revista Iberoamericana de Contabilidad de Gestión*, 0-11.
- [39] Gouvernement du Québec. (2008). "Le système de santé et de services sociaux au Québec. en bref." La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Québec.
- [40] Gouvernement du Québec. (2011). "Orientations relatives à l'organisation de services offerts à la clientèle par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS." La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Québec.
- [41] Gouvernement du Québec. (2013). "Portail Santé Montréal." <http://www.santemontreal.qc.ca/en/search-for-an-address/keywords/?motcle=1397> Récupérée en décembre 2013
- [42] Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., et Deeks, J. J. (2005). "Schizophrenia and suicide: Systematic review of risk factors." *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 187(), 9-20.
- [43] Health Canada. (2001). "Accountability and Performance, Indicators for Mental Health Services and Support." Health Canada, Ottawa.
- [44] Hwang, W., Laclair, M., Derk, J., et Paz, H. (2014). "Hospital patient safety grades may misrepresent hospital performance." *J. Hosp. Med. Journal of Hospital Medicine*, 9(2), 111-115.
- [45] Institut universitaire en santé mentale Douglas. (2013). "Bénévolat et Auxiliaires." <http://www.douglas.qc.ca/section/benevolat-85> Récupérée en décembre 2013
- [46] Institut universitaire en santé mentale Douglas. (2013). "Carrières." <http://www.douglas.qc.ca/section/carrieres-22> Récupérée en janvier 2014
- [47] Institut universitaire en santé mentale Douglas. (2013). "L'Institut Douglas certifié Entreprise en santé." <http://www.douglas.qc.ca/news/1191> Récupérée en février 2014

- [48] Institut universitaire en santé mentale Douglas. (2013). "Le Douglas remporte le Prix de la communication interne 2013 décerné par l'AQESSS." <http://www.douglas.qc.ca/news/1193> Récupérée en mars 2014
- [49] Institut universitaire en santé mentale Douglas. (2013). "Qui sommes-nous?" <http://www.douglas.qc.ca/section/qui-sommes-nous-345> Récupérée en janvier 2014
- [50] Institut universitaire en santé mentale Douglas. (2013). "Soins." <http://www.douglas.qc.ca/section/les-soins-au-douglas-140> Récupérée en janvier 2014
- [51] Institut universitaire en santé mentale Douglas. (2013). "Types de dons." <https://www.fondationdouglas.qc.ca/page/types-de-dons> Récupérée en décembre 2013
- [52] Institute for Health Metrics and Evaluation. (2013). "GBD 2010 leading causes and risks by region heat map" <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd-2010-leading-causes-and-risks-region-heat-map> Récupérée en Février 2013
- [53] IRSPUM, et AQESSS. (2011). "Rapport technique - Évaluation de la performance des CSSS." Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal, Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, Montréal, Québec.
- [54] ISO. (2015). "ISO 9000 - Quality management." http://www.iso.org/iso/iso_9000 Récupérée en février 2015
- [55] ISQ. (2010). "Le Québec chiffres en main – Édition 2012." <http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/referenc/qcmfr.htm> Récupérée en mai 2012
- [56] ISQ Institut de la statistique du Québec. (2009). "Pyramide des âges, Québec, 1er juillet 2008." http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/struc_popltpyram.htm Récupérée en 1 mai 2012
- [57] ISQ Institut de la statistique du Québec. (2010). "Chômage, taux de chômage (désaisonnalisés), Québec." http://www.stat.gouv.qc.ca/princ_indic/tchomag.htm Récupérée en 13 avril 2012
- [58] ISQ Institut de la statistique du Québec. (2010). "Le Québec chiffres en main – Édition 2012." <http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/referenc/qcmfr.htm> Récupérée en 1 mai 2012
- [59] ISQ Institut de la statistique du Québec. (2010). "Plus haut niveau de scolarité atteint pour la population de 15 ans et plus, régions administratives et ensemble du Québec, 2006." http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/education/etat_scolr/tab3_niv_sco_2006.htm Récupérée en 1 mai 2012
- [60] La Banque mondiale. (2012). "Dépenses en santé, publiques (% du total des dépenses en santé) " <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.XPD.PUBL/countries> Récupérée en juillet 2012
- [61] Lamontagne, M. E., Swaine, B. R., Lavoie, A., Champagne, F., et Marcotte, A. C. (2010). "Consensus group sessions: A useful method to reconcile stakeholders' perspectives about network performance evaluation." *International Journal of Integrated Care*, 10(), 11 pages.
- [62] Légaré, G., Gagné, M., et St-Laurent, D. (2013). "La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2010." INSPQ, Québec.
- [63] Malone, D., Marriott, S., Newton-Howes, G., Simmonds, S., et Tyrer, P. (2007). "Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and

- disordered personality." Cochrane Database of Systematic Reviews, John Wiley & Sons, Ltd.
- [64] McPake, B., Yepes, F. J., Lake, S., et Sanchez, L. H. (2003). "Is the Colombian health system reform improving the performance of public hospitals in Bogotá?" *Health Policy and Planning*, 18(2), 182-194.
- [65] MESEP. (2011). "Cifras de pobreza, pobreza extrema y desigualdad 2009 [en espagnol]." Misión para el empalme de las series de empleo, pobreza y desigualdad, Bogotá, Colombie.
- [66] Ministère du Travail de l'Emploi et de la Santé. (2012). "Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015." Ministère chargé de la Santé, Paris.
- [67] Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). (2014). "Plan nacional de salud mental 2014-2021." Gobierno de Colombia, Bogotá.
- [68] Morris, J., Saxena, S., Lora, A., et McBain, R. (2012). "Global mental health resources and services: A WHO survey of 184 countries." *Public Health Rev. Public Health Reviews*, 34(2).
- [69] MSSS. (2006). "Plan d'action en santé mentale 2005-2010 La force des liens(résumé)." Gouvernement du Québec, Québec.
- [70] MSSS. (2012). "Évaluation de l'implantation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 La force des liens." Gouvernement du Québec, Québec.
- [71] O'Connell, M. E., Boat, T. F., et Warner, K. E. (2009). "Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people progress and possibilities." National Academies Press, Washington, D.C.
- [72] OIIQ. (2012). "Mesure de transition pour l'implantation de la norme de formation continue." Récupérée en février 2014
- [73] Ontario Shores - Center for Mental Health Sciences. (2014). "Mental Health and Addictions Quality Initiative." http://www.ontarioshores.ca/about_us/our_performance/mental_health_and_addictions_quality_initiative/ Récupérée en octobre 2014
- [74] Ouadahi, Y., Fleury, M. J., et Grenier, G. (2002). "Portrait du réseau des services de santé et des services sociaux du Québec (Document de travail)." Hôpital Douglas, Montréal.
- [75] Pallarito, K. (1993). "Working conditions now contract issue." *Modern Healthcare*, 23(25), 12 pages.
- [76] Parsons, T. (1977). *Social systems and the evolution of action theory*, Free Press, New York.
- [77] Presidencia de la República de Colombia. (2013). "Manual SOAT [en espagnol]." Bogotá.
- [78] Proctor, T., et Doukakis, I. (2003). "Change management: the role of internal communication and employee development." *Corporate Communications: An International Journal*, 8(4), 268-277.
- [79] Provalis Research. (2009). "QDA Miner - Qualitative Data Analysis Software User's Guide." Montréal.
- [80] Rabin, S., Shorer, Y., Nadav, M., Guez, J., Hertzanu, M., et Shiber, A. (2011). "Burnout among general hospital mental health professionals and the salutogenic approach." *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 48(3), 175-255.

- [81] RAMQ. (2012). "Tarification des visites." Régie de l'assurance maladie du Québec.
- [82] Rotharmel, M., Poirier, M. F., Kazour, F., Bleher, S., Gastal, D., Lazareth, S., Lebain, P., Olari, M., Oukebdane, R., Rengade, C. E., Themines, J., Abbar, M., Dollfus, S., Gassiot, A., Haouzir, S., Januel, D., Millet, B., Olie, J. P., Stamatiadis, L., Terra, J. L., Champion, D., Levacon, G., et Guillin, O., Abstracts of the 20th European Congress of Psychiatry (2012). "P-1300 - Influence of the psychotics'environnement as regards their aggressive behavior." *European Psychiatry*, 27(Suppl 1), 1.
- [83] Ruggeri, M., Salvi, G., Perwanger, V., Phelan, M., Pellegrini, N., et Parabiaghi, A. (2006). "Satisfaction with community and hospital-based emergency services amongst severely mentally ill service users." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(4), 302-309.
- [84] Sandoval, C., Couris, C., et Leeb, K. (2012). "New mental health indicators provide a snapshot on performance of the mental health system in Canada." *Healthcare quarterly (Toronto, Ont.)*, 15(2), 14-6.
- [85] Santé Canada. (2011). "Stratégie en matière de ressources humaines en santé (SRHS)." <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/index-fra.php> Récupérée en février 2015
- [86] Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A., Barnsley, J., Beland, F., Leggat, S., Denis, J., Bilodeau, H., Langley, A., Bremond, M., et Baker, G. (1998). "A conceptual framework for the analysis of health care organizations performance." *Health Services Management Research*, 11(1), 24-41.
- [87] Singh, P., et Loncar, N. (2010). "Pay satisfaction, job satisfaction and turnover intent." *Relations Industrielles*, 65(3), 470-490.
- [88] Siourouni, E., Niakas, D., Kastanioti, C. K., et Tziallas, D. (2012). "Health care provider's organizational culture profile: A literature review." *Health Science Journal*, 6(2), 212-233.
- [89] Smith, T. E., et Sederer, L. I. (2009). "A new kind of homelessness for individuals with serious mental illness? The need for a "mental health home"." *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 60(4), 528-33.
- [90] Starfield, B. (2001). "Improving equity in health: A research agenda." *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 31(3), 545-610.
- [91] Statistique Canada. (2013). <http://www.statcan.gc.ca> Récupérée en Decembre 2013
- [92] Steele, L. S., Glazier, R. H., et Lin, E. (2006). "Inequity in mental health care under Canadian universal health coverage." *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 57(3), 317-340.
- [93] Svensson, B., et Hansson, L. (2006). "Satisfaction with mental health services. A user participation approach." *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(5), 365-371.
- [94] The World Bank. (2011). "Country Groups." <http://econ.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/DATASTATISTICS/0,,contentMDK:20421402~menuPK:64133156~pagePK:64133150~piPK:64133175~theSitePK:239419,0.html> Récupérée en Octobre 2014
- [95] Thiebaut, G. C., Farand, L., et Fleury, M. J. (2014). "Politiques et plans d'action en sante mentale dans l'OCDE : lecons pour le Quebec?" *Santé mentale au Québec.*, 39(1), 65-84.
- [96] Thornicroft, G., et Tansella, M. (2004). "Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. Overview of systematic evidence." *The British journal of psychiatry.*, 185, 283-290.

- [97] Thornicroft, G., et Tansella, M. (2013). "The balanced care model: The case for both hospital- and community-based mental healthcare." *Br. J. Psychiatry British Journal of Psychiatry*, 202(4), 246-248.
- [98] Tousignant, M., Pouliot, L., Routhier, D., Vrakas, G., McGirr, A., et Turecki, G. (2011). "Suicide, schizophrenia, and schizoid-type psychosis: Role of life events and childhood factors." *Suicide & Life-threatening Behavior*, 41(1), 66-78.
- [99] Townsend, C., Whiteford, H., Baingana, F., Gulbinat, W., Jenkins, R., Baba, A., Lieh Mak, F., Manderscheid, R., Mayeya, J., Minoletti, A., Mubbashar, M. H., Khandelwal, S., Schilder, K., Tomov, T., et Parameshvara Deva, M. (2004). "The mental health policy template: Domains and elements for mental health policy formulation." *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, 16(1-2), 18-23.
- [100] Ville de Montréal. (2011). "Montréal en statistiques." <http://ville.montreal.qc.ca/> Récupérée en Février 2015
- [101] WHO. (2003). "Organisation of Services for Mental Health." World Health Organisation, Geneva.
- [102] WHO. (2011). "Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level (Report by the secretariat)." World Health Organisation, Geneva.
- [103] WHO, et WONCA. (2008). "Integrating Mental Health Into Primary Care." Geneva.
- [104] WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. (2000). "Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders." *Bulletin of the World Health Organization*, 78, 413-426.
- [105] Wiley-Exley, E. (2007). "Evaluations of community mental health care in low- and middle-income countries: A 10-year review of the literature." *Social Science & Medicine*, 64(6), 1231-1241.
- [106] Wu, C. Y., Liu, S. I., Chang, S. S., et Sun, F. J. (2014). "Surveys of medical seeking preference, mental health literacy, and attitudes toward mental illness in Taiwan, 1990-2000." *Journal of the Formosan Medical Association*, 113(1), 33-41.

6. Annexes

Annexe A : Guide d'entrevue

1. Général

a. Hôpital

- i. Localisation de l'hôpital
- ii. Hôpital similaire plus proche
- iii. Listes de prix des traitements, hospitalisations et urgences.

b. Population

- i. Profil de la population desservi (Espérance de vie, données socioéconomiques)
- ii. Profil des patients
- iii. Données sur la stigmatisation

2. Adaptation

a. Attraction

- i. D'où viennent les patients (remisions?)
- ii. S'ils arrivent par eux-mêmes, comment le font (campagnes, publicité)
- iii. Programmes pour inclure la famille
- iv. Rôle de la famille dans le traitement
- v. Mesures pour contrer la stigmatisation dans la population
- vi. Nombre de patients servis par année

b. Mobilisation

- i. Campagnes de sensibilisation (lesquelles)
- ii. Population ciblée par les campagnes
- iii. Dons reçus et qui sont les donateurs
- iv. Bénévolat?
- v. Engagement et partenariats avec d'autres universités ou établissements

c. Acquisition de ressources

- i. D'où viennent les ressources de l'hôpital? (modalité : fixe, par activités)
- ii. D'où vient le personnel? (Profil)
- iii. Modalités de paiement des patients
- iv. Heures travaillées par semaine et heures supplémentaires des différents professionnels
- v. Pénurie?
- vi. Proportion personnel-patients (différents types de personnel)
- vii. Rétention d'employés (données, mesures pour les retenir)
- viii. Comment fait l'organisation pour acquérir les nouvelles connaissances? (ressource intellectuelle intangible - la recherche, la formation continue, les échanges)
- ix. Coûts de fonctionnement par personne (totales, administratifs, cliniques, etc.)

d. Adaptation aux besoins de la population

- i. Taux d'hospitalisations (Changements à travers le temps? Pourquoi? Nouveaux services, manque de ressources?)
- ii. Services offerts dans l'hôpital
- iii. Services offerts à domicile
- iv. Efforts de désinstitutionnalisation des soins (données, résultats?)

3. Production

a. Volume des services

- i. Visites aux services d'urgences et autres services et programmes.
- ii. Nombre de patients à domicile

b. Productivité

- i. Taux d'occupation (hospitalisation)
- ii. Proportion d'heures des infirmiers stagiaires en fonction des heures totales de l'infirmière.

c. Accessibilité

- i. Temps d'attente (listes, salle d'attente, civière, spécialistes)
- ii. Satisfaction des usagers (accessibilité)
- iii. Stabilité du personnel auprès des patients (Il y a une personne qui accompagne toujours au patient à travers son cheminement? – continuité relationnelle)
- iv. L'argent est souvent un obstacle d'accès aux services?
- v. Autres obstacles?

d. Continuité et coordination

- i. Visites à domicile et RV après d'être déchargé ou stabilisé
- ii. Perception des patients (continuité)
- iii. Continuité de l'information (vous recevez la bonne information et d'une bonne façon ? Vous la transmettez d'une bonne façon ?)
- iv. Type d'organisation (silos – programmes?)

e. Globalité

- i. Avez-vous des suggestions pour améliorer la situation des patients ? Par exemple : loisirs, médicaments, les thérapies, intégration de la famille, etc. (Dédire coordination et globalité)

f. Humanisme

- i. Environnement physique (photos)
- ii. % de séjour >48 heures en civière
- iii. Activités de loisir et d'animation
- iv. % de chambres privées

- v. Perception des patients (confort, simplicité, satisfaction, etc.)
- vi. Implication des patients et leur famille dans la prise de décision

g. Justesse (pertinence)

- i. Quelles choses se font fait pour que les services aux patients répondent mieux au l'consensus scientifique actuel?
- ii. Vous avez des suggestions pour améliorer les soins aux patients?
- iii. Pourquoi il ne se fait pas comme ça?

h. Exécution compétente

- i. Gestion de la qualité : Est-elle évaluée? Est-elle mesurée? Il y a-t-il des programmes pour l'améliorer?
- ii. Comment, pourquoi?

i. Sécurité

- i. Évènements indésirables (statistiques)
- ii. Mesures pour contrer ces évènements (barrières physiques, mesures chimiques, capacitation)

4. Valeurs

a. Environnement de travail

- i. Heures supplémentaires (charge de travail)
- ii. Régularité de lieu d'emploi
- iii. Heures de formation (payé? Choses à améliorer dans les formations?)

b. Climat organisationnel

- i. Taux de rotation du personnel (professionnel et administratif)
- ii. Manifestations syndicales
- iii. Impressions personnelles

c. Satisfaction au travail

- i. Quelles activités sont menées en collaboration avec d'autres professionnels ou des services?
Il s'agit d'une collaboration naturelle, spontanée ou fait partie d'un programme d'hôpital? Satisfaction à l'égard de la réalisation
- ii. Satisfaction à l'égard de l'implication
- iii. Satisfaction à l'égard du soutien
- iv. Satisfaction à l'égard de la collaboration
- v. Satisfaction à l'égard de la communication
- vi. Satisfaction à l'égard du leadership

d. Réactions comportementales

- i. Absentéisme
- ii. Consensus sur les valeurs du système

5. Buts

a. Équité

- i. Différences entre sous-populations

b. Efficacité

- i. Des programmes et interventions
- ii. Taux de suicide par 100000 habitants (ajusté par l'âge)
- iii. Taux de réadmission (causes)

c. Efficience

- i. Taux d'occupation des lits
- ii. Moyenne de la durée des hospitalisations (contrôlé par réadmissions)

d. Satisfaction

- i. Satisfaction de la population (impressions du personnel – représentants des patients - données)

Annexe B : Grille d'observation

| | |
|----------------------------------|--|
| ESPACES COMMUNS | Couloirs, Patios, parcs et cours |
| | Accueils |
| | Cafeterias |
| ESPACES POUR LES PATIENTS | Habitations |
| | Habitations et Salles de bain |
| | Patios (à l'usage exclusif des patients) |
| | Aires de repos |
| ESPACES CLINIQUES | Poste d'infirmiers |
| | Urgences |
| | Consultation externe |
| | Bureaux des médecins |
| | Salles de thérapie |
| ESPACES ADMINISTRATIFS | Bureaux |
| | Archives |
| | Caisse |
| AUTRES | Extérieur de l'hôpital |
| | Dispositifs de surveillance |
| | Murs |
| | Fenêtres |
| | Autres éléments d'intérêt |

Annexe C : Tableau de sources de données

| SOURCES DE DONNÉES | | | | |
|--|---|----------------------|---|---------------------|
| SOUS-DIMENSIONS | ENTREVUES SEMI-STRUCTURÉES | ANALYSE DOCUMENTAIRE | BASES DE DONNÉES | INSPECTION VISUELLE |
| <i>Général</i> | | | | |
| <i>HÔPITAL</i> | 1.a.i. 1.a.ii. | 1.a.iii. | | V |
| <i>POPULATION</i> | 1.b.i. 1.b.ii. 1.b.iii. | 1.b.iii. | 1.b.i. 1.b.ii. | |
| <i>ADAPTATION</i> | | | | |
| <i>ATTRACTION</i> | 2.a.i. 2.a.ii. 2.a.iii. 2.a.v. | 2.a.iii. 2.a.v. | 2.a.i. 2.a.iii. | 2.a.v. |
| <i>MOBILISATION</i> | 2.b.i. 2.b.ii. 2.b.iii. 2.b.v. | 2.b.i. 2.b.ii. | 2.b.i. 2.b.ii. 2.b.v. 2.b.vi. | 2.b.i. 2.b.ii. |
| <i>ACQUISITION DE RESSOURCES</i> | 2.c.i. 2.c.ii. 2.c.iii. 2.c.iv. 2.c.v. 2.c.vi. 2.c.vii. 2.c.viii. 2.c.ix. | 2.c.iii. | 2.c.iii. 2.c.iv. 2.c.v. 2.c.vi. 2.c.vii. 2.c.ix. | 2.c.ii. |
| <i>ADAPTATION AUX BESOINS DE LA POPULATION</i> | 2.d.i. 2.d.ii. 2.d.iii. | 2.d.ii. 2.d.iii. | 2.d.i. 2.d.ii. 2.d.iv. | 2.d.ii. |

| | | | |
|-----------------------------------|-------------------|----------|------------------------|
| | 2.d.iv. | | |
| | VALEURS | | |
| ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL | 3.a.i. | | 3.a.i. |
| | 3.a.ii. | | 3.a.ii. |
| | 3.a.iii. | | 3.a.iii. |
| CLIMAT ORGANISATIONNEL | 3.b.i. | | 3.b.i. 3.b.ii. |
| | 3.b.ii. | | |
| | 3.b.iii. | | |
| SATISFACTION AU TRAVAIL | 3.c.i. | 3.c.i. | |
| | 3.c.ii. | | |
| | 3.c.iii. | | |
| | 3.c.iv. | | |
| | 3.c.v. | | |
| | 3.c.vi. | | |
| RÉACTIONS COMPORTEMENTALES | 3.d.i. | | 3.d.i. |
| | | | |
| | PRODUCTION | | |
| VOLUME DES SERVICES | 4.a.i. | | 4.a.i. |
| | 4.a.ii. | | 4.a.ii. |
| PRODUCTIVITÉ | 4.b.i. | | 4.b.i. |
| | 4.b.ii. | | 4.b.ii. |
| ACCESSIBILITÉ | 4.c.i. | | 4.c.i. |
| | 4.c.ii. | | 4.c.ii. |
| | 4.c.iii. | | 4.c.iii. |
| | 4.c.iv. | | 4.c.iv. |
| | 4.c.v. | | 4.c.v. |
| CONTINUITÉ ET COORDINATION | 4.d.i. | 4.d.iv. | 4.d.i. |
| | 4.d.ii. | | 4.d.ii. |
| | 4.d.iii. | | |
| | 4.d.iv. | | |
| GLOBALITÉ | 4.e.i. | 4.e.i. | |
| HUMANISME | 4.f.i. | 4.f.iii. | 4.f.ii. 4.f.i. |
| | 4.f.iii. | 4.f.iv. | 4.f.iii. 4.f.iii. |
| | 4.f.iv. | | 4.f.v. 4.f.iv. |

| | | | | |
|----------------------------------|-------------|---------|----------|---------|
| | 4.f.v. | | | |
| | 4.f.vi. | | | |
| JUSTESSE (PERTINENCE) | 4.g.i. | 4.g.i. | | 4.g.i. |
| | 4.g.ii. | | | |
| SÉCURITÉ | 4.i.i. | | 4.i.i. | 4.i.ii. |
| | 4.i.ii. | | | |
| | BUTS | | | |
| ÉQUITÉ | 5.a.i. | 5.a.i. | | 5.a.i. |
| EFFICACITÉ | 5.b.i. | 5.b.ii. | 5.b.i. | |
| | 5.b.iii. | | 5.b.ii. | |
| | | | 5.b.iii. | |
| EFFICIENCE | 5.c.i. | | 5.c.i. | |
| | 5.c.ii. | | 5.c.ii. | |
| SATISFACTION | 5.d.ii. | | 5.d.ii. | |

Annexe D : Formulaire d'information et de consentement

Formulaire d'information et de consentement

Renseignements généraux

La santé mentale est un sujet d'importance et d'actualité. Au niveau mondial, les maladies mentales non traitées constituent 13% du fardeau de maladies. Les impacts économiques et sociaux des maladies mentales sont très variés et affectent tant les patients que la société en général et plus particulièrement les individus ayant un faible revenu. Cette recherche vise à décrire différents aspects de la vie et fonctionnement des deux hôpitaux pour ensuite les comparer, donner un bilan des constats les plus importants et apporter des idées dans la littérature pour améliorer la performance de ces deux milieux. Le projet se déroulera dans deux hôpitaux psychiatriques universitaires, l'un situé au Canada dans la ville de Montréal et l'autre en Colombie dans la ville de Cali. Les deux hôpitaux étudiés ont les mêmes objectifs toutefois, les ressources et l'environnement dans lequel ils opèrent sont différents.

Plus spécifiquement, les objectifs de la recherche sont :

1. Comparer la performance de deux réseaux de santé mentale (un à Montréal et un à Cali, Colombie).
 - a. Modéliser les deux réseaux de santé mentale (structure, processus, résultats).
 - b. Apprécier leur performance respective.
 - c. Comparer leur performance en tenant compte des facteurs contextuels.
2. Utiliser les résultats précédents et la littérature scientifique pour proposer des pistes de solutions pour améliorer la performance des deux réseaux.

Description du projet de recherche

Ce projet vise à travers une série d'observations, entrevues et le recueil d'autres données disponibles faire une évaluation de divers aspects de la performance de deux réseaux de pris en charge de patients souffrants de troubles mentaux sévères et persistants. Les entrevues seront réalisées auprès d'informateurs clés dans le but de recueillir les données concernant les particularités de chacun de réseaux de prise en charge. Postérieurement, on procédera à l'identification des caractéristiques clés de ces dimensions et dégagera les particularités trouvées.

Nature, durée et conditions de la participation

Ce projet de recherche est basé sur des informations fournies par le personnel clinique, administratif et de soutien des deux établissements étudiés. On espère entretenir environ 20 personnes dans chaque établissement. Ils seront invités à une entrevue semi-structurée d'une durée de 45 minutes approximativement. Dans l'entrevue se discutera votre rôle au sein de

Ce projet a été évalué par le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES)

l'établissement et vos impressions par rapport à la vie et fonctionnement de l'hôpital. Par exemple, des sujets tels que l'environnement et la sécurité au travail ainsi que des suggestions d'amélioration seront abordés. On espère aussi recevoir des données quantitatives de la part du personnel administratif. L'entrevue sera enregistrée afin de faciliter le traitement de l'information.

Risques et inconvénients

Ce projet ne comporte pas de risques. Le seul inconvénient est lié au temps que vous consacrez à l'entrevue.

Avantages et bénéfices

Aucun bénéfice personnel n'est associé à votre participation à ce projet de recherche.

Compensation

Aucune compensation ne vous sera offerte.

Diffusion des résultats

Une copie du travail final vous sera remise en format électronique. Les résultats généraux seront aussi disponibles en langue espagnole. Si vous désirez recevoir une copie de ce travail, nous vous invitons à nous communiquer votre adresse courriel dans l'espace destiné à cet effet ci-dessous.

Protection de la confidentialité

Les renseignements fournis ne vous identifieront pas sur une base individuelle. De même, votre nom sera remplacé par un code qui ne sera connu que par le chercheur. Le projet comprendra du matériel photographique dans le but de montrer les installations physiques des deux hôpitaux. Aucun individu ne figurera sur les photos. L'ordinateur de l'étudiant chercheur sera protégé par un mot de passe. Toutes les données et tout autre matériel seront gardés en format électronique pour une période de sept ans à l'Université de Montréal au 7077 av. du Parc à Montréal.

Droit de retrait

Vous pouvez vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison. Vous avez simplement à aviser la personne-ressource de l'équipe de recherche et ce, par simple avis verbal.

Responsabilité de l'équipe de recherche

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

Personnes-ressources

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques du projet de recherche ou si vous voulez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter Mauricio Londoño, étudiant de maîtrise du Département d'administration de la santé de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal au téléphone _____ ou à l'adresse électronique :

Pour toute information d'ordre éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le coordonnateur Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) par courriel : _____ ou par téléphone au _____.

Pour plus d'information sur vos droits comme participants, vous pouvez consulter le portail des participants de l'Université de Montréal à l'adresse suivante : <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone _____ ou à l'adresse courriel _____. L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.

Consentement

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer sans aucune conséquence.

Prénom et nom du participant

(caractère d'imprimerie)

Signature du participant

Date :

Consentement du chercheur

J'ai expliqué au participant à la recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Prénom et nom du chercheur

(caractère d'imprimerie)

Signature du chercheur

Date :

Formulario de información y consentimiento

Información General

La salud mental es un tema de importancia y actualidad. A nivel mundial, las enfermedades mentales no tratadas constituyen el 13% de la carga de morbilidad. El impacto económico y social de la enfermedad mental es variado y afecta tanto a los pacientes como a la sociedad en general y en especial las personas con bajos ingresos. Esta investigación tiene como objetivo describir los diferentes aspectos de la vida y el funcionamiento de los dos hospitales para luego compararlos, dar una visión general de los hallazgos más importantes y aportar ideas de la literatura para mejorar el rendimiento de estos dos entornos. El proyecto se llevará a cabo en dos hospitales psiquiátricos universitarios, uno ubicado en Canadá en la ciudad de Montreal y el otro en Colombia en la ciudad de Cali. Los dos hospitales estudiados tienen los mismos objetivos, sin embargo, los recursos y el medio ambiente en el que operan son diferentes.

Más específicamente, los objetivos de la investigación son:

1. Comparar el desempeño de las dos redes de salud mental (una en Montreal y la otra en Cali).
 - a. Modelar las dos redes de salud mental (estructura, procesos y resultados).
 - b. Apreciar el desempeño respectivo de cada red.
 - c. Comparar el desempeño teniendo en cuenta los factores contextuales.
2. Utilizar los resultados precedentes y la literatura científica para proponer pistas para el mejoramiento del desempeño en ambas redes.

Descripción del Proyecto

Este proyecto pretende a través de una serie de observaciones y la recolección de otros tipos de datos disponible, realizar una evaluación de diferentes aspectos del rendimiento de dos redes de atención a pacientes con trastornos mentales graves y persistentes. Las entrevistas serán realizadas a informadores claves con el objetivo de recolectar datos concernientes a las particularidades de cada una de las redes de atención. Posteriormente, se procederá a la identificación de las características de cada dimensión y se divulgarán las peculiaridades encontradas.

Naturaleza, duración y condiciones de la participación

El presente proyecto de investigación se basa en información suministrada por empleados clínicos y administrativos de las dos instituciones estudiadas. Se busca contactar a aproximadamente 20 personas en cada institución. Estas serán invitadas a una entrevista semi-estructurada de una duración de 45 minutos, en la cual se discutirán sus funciones dentro del

hospital y sus apreciaciones del funcionamiento y la vida en el hospital. Por ejemplo, la satisfacción en el trabajo, el ambiente laboral, la seguridad y sugerencias para mejorar la atención. Al personal administrativo se le podrán solicitar además datos cuantitativos en caso de estar disponibles. La entrevista será grabada con el objetivo de facilitar el procesamiento de la información.

Riesgos e Inconvenientes

Este proyecto no presenta riesgos. El único inconveniente es el tiempo que usted le dedicaría.

Ventajas y Beneficios

Ningún beneficio personal está asociado a su participación en este proyecto.

Compensación

Ninguna compensación será ofrecida.

Difusión de los Resultados

Una copia del trabajo final en formato electrónico le será enviada en caso de interés. Los resultados generales estarán disponibles en español.

Si usted desea recibir esta información, lo invitamos a incluir su dirección electrónica aquí:

Protección de la Confidencialidad

Las informaciones dadas por usted no lo identificarán individualmente. Igualmente, su nombre será reemplazado por un código el cual sólo será conocido por el investigador. El proyecto incluirá material fotográfico con el objetivo de mostrar las instalaciones físicas de los dos hospitales. En las fotos aparecerá ningún individuo. El computador del estudiante investigador está protegido por una contraseña. Las grabaciones sólo serán escuchadas y procesadas por el investigador mismo y serán almacenadas por un periodo de siete años en las instalaciones de la Universidad de Montreal en la dirección 7077 av. Du Parc en Montreal.

Derecho de Desistimiento

Cualquier participante podrá retirarse del presente estudio en todo momento sin necesidad de explicar su decisión. Simplemente se deberá avisar al investigador de forma verbal.

Responsabilidad del Equipo de Investigación

Aceptando a participar en este estudio el participante no renuncia a ninguno de sus derechos ni libera a los investigadores, patrocinador o al establecimiento de sus responsabilidades civiles y profesionales.

Contactos

En caso de preguntas sobre los aspectos científicos del proyecto o si desea retirarse del mismo, contactar a Mauricio Londoño Castaño, estudiante de maestría del Departamento de Administración en Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad de Montreal al teléfono al correo electrónico:

Para toda información de orden ético concerniente a las condiciones en las cuales se desarrolla la participación en este proyecto, contactar al coordinador del Comité de Ética de la Investigación en Salud (CERES) por correo electrónico: o por teléfono al o en Cali al .

Para mayor información sobre los derechos de los participantes, consultar el portal de los participantes de la Universidad de Montreal en la dirección: <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Toda queja relativa a la participación en esta investigación puede ser dirigida a la defensoría del pueblo de la Universidad de Montreal al teléfono o al correo electrónico . La defensoría del pueblo acepta llamadas por cobrar. Las quejas deben ser realizadas en inglés o francés entre las 9 AM y las 5 PM.

Consentimiento

La participación en este estudio es voluntaria. El participante es entonces libre de aceptar o desistir de participar sin que esto conlleve ninguna consecuencia.

Nombre y apellido del participante

(letra imprenta)

Firma del participante

Fecha :

Consentimiento del investigador

He explicado al participante los términos del presente formulario de información y consentimiento y sus preguntas fueron contestadas.

Nombre y apellido del investigador

(letra imprenta)

Firma del investigador

Fecha :

Annexe E : Lettres d'invitation aux possibles participants

Montréal, le 9 juillet 2013

Madame/Monsieur,

Je suis étudiant de maîtrise à l'Université de Montréal où actuellement je mène un projet de recherche intitulé «Fonctionnement de deux réseaux de pris en charge de patients souffrants de troubles mentaux sévères et persistants » dans lequel je vous invite à participer.

La participation consiste en une entrevue semi-structurée d'une durée maximale de 45 minutes, qui vise à recueillir des informations pour faire une évaluation des différents aspects de la performance du réseau des soins psychiatriques et effectuer ultérieurement une comparaison avec un réseau canadien. L'interview sera menée par moi-même.

Les informations recueillies seront confidentielles et la participation complètement volontaire.

En cas d'intérêt, veuillez-vous me contacter directement. Mes coordonnées sont à la fin de cette lettre.

Merci beaucoup pour votre attention et j'espère avoir la chance de vous rencontrer bientôt.

Mauricio Londoño Castaño

Téléphone :

Courriel :

Cali, Julio 9 de 2013

Señora/Señor

Soy estudiante de maestría de la Universidad de Montreal y presentemente realizo un proyecto de investigación titulado: “Funcionamiento de dos redes de atención a pacientes con trastornos mentales graves y persistentes” en el cual le invito a participar.

La participación consiste en una entrevista semi-estructurada con una duración de máximo 45 minutos, donde se pretende recoger información que permita realizar una evaluación de diferentes aspectos del rendimiento de la red de atención psiquiátrica y efectuar una comparación posterior con una red Canadiense. La entrevista será realizada por mí mismo.

La información obtenida será confidencial y la participación en esta es completamente voluntaria.

En caso de interés, por favor contáctese conmigo directamente. Mis datos de contacto están al final de esta carta.

Muchas gracias por su atención y espero tener el gusto de saber de usted próximamente.

Mauricio Londoño Castaño

Teléfono:

Correo electrónico:

**Annexe F : Lettre d'acceptation Département
d'administration de la santé**

Le 4 avril 2013

Monsieur Guillaume Paré
Conseiller en éthique de la recherche
Vice-décanat à la recherche et aux études supérieures
Faculté de médecine

Objet : Mémoire « *Fonctionnement de deux réseaux de prise en charge de patients souffrant de troubles mentaux sévères et persistants* »
Étudiant : **Mauricio Londoño Castaño**
Code permanent : LONM25027800

Monsieur Paré,

Par la présente, je désire vous informer qu'un sous-comité du programme de maîtrise a examiné le protocole de recherche présenté par M. Mauricio Londoño Castaño pour son mémoire.

Les membres du comité ont accepté le protocole et estimé qu'il est conforme aux exigences scientifiques et qu'il rencontre les exigences au plan de l'éthique.

Restant à votre disposition pour toute information supplémentaire, je vous prie d'agréer Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Régis Blais, Ph.D.
Directeur

RB/nr

Annexe G : Autorisation du directeur adjoint de l'HPUV



HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
UNIVERSITARIO DEL VALLE
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 890.304.155-8

SC-E-25- -13

Santiago de Cali, Mayo 29 de 2013

El Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle autoriza al señor Mauricio Londoño Castaño para a realizar su Proyecto "Funcionamiento de dos redes de atención a pacientes con trastornos mentales graves y persistentes". Al igual que a efectuar entrevistas a funcionarios de la parte clínica, administrativa y de soporte de la institución.

Atentamente:

~~CARLOS ALBERTO MIRANDA BASTIDAS~~
Subgerente científico

Elaboró: Luz Marina Grizales García

Annexe H : Certificat CERES



N^o de certificat
13-052-CERES-P

Comité d'éthique de la recherche en santé

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES), selon les procédures en vigueur, en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal.

| Projet | |
|--------------------------------|---|
| Titre du projet | Fonctionnement de deux réseaux de prise en charge de patients souffrants de troubles mentaux sévères et persistants |
| Étudiant requérant | Maurício Londono, Candidat à la maîtrise en administration de la santé, Département administration de la santé |
| Sous la direction de | Lambert Farand, professeur agrégé, Département d'administration de la santé, Université de Montréal & François Champagne, professeur titulaire, Département d'administration de la santé, Université de Montréal. |
| Financement | |
| Organisme | Non financé |
| Programme | |
| Titre de l'octroi si différent | |
| Numéro d'octroi | |
| Chercheur principal | |
| No de compte | |

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CERES qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CERES

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CERES.

Dominique Langelier, présidente
Comité d'éthique de la recherche en santé
Université de Montréal

16 juillet 2013
Date de délivrance

1er juillet 2014
Date de fin de validité

adresse postale
C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7

3744 Jean-Brillant
4^e étage, bur. 430-11
Montréal QC H3T 1P1

Téléphone :

Annexe I : Lettre CERES



Comité d'éthique de la recherche en santé

16 juillet 2013

Objet: Approbation éthique - «Fonctionnement de deux réseaux de prise en charge de patients souffrants de troubles mentaux sévères et persistants »

M. Mauricio Londono & M. Lambert Farand

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) a étudié le projet de recherche susmentionné et a délivré le certificat d'éthique demandé suite à la satisfaction des exigences précédemment émises. Vous trouverez ci-joint une copie numérisée de votre certificat; copie également envoyée à votre directeur/directrice de recherche et à la technicienne en gestion de dossiers étudiants (TGDE) de votre département.

Notez qu'il y apparaît une mention relative à un suivi annuel et que le certificat comporte une date de fin de validité. En effet, afin de répondre aux exigences éthiques en vigueur au Canada et à l'Université de Montréal, nous devons exercer un suivi annuel auprès des chercheurs et étudiants-chercheurs.

De manière à rendre ce processus le plus simple possible et afin d'en tirer pour tous le plus grand profit, nous avons élaboré un court questionnaire qui vous permettra à la fois de satisfaire aux exigences du suivi et de nous faire part de vos commentaires et de vos besoins en matière d'éthique en cours de recherche. Ce questionnaire de suivi devra être rempli annuellement jusqu'à la fin du projet et pourra nous être retourné par courriel. La validité de l'approbation éthique est conditionnelle à ce suivi. Sur réception du dernier rapport de suivi en fin de projet, votre dossier sera clos.

Il est entendu que cela ne modifie en rien l'obligation pour le chercheur, tel qu'indiqué sur le certificat d'éthique, de signaler au CERES tout incident grave dès qu'il survient ou de lui faire part de tout changement anticipé au protocole de recherche.

Nous vous prions d'agréer, messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs,

Dominique Langelier, présidente
Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES)
Université de Montréal

/gp
c.c. Gestion des certificats, BRDV
Lambert Farand, professeur agrégé, Département d'administration de la santé
François Champagne, professeur titulaire, Département d'administration de la santé
p.j. Certificat #13-052-CERES-P

adresse postale
C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7

3744 Jean-Brillant
4e étage, bur. 430-11
Montréal QC H3T 1P1

Téléphone :

Annexe J : Composantes relevantes en santé mentale selon le niveau de ressources du pays [96].

BAS NIVEAU DE RESSOURCES

A

À : soins primaires appuyés par des spécialistes.

- Dépistage et évaluation par le personnel de soins primaires.
- Traitements par la parole y compris le counseling et l'orientation.
- Le traitement pharmacologique
- Liaison et formation avec des spécialistes lorsqu'ils sont disponibles pour:
- La formation.
- La consultation pour les cas complexes.
- Évaluation et traitement hospitalier pour les cas qui ne peuvent pas être gérés en première ligne, par exemple dans les hôpitaux généraux.

MOYEN NIVEAU DE RESSOURCES

A+B

B : soins principaux en santé mentale.

- Consultation externe.
- Équipes communautaires de santé mentale.
- Soins ambulatoires aigus.
- Soins résidentiels communautaires à long terme.
- Emploi.

HAUT NIVEAU DE RESSOURCES

C : services de santé mentale spécialisés.

Cliniques spécialisées pour les troubles spécifiques ou groupes de patients, y compris:

- Troubles de l'alimentation.
- Double diagnostic.
- Troubles affectifs résistant au traitement.
- Services aux adolescents.

Équipes de santé mentale communautaires spécialisés, y compris:

- Équipes d'intervention précoce.
- Équipes communautaires de traitement.

Alternatives à l'hospitalisation aiguë, y compris:

- Équipes de résolutions de crise et traitement à domicile.
- Maisons de répit et crise.

Différent types de soins communautaires résidentiels de longue durée, y compris:

- Logements avec services permanents (24/24).
- Logements avec services d'intensité moyenne.
- Logement indépendant.

Sélection de formes d'occupation et de réadaptation professionnelle:

- Ateliers protégés.
- Stages supervisés.
- Régimes de travail coopératif.
- Groupes d'entraide et d'usagers.
- Programmes d'emploi de transition.
- Réadaptation professionnelle
- Placement individuel et service de soutien.

Annexe K : Les alignements du modèle

1. Alignement stratégique (adaptation – atteinte des buts) : « *Cette dimension de la performance évalue la compatibilité de la mise en œuvre des moyens (l'adaptation) en fonction des finalités organisationnelles (les buts); [ainsi que] la pertinence des buts étant donné l'environnement et la recherche d'une plus grande adaptation organisationnelle.* » [15].
2. Alignement allocatif (adaptation – production) : « *Cette dimension de la performance évalue la justesse d'allocation des moyens (l'adaptation); [et] comment les mécanismes d'adaptation demeurent-ils compatibles avec les impératifs et les résultats de la production.* » [15].
3. Alignement tactique (atteinte des buts – production) : « *Cette dimension de la performance évalue la capacité des mécanismes de contrôle découlant du choix des buts organisationnels à gouverner le système de production; [et] comment les impératifs et les résultats de la production viennent modifier le choix des buts de l'organisation. On s'interroge alors sur la pertinence des buts.* » [15].
4. Alignement opérationnel (maintien des valeurs – production) : Cette dimension de la performance évalue « *la capacité des mécanismes de génération des valeurs et du climat organisationnel à mobiliser positivement (ou négativement) le système, [ainsi que] l'impact des impératifs et des résultats de la production sur le climat et les valeurs organisationnels.* » [15].
5. Alignement légitimatif (maintien des valeurs – atteinte des buts) : Cette dimension de la performance évalue « *la capacité des mécanismes de génération des valeurs et du climat organisationnel à contribuer à l'atteinte des buts organisationnels; [et] comment le choix et la poursuite des buts de l'organisation viennent modifier et renforcer (ou miner) les valeurs et le climat organisationnel.* » [15].
6. Alignement contextuel (maintien des valeurs – adaptation) : Cette dimension de la performance évalue « *la capacité des mécanismes de génération des valeurs et du climat organisationnel à mobiliser positivement le système d'adaptation; [et] comment les impératifs et les résultats de l'adaptation viennent modifier et renforcer (ou miner) les valeurs et le climat organisationnel.* » [15].

Annexe L : Liste de codes par catégorie (QDA Miner)

| CATÉGORIE | CODE |
|-------------------|---|
| ADAPTATION | Attraction |
| | Mobilisation |
| | Acquisition de ressources |
| VALEURS | Adaptation aux besoins de la population |
| | Environnement de travail |
| | Climat organisationnel |
| | Satisfaction au travail |
| | Réactions comportementales |
| PRODUCTION | Consensus sur les valeurs du système |
| | Volume des services |
| | Productivité |
| | Accessibilité |
| | Continuité et coordination |
| | Globalité |
| | Humanisme |
| | Justesse (pertinence) |
| | Exécution compétente |
| | Sécurité |
| BUTS | Équité |
| | Efficacité |
| | Efficience |
| GÉNÉRAL | Satisfaction |
| | Général |

Annexe M : Caractéristiques des répondants

| TYPE DE RÉPONDANT | NOMBRE DE RÉPONDANTS | |
|--|----------------------|----------|
| | Cali | Montréal |
| CADRE | 2 | 4 |
| ADMINISTRATIF | 10 | 7 |
| SOINS (PROFESSIONNELS, TECHNICIENS ET STAGIAIRES) | 15 | 5 |
| RECHERCHE | - | 3 |
| SERVICES | 4 | 4 |
| TOTAL | 31 | 23 |

Annexe N : Type de documents consultés par cas

| TYPE | CALI | MONTRÉAL |
|---|------|----------|
| STATISTIQUES INTERNES | X | X |
| ÉTUDES FAITES PAR L'ÉTABLISSEMENT | | X |
| ÉTUDES EXTERNES | X | X |
| ÉTUDES PRÉLIMINAIRES FAITES PAR L'ÉTABLISSEMENT | | X |
| ÉTUDES PRÉLIMINAIRES EXTERNES | | X |
| RAPPORTS INTERNES | X | X |
| LOIS | X | X |
| PORTEFEUILLE DE SERVICES | X | X |
| DONNÉES D'ORGANISMES GOUVERNEMENTAUX | X | X |
| SITE INTERNET INSTITUTIONNEL | X | X |
| BLOGS INSTITUTIONNELS | | X |
| INTRANET | | X |
| PUBLICATIONS INSTITUTIONNELLES | | X |
| JOURNAUX | X | X |
| RÉSEAUX SOCIAUX | | X |
| AFFICHES | | X |
| VIDÉOS (YOUTUBE) | | X |

Annexe O : Caractéristiques socio-économiques

Comparaisons socio-économiques

| DONNÉS SOCIO-ÉCONOMIQUES | COLOMBIE | CANADA - QUÉBEC |
|--|---|---|
| % DE DÉPENSES PUBLIQUES EN SANTÉ | 72,7% (2010) [60] | 70,5% au Canada (2010) [60] |
| % DU PIB DÉPENSÉ EN SANTÉ | 7,6% [60] | Le Canada dépense 11,3% [60] |
| PAUVRETÉ ET CHÔMAGE | Taux de pauvreté de 37,2 % et d'extrême pauvreté 12,3 % (2010) [65] avec un taux de chômage de 11,9 % (février 2012) [24] | Taux de faible revenu au Québec d'après la Mesure du panier de consommation de 9,5 % (2009) [12] et taux de chômage de 7,9 % (mars 2012) [57] |
| PRIX OFFICIEL D'UNE CONSULTATION AVEC UN PSYCHIATRE | \$ 14,91 CAD [77] | \$ 69,30 CAD au Québec [81] |
| % PERSONNES AVEC UN NIVEAU DE SCOLARITÉ ÉQUIVALENT OU SUPÉRIEUR À UN BACCALAURÉAT | 11,9 % (2005) [58]. | 16,4 % au Québec (2006) [59] |
| NOMBRE MOYEN DE PERSONNES PAR MÉNAGE | 3,9 (2005) [22] | 2,3 au Québec (2006) [55] |
| SANTÉ MENTALE DANS LE SYSTÈME DE SÉCURITÉ SOCIAL | Depuis 2013 (loi 1616) | Comprise dans la réforme Castonguay-Nepveu à la politique de santé mentale québécoise de 1970-1989 |

Portrait général du département du « *Valle del Cauca* » [37]

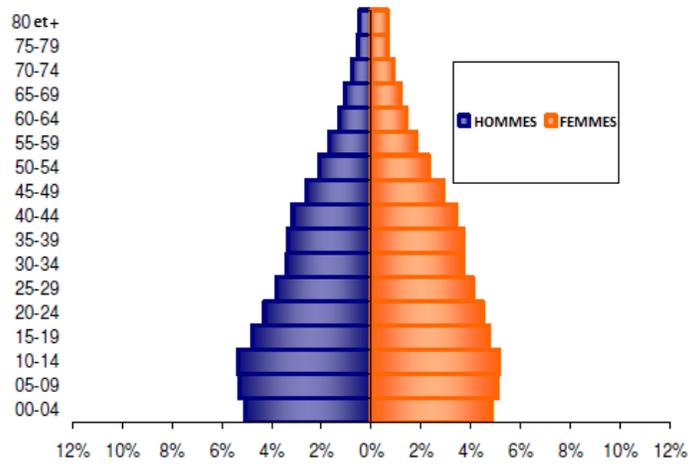
| CARACTÉRISTIQUE | VALEUR |
|--|--|
| SUPERFICIE | 21 140 Km ² |
| % DU PAYS EN TERRITOIRE | 1,95 % |
| PROJECTION DE LA POPULATION N 2012 | 4 474 369 habitants |
| % D'HABITANTS EN CENTRES URBAINS | 87,2 % |
| ESPÉRANCE DE VIE | 71 ans environ |
| TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE | 15 par 1000 nés vivants en 2010 |
| CAUSES PLUS FRÉQUENTES DE DÉCÈS INFANTILE | Pneumonie, méningite, diarrhée, dénutrition et infections respiratoires aiguës |
| PRINCIPALE CAUSE DE DÉCÈS DANS LA POPULATION GÉNÉRALE | Mort violente et infarctus aigu du myocarde avec 11,9 % chacune |

Portrait général du Québec [91]

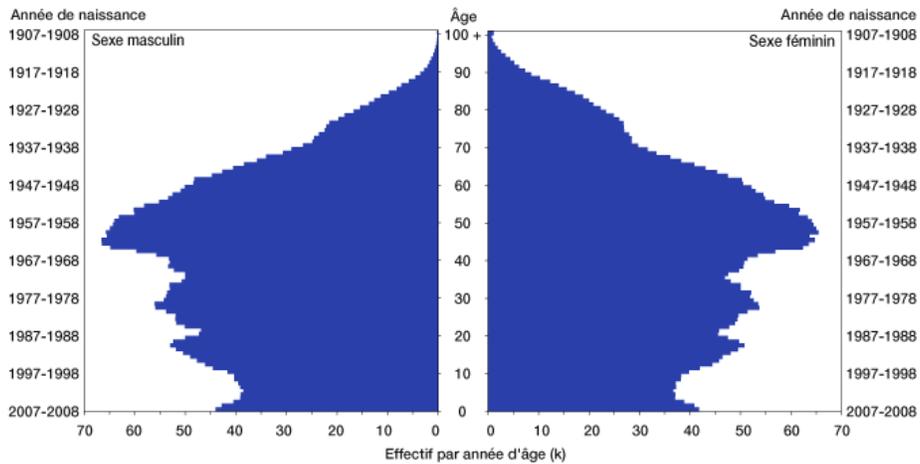
| CARACTÉRISTIQUE | VALEUR |
|---|---|
| SUPERFICIE | 1 356 547,02 Km ² |
| % DU PAYS EN TERRITOIRE | 15,1 % |
| PROJECTION DE LA POPULATION EN 2013 | 8 155 300 habitants |
| % D'HABITANTS EN CENTRES URBAINS | 81 % |
| ESPÉRANCE DE VIE | 81 ans environ |
| TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE | 4,3 par 1000 nés vivants en 2011 |
| PRINCIPALE CAUSE DE MORT DANS LA POPULATION GÉNÉRALE | Tumeurs malignes (cancer) 28,8 % et maladies du cœur 20,7 %. Le suicide se trouve en neuvième position avec 1.6 % |

Annexe P : Pyramide des âges

Pyramide des âges, Colombie, 2005 [23]



Pyramide des âges, Québec, 1er juillet 2008 [56]



Source : Statistique Canada, Estimations démographiques.
 Dernière mise à jour, 15 janvier 2009.