

Université de Montréal

Évaluation des aspects organisationnels de l'implantation du suivi intensif dans le milieu

par

Frédéric Benoit

Département de psychiatrie

Faculté de Médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M.Sc.)
en sciences biomédicales

Mars 2000

©Frédéric Benoit, 2000



2.5785 1000

W

4

U58

2000

v.040

Director of Health

Examination of the report to determine if it is a duplicate of any other report

197

Director of Health

Examination of the report

Director of Health

Examination of the report to determine if it is a duplicate of any other report



Director of Health

Director of Health

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé:

Évaluation des aspects organisationnels de l'implantation du suivi intensif dans le milieu

présenté par:

Frédéric Benoit

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Renée Roy	président-rapporteur
Alain Lesage	directeur de recherche
Nicole Ricard	membre du jury

Mémoire accepté le:

SOMMAIRE

Ce mémoire décrit les aspects organisationnels impliqués dans l'implantation d'un programme de suivi intensif dans le milieu (SIM). Deux études de cas sont présentées, l'une rétrospective qui analyse les facteurs liés à la non généralisation du SIM et l'autre se situant dans le cadre d'une étude évaluative actuellement en cours. L'évaluation des aspects organisationnels fait émerger un enjeu central relié au rôle que prendra le psychiatre lors de l'implantation d'un nouveau programme de soins; son leadership sera décrit et évalué.

Le SIM se veut être une modalité d'intervention modèle s'établissant sur les principes de base du traitement dans la communauté. Autrement nommé, le PACT (*Program for Assertive Community Treatment*), visant une population de personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants, a été développé au début des années 1970 pour favoriser une meilleure réhabilitation psychosociale. Depuis quelques années, un renouveau auprès de cette approche est noté. Le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, en avril 1997, parle du SIM comme d'une approche ayant fait ses preuves et devant être implantée. À Montréal seulement, au moins trois secteurs sont en plein processus d'implantation.

Le premier article (Benoit et Lesage (1999)) analyse différents facteurs impliqués dans la non généralisation d'un projet SIM s'étant déroulé dans les années soixante-dix; projet qui, malgré son efficacité démontrée, ne s'arrimera jamais à l'ensemble des

services de soins de l'époque. Cette recherche rétrospective analyse de façon qualitative des entrevues en profondeur menées auprès de sept protagonistes de ce projet. Les résultats démontrent que des aspects sociaux, culturels, organisationnels, professionnels et économiques semblent avoir eu et auront une place déterminante dans l'intégration d'un tel type de programme. Cette étude permet d'entrevoir que les aspects organisationnels doivent être adressés lors d'implantation de programmes.

Fort de ces résultats, l'évaluation de l'implantation du SIM ayant cours à l'hôpital Louis-H. Lafontaine se devait de comporter un volet décrivant les aspects organisationnels souvent négligés dans les écrits contemporains. Le deuxième article (soumis pour publication dans *Psychiatric Services*) composant ce mémoire répond à cette demande en évaluant les facteurs pouvant influencer l'implantation du SIM. Une analyse qualitative des entrevues menées en profondeur auprès de 43 interviewés permet d'entrevoir les rapports de collaboration et de confrontation entre les différents groupes impliqués dans le processus d'implantation. L'étude démontre les particularités d'implantation selon les cliniques de secteur. L'adaptation du SIM plutôt que son adoption sous une forme classique de type PACT met en relief l'importance du mode de fonctionnement de l'équipe. Un fonctionnement interdisciplinaire plutôt que multidisciplinaire semble favoriser l'intégration SIM. Le leadership du psychiatre est mis sous tension, remettant en question le rôle du psychiatre. Cette étude permet de générer des hypothèses à explorer. Le processus d'implantation d'un programme semblable est-il plus difficile dans un premier temps mais favorisant son enracinement durable ultérieurement? Comment les structures des équipes se

stabiliseront et sous quelles formes? Y aura-t-il émergence d'un leadership médical ou plutôt l'apparition de solutions alternatives?

TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux	vi
Introduction	1
CHAPITRE I Article 1	10
L'implantation du suivi intensif dans la communauté, des leçons à tirer du passé	11
CHAPITRE II Article 2	36
Implementation of an Intensive Home Care Program: Organizational aspects.....	37
CHAPITRE III Discussion	61
3.1 Discussion	61
3.2 Conclusion	73
RÉFÉRENCES	76
ANNEXES	
7.1 Formulaire de consentement	vii
7.2 Détails techniques de l'analyse.....	ix
7.3 Lexique	xii
7.4 Rapport de recherche	xvi

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	Matrice de Tansella et Thornicroft	6
-----------	--	---

INTRODUCTION

Le Suivi Intensif dans le Milieu (SIM) consiste en une modalité d'intervention s'établissant sur les principes de base du traitement dans la communauté. Le SIM s'adresse à une population de personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants. Il a été développé pour favoriser une meilleure réhabilitation psychosociale, se révélant aussi une alternative à l'hospitalisation.

Il y a 25 ans, s'est déroulée, à Montréal, une étude sur le traitement dans la communauté de patients souffrant de troubles mentaux graves. Ce traitement se voulait une alternative efficace au traitement classique de l'époque qui prévaut encore de nos jours c'est-à-dire l'hospitalisation. Ce projet s'inscrit dans une période fertile de la psychiatrie communautaire au Québec. À cette époque, un bouillonnement idéologique semble avoir généré des milieux dynamiques où la pratique psychiatrique, chamboulée, sortit de son cadre traditionnel. Chose curieuse, ce projet de Suivi Intensif dans le Milieu, malgré les résultats favorables, ne sera jamais diffusé à l'ensemble des services de soins de l'époque.

Un quart de siècle plus tard, et ce, au même endroit, c'est-à-dire à l'Hôpital Général de Montréal, une autre équipe tente l'expérience d'implanter un programme de suivi intensif dans la communauté. À Montréal, deux autres secteurs sont également en plein processus d'implantation. Ce mouvement gagne d'autres régions au Québec. Le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, en avril 1997, dans un

document de consultation intitulé *Orientations pour la transformation des services de santé mentale*, parle du suivi intensif dans la communauté comme d'une approche ayant fait ses preuves et devant être implantée. Cette approche demeure un élément de solution de la part des services psychiatriques dans les soins à donner dans la communauté, pour les gens atteints de troubles mentaux graves, selon la Régie Régionale de Montréal-Centre dans un récent document, *Le défi de l'accès, choisir des solutions d'avenir pour améliorer nos services*, déposé en décembre 1997.

Ce mouvement traverse les frontières. Aux États-Unis, le NAMI (National Alliance of Mentally Ill) soutient le programme PACT (Program for Assertive Community Treatment), modèle de suivi intensif dans la communauté, comme une approche valable devant être mise de l'avant. Plus près d'ici, Santé Canada, en 1997, dans l'ouvrage *"Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale"*, classe ce type d'approche comme un élément de base parmi les meilleures pratiques, améliorant l'état clinique des patients et réduisant le besoin d'hospitalisation. Dans la même veine, le ministère ontarien de la Santé, en 1997, dans le cadre de la réforme du système de santé, met de l'avant l'approche PACT en en faisant un moyen privilégié de traitement pour personnes atteintes d'une maladie mentale sévère et persistante (Assertive Community Treatment Guideline, juillet 97).

Le SIM, maintenant reconnu comme un service efficace, permet une réduction substantielle de l'hospitalisation chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants, une amélioration de la stabilité résidentielle de ces personnes,

leur qualité de vie et leur symptomatologie et ce, sans alourdir le fardeau des proches. Cependant, si des progrès substantiels ont été réalisés dans l'évaluation des résultats du SIM, notamment en regard du modèle du *Program for Assertive Community Treatment* (PACT) et de la gestion intensive de cas (*Intensive Case Management-ICM*), la compréhension d'une implantation réussie, de son bon fonctionnement et de ses coûts demeure très limitée. Par conséquent, les enjeux actuels de la recherche ne se situent plus autant au plan de la démonstration de l'efficacité du SIM mais bien en regard des facteurs qui influencent son implantation, son fonctionnement, ses coûts ainsi que des caractéristiques des personnes pour qui le SIM est efficace (Mueser et al., 1998; Test 1998).

Selon Burns (1995) et Test (1998), les préoccupations actuelles se situent davantage au plan de l'étude de facteurs qui peuvent faciliter ou contraindre l'implantation et le fonctionnement du PACT. Ces auteurs soutiennent que la recherche doit maintenant aborder des questions spécifiques à l'égard de son application et de sa généralisation. Comment la culture organisationnelle d'un milieu, les relations entre les intervenants et les autres ressources influencent l'implantation, le fonctionnement ou les coûts de ce programme?

L'implantation d'un modèle d'intervention dans la communauté représente un changement important dans la structure et les croyances d'une organisation. Deux études réalisées, l'une aux États-Unis (Stein 1992) et l'autre en Australie (Hoult 1990) confirment qu'il faut, en plus d'un contexte particulier favorable au changement, la

présence d'une connaissance approfondie de la dynamique organisationnelle. L'analyse de l'environnement dans lequel se déroule le programme, de la dynamique de son implantation, des processus impliqués dans l'induction d'un changement, des obstacles à l'implantation et au fonctionnement optimal ainsi que de son évolution dans le temps procure l'information sur les conditions nécessaires à l'établissement d'un programme efficace et durable. Malgré le grand nombre d'études portant sur les effets des modèles de soins communautaires, très peu se sont penchés sur une telle analyse, qu'elle soit liée à l'implantation ou au fonctionnement des modèles.

Les premiers écrits portant sur les facteurs organisationnels susceptibles d'influencer la prestation des soins en santé mentale dans la communauté proviennent d'une étude de cas sur les caractéristiques organisationnelles et administratives de trois programmes de soins communautaires jugés efficaces (Reinke et Greenley, 1986). Ils démontrent que la structure organisationnelle influe sur la flexibilité dans la réponse aux besoins des clients, sur la diversité de la clientèle rejointe, sur le niveau de responsabilité des intervenants ainsi que sur leur moral et leur charge de travail.

Plus récemment, des études (McGrew et Bond, 1995; McGrew et al., 1994; Mowbray et al., 1997) font ressortir l'importance d'évaluer la fidélité des programmes implantés en rapport avec le PACT originel et de considérer les écarts dans l'explication des résultats. Les principaux résultats de ces travaux indiquent: a) qu'il existe une grande variation dans l'implantation et le fonctionnement de ces programmes; b) que le partage des services en équipe s'avère le meilleur prédicteur de réduction des

hospitalisations; c) que les résultats positifs semblent être en lien avec la fréquence des services donnés alors que les autres caractéristiques du PACT ne semblent pas en lien avec d'autres indicateurs de résultats. Ces écrits ne permettent toutefois pas d'identifier les facteurs organisationnels liés à la variation dans l'implantation ou à l'adoption d'un travail en équipe; de plus, ils ignorent l'intégration de ces équipes dans le reste du dispositif de soins.

Les deux articles composant ce mémoire s'intéressent aux aspects organisationnels pouvant influencer l'implantation d'un nouveau programme de soins dans la communauté. Plus spécifiquement, ce mémoire s'intéressera à scruter le rôle que prend le psychiatre lors d'un processus d'implantation d'un nouveau programme de soins. Le premier article tente d'identifier de façon rétrospective différents enjeux ayant pu limiter la généralisation de ce type de programme. En effet, il y a 25 ans, s'est déroulée, à Montréal, une étude sur le traitement dans la communauté de patients souffrant de troubles mentaux graves. L'équipe de l'hôpital Général de Montréal, pilotée par Dr. Fenton (Fenton et al., 1982) avaient alors mis sur pied un projet de recherche évaluant l'efficacité d'un suivi intensif dans le milieu à tout point semblable au PACT. Chose curieuse, malgré les résultats favorables démontrant l'efficacité d'un tel type d'approche, ce projet ne sera jamais diffusé à l'ensemble des services montréalais ou québécois de l'époque. Les hypothèses de recherche énoncent que plusieurs enjeux autant au niveau organisationnel, économique, professionnel que social ont possiblement été responsables de la non-diffusion de ce type d'approche.

Le deuxième article vise à décrire et évaluer les aspects organisationnels impliqués dans le processus d'implantation du SIM ayant présentement cours à l'hôpital Louis-H. Lafontaine. Un patron d'analyse qualitative, permettant l'évaluation d'une vision organisationnelle, est proposé dans cet article; ce type d'analyse pouvant devenir un outil intéressant pour optimiser le fonctionnement de programmes semblables, favorisant une compréhension systémique et permettant d'améliorer certains aspects en cours d'implantation. Cette étude de cas, décrivant l'implantation du SIM, s'insère dans un programme plus vaste d'évaluation actuellement en cours utilisant des approches quantitatives permettant d'évaluer, plus avant les processus, par exemple, l'intensité du programme par la quotidienneté et la fréquence des actes posés, le degré d'hospitalisation; mais aussi les résultats, par exemple les symptômes, le fonctionnement général, la qualité de vie et la satisfaction avec les services. Tansella et Thornicroft (1998) ont d'ailleurs élaboré une matrice d'analyse schématisant l'évaluation des services. Ce modèle est illustré par le tableau suivant.

Tableau I

Matrice de Tansella et Thornicroft

NIVEAU	INTRANTS	PROCESSUS	RÉSULTATS
Régional/provincial		X	
Local		XXX	
Usager/bénéficiaires		X	

Un modèle conceptuel permettant l'évaluation des services de soins est essentiel pour éviter les risques de descriptions trop générales référant à de vastes milieux et dont l'application à des milieux plus spécifiques est impossible. Cette matrice facilite la compréhension des liens entre les différents niveaux d'analyse. Se référant au tableau, il faut envisager les différents services à l'intérieur d'un système avec le niveau de l'utilisateur, le niveau local et le niveau régional/provincial. Il y a, par ailleurs, une séquence temporelle dans laquelle des intrants (des personnes en besoin, des ressources) reçoivent ou livrent des interventions, des programmes (processus) dont on espère des résultats. Jusqu'à présent, la plupart des études se sont surtout intéressées à la colonne des résultats, plus spécifiquement au niveau des usagers. Une évaluation plus complète doit tenir compte des trois éléments de la séquence temporelle et regarder comment ils s'appliquent aux trois différents niveaux.

L'étude de cas présentée dans le deuxième article s'intéresse particulièrement à la colonne des processus (voir tableau, zone ombragée), le nombre de X représentant la quantité d'informations recueillies à partir desquelles s'élaboreront les résultats. Cette étude appliquée, lors de l'arrimage du SIM, constitue un regard original et nouveau. Sa pertinence est d'autant plus grande que l'adaptation du PACT à l'hôpital Louis-H. Lafontaine, sous une forme bien particulière, soulève des interrogations quant à son implantation possible dans des équipes multidisciplinaires déjà formées. Le processus, au niveau local, évalue l'arrimage du SIM avec le réseau de soins existant, la coordination entre les différents acteurs des cliniques externes et les dirigeants de l'hôpital, les mécanismes d'ajustement, les points forts et les points faibles du

fonctionnement retenu. Au niveau de l'utilisateur/patient, sont évalués l'impact et l'implication de ce nouveau programme auprès des bénéficiaires, la satisfaction et la perception des usagers. Finalement, le niveau régional/provincial adresse les différents rapports de collaboration avec l'hôpital, les interactions entre la Régie Régionale et l'hôpital, les politiques gouvernementales et évalue les pressions ainsi que la nature de celles-ci pouvant agir sur l'hôpital et sur le processus d'implantation du SIM.

L'information recherchée est autant que possible holistique. La recherche sur l'implantation d'un programme couvre les quatre champs épistémologiques qui président au comportement des acteurs et des organisations (Contandriopoulos et Souteyrand 1996): 1) la structure et les lois disponibles; 2) la compréhension du phénomène étudié; 3) les intentions et les stratégies mises en place; 4) les dispositions à agir.

Une entrevue semi-structurée est développée à partir de ces quatre champs épistémologiques. Ces grands thèmes sont explorés à l'aide de questions ouvertes tout en ayant une perspective longitudinale visant la compréhension globale du processus d'implantation. Ce type d'entrevue semi-ouverte permet l'exploration de thèmes nouveaux qui n'avaient pas été suspectés, au départ, par l'interviewer. Les entrevues sont appliquées par le même interviewer diminuant ainsi la variabilité inter-juge et minimisant l'impact de l'appartenance de l'observateur à un groupe particulier.

Toujours à partir de ces champs épistémologiques, une analyse qualitative (annexe II et III) des données recueillies est appliquée. Une fois l'analyse de ces données complétée, une première version d'un document de travail est rédigée et envoyée à tous les participants pour fin de validation de l'information produite. L'identification des répondants à travers le texte ne devrait pas être possible. Les répondants ont pour tâche de rectifier ce qui leur paraît être des incorrections sur les événements survenus au cours des différentes phases d'implantation et de fonctionnement des équipes SIM. Après plus de trois semaines de délais, onze acteurs interviewés ont répondu au document de travail qui leur avait été envoyé. Le texte et l'analyse des résultats ont été modifiés en conséquence. Cette dernière étape a permis d'optimiser la validité interne de la recherche et de produire un rapport de recherche détaillé ensuite distribué aux intervenants SIM (annexe IV).

L'implantation d'un nouveau programme de soins dans la communauté entraîne une réorganisation des rôles et fonctions des membres de l'équipe traitante. La sphère organisationnelle permet d'observer, entre autre, le rôle du psychiatre qui est mis en tension par l'arrivée du SIM. L'hypothèse de recherche énonce que les aspects organisationnels jouent un rôle important autant dans l'implantation que dans la diffusion d'un programme de type SIM.

CHAPITRE I

Article 1

L'implantation du suivi intensif dans la communauté, des leçons à tirer du passé

L'implantation du Suivi Intensif dans la communauté: des leçons à tirer du passé

Frédéric Benoit M.D. 1,2
Alain D. Lesage M.D., MPhil. 1,3

1. Adresse de correspondance: Centre de recherche Fernand-Séguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine, 7331 Hochelaga, Montréal, Québec. CANADA, H1N 3V2
2. Résident en psychiatrie à l'Université de Montréal et étudiant à la maîtrise à l'Université de Montréal (Québec).
3. Centre de recherche Fernand-Séguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine, affilié à l'Université de Montréal (Québec).

4317 mots excluant le résumé et les références.
Article publié: Rev can psychiatrie 1999; 43: 781-787.

Le 28 Janvier 1999

Résumé

Objectif: Analyser différents enjeux dans l'implantation d'un programme de Suivi Intensif dans le Milieu (SIM).

Méthode: Des entrevues en profondeur ont été menées auprès de protagonistes d'un projet d'implantation du SIM s'étant déroulé dans les années soixante-dix. Une analyse qualitative a été effectuée en évaluant les enjeux ayant empêchés la généralisation d'un tel type d'approche et les aspects à observer lors d'implantations futures du SIM.

Résultats: Des aspects sociaux, culturels, organisationnels, professionnels et économiques semblent avoir eu et auront une place déterminante dans l'intégration d'un tel type de programme. À l'époque, le projet d'implantation du SIM s'est développé en parallèle au mouvement de psychiatrie communautaire sans jamais s'y arrimer. Actuellement, sur le plan social, des groupes d'entraide et de parents favorisent l'implantation de ce type de programme. L'aspect organisationnel décrit l'importance du type d'arrimage ainsi que la modification du SIM selon les services de soins en place. L'appartenance de ce type de projet à une équipe de recherche n'a pas été garante d'une implantation réussie. Un troisième thème aborde la formation ainsi que la motivation du psychiatre quant à la pratique de cette approche. Finalement, l'aspect économique se révèle, de plus en plus, un levier qui impose ce type d'approche.

Conclusion: Cette étude nous renseigne sur différents enjeux impliqués dans l'implantation d'un programme de suivi intensif dans la communauté. Ces résultats représentent autant d'hypothèses à vérifier dans l'implantation du SIM autant au

Québec qu'ailleurs au Canada.

Mots clés: Suivi intensif dans la communauté, PACT (Program for Assertive Community Treatment), alternatives à l'hospitalisation, implantation, organisation des soins de santé, recherche sur les services.

Implications:

- Les études devraient maintenant se pencher sur la généralisation possible du PACT.
- Des aspects sociaux, professionnels, organisationnels et économiques sont impliqués dans l'arrimage de ce type d'approche avec les services en place.
- Le mode d'implantation que prendra l'équipe de suivi intensif dans le milieu influencera sa diffusion.

Limites:

- Nombre limité de protagonistes interviewés.
 - Se concentre sur le SIM, alors qu'un mouvement plus large de psychiatrie communautaire s'implantait à l'époque.
 - Absence de point de comparaison d'implantation réussie à la même époque.

Introduction

Il y a 25 ans, s'est déroulée, à Montréal, une étude sur le traitement dans la communauté de patients souffrant de troubles mentaux graves. Ce traitement se voulait une alternative efficace au traitement classique de l'époque qui prévaut encore de nos jours c'est-à-dire l'hospitalisation. Ce projet s'inscrit dans une période fertile de la psychiatrie communautaire au Québec. À cette époque, un bouillonnement idéologique semble avoir généré des milieux dynamiques où la pratique psychiatrique, chamboulée, sortit de son cadre traditionnel (1). Chose curieuse, ce projet de Suivi Intensif dans le Milieu (SIM)¹, malgré les résultats favorables, ne sera jamais diffusé à l'ensemble des services de soins de l'époque.

Un quart de siècle plus tard, et ce, au même endroit, c'est-à-dire à l'Hôpital Général de Montréal, une autre équipe tente l'expérience d'implanter un programme de suivi intensif dans la communauté. À Montréal, deux autres secteurs sont également en plein processus d'implantation. Ce mouvement gagne d'autres régions au Québec. Le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, en avril 1997, dans un document de consultation intitulé *Orientations pour la transformation des services de santé mentale* (2), parle du suivi intensif dans la communauté comme d'une approche ayant fait ses preuves et devant être implantée. Cette approche demeure un élément de solution de la part des services psychiatriques dans les soins à donner dans la communauté, pour les gens atteints de troubles mentaux graves, selon la Régie

Régionale de Montréal-Centre dans un récent document, *Le défi de l'accès, choisir des solutions d'avenir pour améliorer nos services*, déposé en décembre 1997.

Ce mouvement traverse les frontières. Aux États-Unis, le NAMI (National Alliance of Mentally Ill) (3) soutient le programme PACT (Program for Assertive Community Treatment), modèle de suivi intensif dans la communauté, comme une approche valable devant être mise de l'avant. Plus près d'ici, Santé Canada, en 1997, dans l'ouvrage *"Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale"* (4), classe ce type d'approche comme un élément de base parmi les meilleures pratiques, améliorant l'état clinique des patients et réduisant le besoin d'hospitalisation. Dans la même veine, le ministère ontarien de la Santé, en 1997, dans le cadre de la réforme du système de santé, met de l'avant l'approche PACT en en faisant un moyen privilégié de traitement pour personnes atteintes d'une maladie mentale sévère et persistante (Assertive Community Treatment Guideline, juillet 97) (5).

Le SIM offre une alternative à l'hospitalisation, permettant d'administrer des soins jusqu'au quotidien du patient, en utilisant les ressources disponibles du milieu, et ce, en impliquant la famille et les proches du patient. Ce type de traitement vise la continuité des soins, les intervenants étant les mêmes tout au long des différentes étapes de la prise en charge du malade.

¹ Dans le texte qui suit, l'expression suivi intensif dans le milieu (SIM) est utilisé comme synonyme à l'acronyme PACT (Program for Assertive Community Treatment).

À l'époque, l'équipe de l'hôpital Général de Montréal, pilotée par Dr. Fenton et al.(6), était formée d'un psychiatre et d'une travailleuse sociale travaillant à demi-temps et d'une infirmière à plein temps. L'équipe a suivi 78 patients pendant 2 ans, le projet s'étendant, en soi, sur une période de trois ans et demi. Les intervenants travaillaient en équipe, se répartissant les tâches sauf pour les questions de traitement pharmacologique, où le psychiatre prenait alors les décisions. Le patient recevant ce type de soins se faisait présenter l'équipe comme un tout où chaque intervenant était informé de sa situation, pouvant servir de personne de référence lors des périodes difficiles.

Le projet de l'équipe de Fenton avait pour but d'évaluer l'efficacité de ce type de traitement dans la communauté comme une alternative valable à l'hospitalisation. Un devis comparatif sur l'efficacité de ce traitement a été mené. Les patients (N=155) étaient assignés, au hasard, soit au traitement dans la communauté (N=76), soit au traitement à l'hôpital (N=79). Les patients étaient, par la suite, suivis sur une période de deux années. Les résultats furent concluants. La symptomatologie des patients était contrôlée également dans les deux groupes. Les patients recevant le traitement dans la communauté continuaient de s'acquitter d'au moins une partie de leur responsabilité, diminuant ainsi la responsabilité de la famille. Le fardeau psychologique et social entraîné par la condition du patient était allégé de façon comparable dans les deux groupes. Finalement, le traitement dans la communauté s'avéra moins coûteux que le traitement à l'hôpital.

Ce type d'approche, modelé sur le PACT ou autrement nommé TCL à cette époque (Training in Community Living) (7) a fait l'objet de nombreuses études. Les résultats, suite à cette approche, ont toujours été favorables, considérant le PACT comme une alternative valable à l'hospitalisation tout en réduisant les coûts du système de santé. L'efficacité du PACT a été démontré à plusieurs reprises (8). Le mode d'implantation de ce type d'approche et les enjeux y étant rattachés semblent maintenant être les aspects à étudier. Ces aspects, négligés dans les études antérieures, pourraient expliquer, en partie, la non-généralisation de cette approche malgré l'efficacité tant de fois prouvée; le projet de Fenton en étant un bel exemple. Plusieurs expériences semblables ont eu lieu dans les années soixante-dix et ultérieurement mais ne seront pas objet de discussion dans cet article. Les auteurs se penchent sur l'expérience de l'Hôpital Général de Montréal en particulier et tentent d'analyser différents enjeux pouvant expliquer ce phénomène de non-généralisation.

Les hypothèses de recherche énoncent que plusieurs enjeux autant au niveau organisationnel, économique, professionnel que social ont été responsables de la non-diffusion de ce type d'approche. Ces aspects seront analysés selon une perspective locale mais également selon une vision plus globale, à l'échelle provinciale et nationale, évaluant les enjeux faisant obstacle à l'implantation du SIM. Suite à des entrevues avec des acteurs-clé de l'époque, il sera pertinent de tirer des leçons du passé.

Méthode

Des entrevues ont été effectuées auprès d'acteurs-clé de l'époque. Sept observateurs ont été rencontrés. Parmi eux, quatre interviewés étaient directement impliqués dans le projet de l'Hôpital Général de Montréal. Les autres acteurs sont des psychiatres ayant joué des rôles importants au niveau de la psychiatrie communautaire. L'information recueillie a été analysée selon des méthodes d'analyse qualitative (9).

L'analyse qualitative des informations a été effectuée en appliquant une grille uniforme d'analyse aux données recueillies. Les données ont été analysées selon quatre aspects principaux ou catégories, toujours selon une perspective historique, en comparant les différentes époques. À partir de l'approche de "constante comparative" (10), les auteurs tentent de saturer les différentes catégories en cherchant des informations qui enrichissent chacune des catégories. Lorsque les nouvelles informations obtenues n'amènent plus d'insight sur les catégories, les entrevues peuvent cesser. Le nombre d'entrevues est déterminé par la saturation des informations. La collecte de données se termine lorsque les dernières entrevues confirment les informations déjà connues sans en apporter de nouvelles.

Les informations ont été traitées sous une des quatre catégories d'analyse suivante:

- L'aspect socio-culturel comporte des volets locaux et régionaux. Il évalue les influences nationales et internationales de courants de pensée divers sur le développement possible d'une nouvelle culture, d'un nouveau type de pratique.

- L'aspect organisationnel aborde les difficultés d'implantation et d'arrimage de ce type d'approche avec un système de soins en place. Il questionne la diffusion possible de ce type d'approche.
- L'aspect professionnel inclut la formation ainsi que la culture psychiatrique. Il aborde le type de pratique du psychiatre et son rôle dans l'implantation de programmes semblables.
- Les aspects économiques comportent le quatrième axe d'analyse évaluant la venue de dimensions nouvelles pouvant influencer l'implantation du SIM.

Ces catégories se composent de sous-catégories également nommées "propriétés". Ces propriétés représentent les perspectives diverses à propos d'une même catégorie.

Résultats

Aspects culturel et social

La psychiatrie des années 1960, au Québec, a été teintée par des mouvements locaux ou sous-régionaux d'approche communautaire. Les influences étaient multiples. Les américains se sont lancés dans la psychiatrie communautaire suite à la loi adoptée par le gouvernement Kennedy, la "Community Mental Health Act". Cette loi prévoyait un investissement gouvernemental important au niveau des services communautaires. En Europe, il existait plusieurs mouvements de psychiatrie communautaire, en particulier en France et en Angleterre. Après la deuxième guerre mondiale, la France subit un mouvement de désinstitutionnalisation. Quelques temps plus tard, dans le même ordre d'idée, Philippe Paumelle, à Paris, dressera les grands principes de la psychiatrie communautaire en établissant les bases de la sectorisation à partir de son travail dans le XIII^{ème} arrondissement (11). Il assurera ainsi que tous les patients ont une place pour se faire traiter, éliminant les longues listes d'attente, visant la prise en charge précoce du patient, dans son milieu, par une équipe multidisciplinaire favorisant la continuité des soins.

Ces divers courants de pensées influenceront des personnes-clé. Ces jeunes partisans de l'approche communautaire auront rapidement des postes de commande entraînant le développement d'une approche communautaire en psychiatrie au Québec. La psychiatrie en sera influencée; elle en porte encore aujourd'hui quelques traces mnésiques. La sectorisation du territoire de l'île de Montréal, instaurée au début des

années 1970, toujours en vigueur de nos jours, est un exemple de cet héritage, en partie, oublié. En effet, les principaux auteurs de la sectorisation se sont inspirés des principes de la psychiatrie communautaire (12) dont celui voulant que le patient reçoive des soins dans son environnement, près de chez lui et donc dans son secteur, assurant ainsi l'accès des soins à tous.

Il se développe, à l'époque, une sorte de collectivité très enthousiaste entre ces noyaux où l'on pratique la psychiatrie communautaire. Il semble, par contre, que cette culture demeurera un phénomène sans diffusion élargie. Une fois les acteurs-clé retirés du milieu, cette sous-culture s'est évanouie au cours d'une période, englobant les années 1980, décrite par certains, comme de "dégonflement idéologique". Depuis les dernières années, les observateurs questionnés ont l'impression que, dans certains secteurs, on tente de réinventer la roue en instaurant des approches dans la communauté, secteurs qui ont déjà vu s'installer et disparaître des approches similaires.

Le projet de Fenton aurait pu être perçu comme s'inscrivant dans l'ordre des choses en évaluant un type spécifique d'approche de traitement dans la communauté. En requestionnant des acteurs-clés de l'époque, ce projet, n'a jamais été diffusé à l'ensemble de la communauté psychiatrique, en particulier au groupe spécifique pratiquant l'approche communautaire. Certains diront que le projet est resté au stade d'une expérience in vitro, les résultats n'intéressant pas les cliniciens. D'autres diront que ce projet trop innovateur, différait trop de la pratique traditionnelle de la

psychiatrie de l'époque. Selon l'avis de plusieurs, la diffusion de ce projet aurait entraîné des changements trop importants.

Sur le plan social, le tableau actuel est différent. Il existe des pressions nouvelles quant à l'amélioration des soins pour les personnes souffrant de maladies mentales graves. Des groupes de parents et d'entraide se font plus présents sur la scène publique. Cette mobilisation récente et plus massive jouera probablement un rôle dans l'implantation de ce type d'approche. Le groupe NAMI, aux États-Unis, représente un bel exemple de ce type de mouvement devenant influent auprès des instances décisionnelles.

Aspect organisationnel

Pour plusieurs interviewés, la recherche devrait maintenant s'intéresser davantage à la généralisation possible du SIM à l'ensemble des services de santé. Il faut identifier des facteurs faisant que cette approche pourra s'implanter à l'ensemble des services de santé.

Sur un plan pratique, le SIM semble être un travail difficile et exigeant pour les intervenants. Certains protagonistes diront que, à l'époque, les intervenants aimaient leur travail et auraient voulu poursuivre une fois le projet terminé. D'autres, au contraire, parlent d'un travail très exigeant et stressant, remettant en doute le modèle typique d'une petite équipe travaillant seule. Selon quelques observateurs, la seule façon, pour qu'un programme semblable puisse fonctionner actuellement, serait

d'incorporer de multiples équipes au système de soins actuels divisant la responsabilité et évitant que les intervenants ne deviennent surchargés par la lourdeur des patients à qui ce type d'approche est adressée. Les interviewés ont parlé de l'importance de l'unité et de la cohésion entre les membres d'une telle équipe de travail. Le petit nombre d'intervenants, trois dans le projet de Fenton, a favorisé le bon fonctionnement de l'équipe. Par contre, ce fonctionnement quasi "autistique" a nui à sa diffusion. Plusieurs voient cet aspect comme étant un problème majeur lorsqu'on veut appliquer cette approche à plus grande échelle.

Selon Fenton, l'arrimage et la diffusion d'une telle d'approche consistent, en eux-même, en un projet de recherche. Leur projet visait à démontrer l'efficacité de cette approche. Personne n'avait alors songé à l'aspect de généralisation possible. Fenton dira même qu'ils étaient probablement un peu naïfs, croyant qu'il suffisait de démontrer l'efficacité d'un traitement pour que celui-ci soit accepté par la communauté professionnelle et se diffuse. Il semble clair, pour plusieurs, que l'implantation du SIM nécessite la présence de bons acteurs à titre de leader. Certains vont parler d'un "entrepreneur du social" ou d'une personne avec un fort leadership, capable de faire accepter un projet semblable à suffisamment de gens. Malgré la présence de ce leader, pour qu'il y aie implantation réussie, le projet devrait être identifié comme appartenant au Département de Psychiatrie et étant une priorité défendue par son chef. Un projet identifié à une équipe de recherche pourra favoriser sa mise sur pied, mais nuira sûrement, aux dires de plusieurs, à sa diffusion ultérieure.

Un autre élément fondamental qui manquait selon Fenton, était le développement d'un réseau de support au niveau de la première ligne en établissant des liens avec les services en place. Il parle de l'importance de consulter les gens sur le terrain et d'incorporer leur vision dans la distribution des soins. Il se développera ainsi une première ligne encline à l'approche communautaire pouvant servir de toile de fond aux approches plus spécifiques telle le SIM.

Aspect professionnel

Certains diront qu'à l'époque, les psychiatres avaient une formation d'orientation analytique et n'étaient pas formés pour travailler dans la communauté. D'autres, au contraire, pratiquaient la psychiatrie, intégrant l'aspect communautaire de façon très dynamique. Parallèlement, dans les années 1970, la psychiatrie faisait face à un changement de sa clientèle voyant augmenter le nombre de patients souffrant de schizophrénie. Le projet de Fenton amenait un type de pratique différent, ciblant un type de patient avec lequel les psychiatres, surtout ceux d'orientation analytique, avaient moins d'outils de travail. Pour plusieurs, le PACT était trop différent et, à leurs yeux, trop risqué. Ils diront qu'il s'agissait de travailler sans filet. Les observateurs rapportent que la communauté psychiatrique de l'époque n'aurait pas accepté les résultats, les considérant comme étant contraires au jugement clinique.

Pour quelques observateurs, le problème se situait au niveau des connaissances scientifiques. Les publications de l'époque, même si les résultats de Fenton ont été

publiés dans la revue *Archives of General of Psychiatry* (13), ne semble pas s'être diffusée et les écrits de Stein et Test qui ont développé le PACT n'étaient pas connus. Le projet de Fenton arrivait dans un milieu trop différent et peu informé des différentes approches communautaires telles le PACT. Il faut souligner également que dans un tel type d'approche, le rôle de psychiatre était beaucoup moins classique. Quelques observateurs diront que le psychiatre voit souvent remettre son rôle de leader en question dans ce type d'équipe. Il préfère alors s'en éloigner et retourner en milieu hospitalier où sa compétence et son leadership sont moins remis en doute.

Un autre point aborde la formation du psychiatre et l'absence du volet communautaire dans son entraînement. Pour plusieurs, le problème demeure d'actualité. La psychiatrie communautaire est la grande oubliée lors de la formation du psychiatre. Les psychiatres semblent peu formés aux approches communautaires. Une fois sur le terrain, ceux-ci ont tendance à s'isoler et à pratiquer à l'écart des services donnés dans la communauté. Selon plusieurs interviewés, le problème de la formation est central dans le développement d'un réseau capable de recevoir des approches communautaires, l'écart se creusant de plus en plus entre la psychiatrie hospitalo-centrique et les services communautaires.

Pour divers observateurs, la psychiatrie communautaire n'est pas une approche facile et souvent peu enviable. Il y a peu de prestige à travailler dans la communauté. Selon l'avis de plusieurs, les subventions des compagnies pharmaceutiques et des gouvernements vont aux recherches portant sur les aspects biopharmacologiques de la

psychiatrie. Une intervention au niveau de la formation pourrait être garante du développement de l'intérêt pour une pratique d'approche communautaire. Le psychiatre ainsi formé pourrait intégrer des approches communautaires dans sa pratique, allant jusqu'à jouer le rôle de leader dans l'organisation des services de soins de santé dans la communauté, plutôt que de s'enclaver dans une pratique mettant l'emphase sur la psychopathologie des troubles mentaux.

À l'époque, le SIM était prônée pour différents types de patients ayant diverses maladies mentales. Les intervenants d'aujourd'hui sont d'avis que, cette approche devrait être appliquée à une clientèle ciblée. Plusieurs diront que cette approche trouve ses forces dans la continuité des soins, tout en visant les déficits spécifiques de chaque patient. Le SIM ne doit pas être vu comme la seule pratique possible dans la communauté mais plutôt comme un outil spécifique que le psychiatre peut prescrire ou utiliser en ciblant une clientèle pouvant en bénéficier. Il n'a jamais été question d'opposer l'approche communautaire au milieu hospitalier. La question devrait plutôt porter sur le meilleur agencement possible entre les différentes approches, combinant les services hospitaliers aux services dans la communauté.

Aspect économique

En 1971, la réforme de la Santé et des Services Sociaux se met en place. À l'époque, la Régie de l'assurance maladie du Québec vient d'être instaurée et l'État s'aperçoit des coûts générés par la santé. Les contraintes monétaires commencent à poindre à l'horizon. En questionnant les observateurs, il n'existait pas de pression externe pour

changer la politique du système de soins, en particulier l'utilisation des lits hospitaliers. Les finances publiques étaient en meilleur état, la croissance économique poursuivait son cours. Les résultats obtenus par Fenton sont tombés à un moment où ce problème n'était pas perçu comme suffisamment important. Fondamentalement, l'utilisation des lits hospitaliers n'était pas un problème.

L'approche nouvelle que suggérait Fenton et son équipe aurait exigé des changements importants dans la façon de faire de l'époque. Les conditions nécessaires pour accepter des changements ou des bouleversements majeurs dans les habitudes de fonctionnement n'étaient pas présents. Maintenant, ces conditions semblent être réunies: un problème est perçu comme essentiel et ce, par un nombre suffisamment grand de personnes. Le discours sur le caractère dangereux du déficit a engendré une pression externe suffisamment grande pour que les gens veuillent réduire la dette. L'universalité des soins étant primordiale dans l'opinion publique, il faut réduire les dépenses tout en préservant l'accessibilité des soins. Il faut trouver des façons nouvelles de faire les choses. Les résultats de l'équipe de l'Hôpital Général de Montréal prennent maintenant tout leur sens. L'approche que suggérait alors Fenton, en est une maintenant différente et économiquement plus rentable. Ceci a été démontré dans plusieurs études (14).

Les intervenants, pour la plupart, s'entendent pour dire qu'une approche communautaire bien appliquée ne coûte pas moins cher que l'approche actuelle. Le SIM se veut une alternative à l'hospitalisation, mais doit demeurer ciblé à un nombre

restreint de patients. Le SIM serait une alternative coûteuse s'il était appliqué à l'ensemble de la clientèle psychiatrique. Il faut percevoir le suivi intensif dans le milieu comme un traitement, parmi d'autres, disponible pour faire différemment et ainsi diminuer les coûts du système de santé. De façon un peu ironique, les soins dans la communauté seront peut-être enfin implantés mais pas nécessairement pour des raisons valables aux dires de certains protagonistes.

Discussion

La non-diffusion du projet de Fenton aurait pu s'expliquer par le fait que cette approche était trop différente des pratiques de l'époque. Il semble que ce facteur ait pu jouer un rôle dans la non-généralisation du SIM. Par contre, les résultats permettent d'entrevoir un tableau où d'autres enjeux ont pu influencer le devenir de ce projet. L'approche communautaire existait à l'époque et semblait occuper une place importante au sein de certaines régions du Québec. L'argument d'une approche trop différente s'affaiblit si on considère le SIM comme une forme particulière d'approche communautaire ressemblant, sur plusieurs aspects, aux approches déjà pratiquées dans la communauté. Cet argument ne semble plus, à lui seul, expliquer la non-diffusion du projet. Un autre indice laissait croire en la présence d'enjeux importants non-évalués: un projet avec des résultats aussi favorables qui n'était pas diffusé mais plutôt relégué aux oubliettes demeurerait une énigme.

Cette histoire peint des gens passionnés avec des idéaux remarquables. La question demeure toujours à savoir pourquoi, avec tant d'attentes et de bonnes volontés, ces approches sont toujours à refaire. Plusieurs éléments de réponse sont esquissés au cours de cette discussion. L'amnésie historique semble jouer un rôle au sein des trouvailles de cette étude. Les origines possibles de cette amnésie sont discutées. Le système actuel et ses acteurs peuvent être comparés à l'organisation et au fonctionnement de la mémoire chez l'être humain (15). Il peut s'agir d'un problème à

l'encodage où le psychiatre joue mal son rôle "d'exécutif central" attribuant plus ou moins bien les ressources disponibles nécessaires à l'enregistrement de l'information; dans ce cas-ci, l'information à stocker étant l'histoire et la culture de la psychiatrie communautaire. Il peut également s'agir d'un problème au niveau du réseau neuronal destiné à recevoir cette information, la garder en mémoire et l'intégrer. Ce réseau serait comparable au réseau de services de santé de première ligne. Il peut finalement s'agir de problèmes à ces deux niveaux, expliquant la difficulté d'implantation d'un projet comme le SIM.

En comparant le psychiatre à "l'exécutif central" de la mémoire de travail, celui-ci est considéré jouant un rôle primordial dans l'établissement d'une mémoire et d'une culture psychiatrique. Le rôle du psychiatre se veut être celui d'un leader. Le terme de leadership, prend un sens bien précis et vaut la peine d'être élaboré. On entend souvent par leader, une personne bien en vue qui mène et qui dirige un groupe. Il semble que ce type de leader ne soit pas garant de l'implantation réussie d'une approche communautaire à long terme. Ce type d'acteur favorise sûrement la mise en place d'un projet semblable. Ces approches fonctionneront aussi longtemps que ces acteurs dédiés et voués à cette approche seront présents. Une fois ces gens partis, l'approche souvent disparaîtra. Dans les services communautaires, un leader est plutôt décrit comme un "entrepreneur du social". Cette personne est capable d'établir et de diffuser un type particulier d'approche. Ce leader doit tisser un réseau dense d'intérêt. Il écoute la première ligne de traitement et adapte son approche aux ressources disponibles. Il tente d'adapter les principes sous-tendant certains modèles de soins

plutôt que d'adopter à la lettre des programmes "prêt-à-porter". Il tient compte des différences et des forces du milieu en question (16). Ce leader se fait discret et s'efface au fur et à mesure que le milieu se développe, faisant place aux intervenants travaillant en première ligne. Ainsi, le psychiatre devient un "exécutif central" efficace permettant d'allouer les ressources nécessaires à l'enregistrement des informations dont font partie les approches communautaires.

Du même coup, le réseau, sous l'influence de cet exécutif central se développe et devient mieux habilité à conserver l'information, devenant la mémoire et le gardien de l'approche communautaire. Dès lors, la psychiatrie communautaire ne dépend plus de quelques acteurs-clé mais devient imprégnée dans la mémoire du réseau et peut continuer d'évoluer indépendamment des arrivées ou des départs des psychiatres. Ainsi ce réseau deviendra un milieu où l'approche communautaire est forte et en développement constant et, par le fait même, propice à l'implantation d'un type d'approche tel le SIM.

Cette recherche rétrospective avec analyse qualitative des informations recueillies comporte certaines limites. Le choix des acteurs-clé interviewés, leur nombre restreint, les biais imposés par les hypothèses de recherche établies au départ et l'absence de point de comparaison d'implantation réussie, à cette époque, sont autant de limites qu'il faut considérer en interprétant les résultats de cette étude. Les résultats sont basés sur les opinions ainsi que la compréhension des acteurs-clé; les perspectives énoncées par les auteurs sont donc en partie fondées sur l'idéologie.

Reconstruire l'histoire et tenter d'en tirer des leçons n'est pas une tâche facile, d'autant plus que cette reconstruction est inexacte car elle provient en partie de perceptions subjectives des observateurs questionnés. Cet aspect limitant peut devenir une richesse en considérant la vision, idiosyncrasique peut-être, mais néanmoins longitudinale de ces acteurs-clé. L'analyse actuelle de ces résultats doit donc être perçue comme une tentative de reconstruire une mémoire du passé riche de pistes à investiguer. Finalement, les résultats ne doivent pas être interprétés comme des vérités absolues, mais plutôt comme étant des données pouvant servir de point de départ pour émettre de nouvelles hypothèses dans le cadre de projets de recherche s'intéressant aux aspects organisationnels reliés à l'implantation du SIM. Ce type d'étude pourra permettre une consolidation au niveau de la mémoire et ainsi aider au développement d'un réseau qui se souvient.

Conclusion

Les résultats énumérés pourront servir de points de repère pour la recherche s'intéressant à l'implantation du SIM.

- Premièrement, une attention devrait être portée à la forme que prendra l'équipe d'intervention. Une équipe travaillant seule aura un mode d'insertion différent d'une équipe dispersée travaillant dans des services plus généraux.
- Deuxièmement, les aspects organisationnels seront à surveiller tel l'implication des départements de psychiatrie ainsi que le type d'arrimage du SIM avec les services en place.
- Troisièmement, les enjeux sociaux et culturels ne sont pas à négliger avec les mouvements récents de traitements ambulatoires ainsi que la recherche d'appuis des regroupements de familles et de proches de patients souffrants de troubles mentaux.
- Quatrièmement, les aspects économiques devront faire partie des éléments à analyser.
- Finalement, l'aspect professionnel devrait être évalué en se penchant sur les renforçateurs auprès des psychiatres, la reconnaissance académique ne semblant pas suffisante.
- Peut-être que le développement d'une culture communautaire serait une piste intéressante de même que les rapports avec les services de base. Il sera intéressant de voir le rôle que le psychiatre adoptera. Deviendra-t-il un simple agent de contrôle des ressources sans cesse décroissantes? Prendra-t-il, au contraire, le leadership en devenant un agent de changement capable de jouer le rôle "d'exécutif central", le catalyseur d'une mémoire qui se souvient?

Bibliographie

1. Lecomte, Yves. De la dynamique des politiques de désinstitutionnalisation au Québec. *Santé mentale au Québec* 1997; XXII, 2: 7-24.
2. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la planification et de l'évaluation. Orientations pour la transformation des services de santé mentale, document de consultation, avril 1997.
3. Center for Psychiatric Rehabilitation. Meeting Review- States helping states: programs of assertive community treatment and managed care. *Community Support Network News* 1997; 11: 1-20.
4. Goering P, Cochrane J, Durbin J. Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale, document de discussion. Ministère de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada 1997.
5. Gouvernement de l'Ontario, Ministère de la Santé, Soins en établissement et services communautaires. *Assertive Community Treatment Guideline*. July 1997.
6. Fenton FR, Tessier L, Struening EL, Smith FA, Benoit C. *Home and Hospital Psychiatric Treatment*. University of Pittsburg Press. 1982.
7. Stein LI. *Innovating Against the Current. New Directions for Mental Health Services* 1992; 56: 5-22.
8. Gélinas D. Points de repère pour différencier la gestion de cas du suivi intensif dans le milieu auprès des personnes souffrant de troubles mentaux graves. *Santé mentale au Québec* 1998; XXIII (2): 17-47.
9. Miles MB, Huberman AM. *Qualitative data analysis: A sourcebook of new methods* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.1994.

10. Creswell JW. Data Analysis and Representation. Qualitative Inquiry and Research Design. Thousand Oaks: Sage. 1998; 139-165.
11. Lesage AD, Lamontagne Y. Vers une redéfinition de la psychiatrie communautaire au Québec. Revue Canadienne de Psychiatrie 1984; 29: 485-489.
12. Sterlin C. Pour une théorie de l'équipe en psychiatrie communautaire. Vie Médicale au Canada Français septembre 1973, vol 2.
13. Fenton FR, Tessier L, Struening EL. A Comparative Trial of Home and Hospital Psychiatric Care. Arch Gen Psychiatry 1979; 36: 1073-1079.
14. Weisbrod BA. A Guide to Benefit-Cost Analysis, As seen Through a Controlled Experiment in Treating the Mentally Ill. Journal of Health Politics, Policy and Law 1983; 7 (4): 808-845.
15. Baddeley AD. Working memory. Oxford: Oxford University Press; 1986.
16. Bachrach LL. On Exporting and Importing Model Programs. Hospital and Community Psychiatry 1988; 39: 1257-1258.

CHAPITRE II

Article 2

Implementation of an Intensive Home Care Program: Organizational Aspects

Implementation of an Intensive Home Care Program: Organizational Aspects

Frédéric Benoit, M.D. 1,2
Alain Lesage, M.D., MPhil 1,3
Raymond Morissette, M.D. 1
André Luyet, M.D. 1
Diane Benoit, Nurse, M. Sc., Inf. 1
Daniel Reinharz, M.D., PhD

1. Address for correspondence: Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine, 7331 Hochelaga, Montréal, Québec, Canada. H1N 3V2
2. Resident in Psychiatry, University of Montreal (Québec, Canada)
3. Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine, affiliated with the University of Montreal (Quebec)

Acknowledgments: *Administrative and clinical partners:* Mr. Réjean Pinard, Dr. Claude Vanier and 30 SIM members. *Research assistants:* Jean-Pierre Bonin, Daniel Gélinas, Éric Dion

3786 words, excluding tables and references
Soumis pour publication dans *Psychiatric Services*

March 2000

Abstract

Objectives: To describe and evaluate organizational aspects associated with implementation of an intensive home care program considered an adaptation of the PACT (*Program for Assertive Community Treatment*) model.

Methods: Forty-three semi-structured interviews were conducted with the main actors involved in the implementation process. A qualitative analysis model was used to analyze the data collected from these 60-minute, audiotaped interviews. The results of the coding process were organized into matrices comprising various categories. This data reduction allowed within-case comparisons.

Results: The existing structures and functions of catchment-area-based multidisciplinary teams were strained by the arrival of a new program and new intensive home care staff. An interdisciplinary model of functioning rather than a hierarchical multidisciplinary model was considered important for the cohesiveness of such a PACT-like program. Psychiatrists as leaders of the existing teams needed to be aware of these dynamics to help teams adapt.

Conclusions: The results of this case study of the implementation of a program model that was adapted rather than adopted integrally, as is usually the case with community programs, show the need to give greater consideration to and evaluate organizational dimensions, such as team dynamics, existing systems of care, and leadership.

Introduction

Over the past twenty years, the *Program for Assertive Community Treatment* (PACT) model has been the subject of much study. Its efficacy in diminishing hospitalization and rehospitalization rates, controlling psychiatric symptoms, increasing satisfaction with services, reducing the use and cost of mental health services, relieving familial burden and facilitating psychosocial rehabilitation is well documented (1). Although these quantitative data are important for determining the potential impact of such a program, they tell us little about how such a program should be implemented or what the results of large-scale implementation might be (2). Indeed, not much is known about organizational factors that facilitate or constrain implementation of the PACT model and, by extension, affect its efficacy and efficiency (3-5).

Stein (6) and Hoult (7) highlighted the importance of understanding the organizational environment in order to overcome implementation obstacles and operate a community mental health services model at an optimum level. These two studies pointed out that strong leadership was necessary to ensure that staff and management accepted and participated in the change. However, their methods of studying these aspects were anecdotal rather than systematic.

The purpose of our study was to explore organizational aspects in the implementation of a PACT-like model using formal qualitative analysis methods. Particular attention was paid to the issues of leadership, integration within an existing system of mental

health care, and the changing philosophy of care among mental health workers. The context of the study was the implementation by a psychiatric hospital in Montreal (Quebec, Canada) of *Suivi Intensif dans le Milieu* (SIM), an intensive home care program modeled after the PACT. The SIM model is consistent with the PACT regarding intensity of care and teamwork. However, the SIM differs from most PACT programs in that staff are integrated in existing, fully operational multidisciplinary teams in catchment-area-based outpatient mental health clinics. This is an original implementation modality better suited to Quebec's existing mental health system, which is territorially based⁰, multidisciplinary, and intent on ensuring a two-tier supply of services from a specialist and primary system of care.

Methods

Research design. A case study was undertaken of the implementation and functioning of a new SIM program in mental health care outpatient clinics.

Data collection. Data was garnered from written documents (official reports) and semi-structured audiotaped interviews with members of the various groups implicated in the implementation. Interviews were conducted from January to March 1999 by the same interviewer (F.B.). A total of 43 interviews, lasting about 60 minutes each, covered the following key stakeholders: (a) hospital managers (N=4); (b) psychiatrists (N=11); (c) professional team members at the ten outpatient clinics (N=9); (d) SIM staff (N=10) at each of the ten clinics; (e) patients receiving SIM care (N=4); (f) community group leaders (N=3); and (g) regional-level managers and planners (N=2). We developed the semi-structured interview with a view to covering the four major epistemological dimensions that shape the actions of organizations and their members (8): (1) rules and structures; (2) understanding of the phenomenon; (3) intentions and strategies; and (4) goal-oriented actions. Attention was focused on the year before implementation, the year during implementation, and the future as foreseen by the interviewees.

Data analysis. Qualitative analyses of the information were performed using predefined descriptive categories based on the above four epistemological dimensions described by Contandriopoulos and Souteyrand 1996 (8). A mixed-coding process

was used to allow new emerging categories to be added. A final coding lexicon was developed after comparing the coding marks of an independent analyst¹ with those of F.B. The coding lexicon was then applied to all the material obtained during the interviews.

Data were then organized into matrices displaying the different categories. The elaboration of a conceptual and chronological matrix for each outpatient clinic respected the rule of thumb put forth by Huberman and Miles (9) according to which any change reported by one actor and not invalidated by another must be entered in the matrix.

A further analysis process served to condense these data into meta-matrices (9) that facilitated within-case comparison and analysis over time. Condensing the information brought out the different profiles of the outpatient clinic teams in terms of adaptation to the implementation process, team functioning, leadership and philosophy of care.

Finally, a first version of the document was sent to all respondents to validate the information collected. Certain modifications were made according to their comments.

Results

The results are divided into two sections. The first covers the specific context of SIM implementation and organization in the hospital. The second describes more specifically each outpatient clinic, identifying different factors impacting on implementation.

Context. The contextual diagram represented in Figure 1 is not intended to be exhaustive or static. It depicts actual interactions and helps understand different forces that came to bear on the process during implementation. The symbols by the arrowheads indicate the predominant type of relationship or exchange that existed between the various groups of actors. Not all relationships are represented, only the most important. As we can see, the implementation of the program called into play multiple actors and groups that extended beyond the individual catchment-area multidisciplinary teams.

Quebec's mental health budget in 1994-95 was estimated at CAN\$1.2 billion, of which 39% went to psychiatric hospitals, 3% to non-profit organizations and 3% to CLSCs (primary care services distributed on a territorial basis). Over one-third of the psychiatric hospital budget, however, went to community-based services (10). The diagram revolves around a plan for restructuring the hospital set in motion two years prior to SIM implementation. The restructuring plan is represented by the giant arrow

spanning the hospital structures. Its purpose was to reduce the number of long- and short-term beds in favor of more ambulatory approaches to care by developing, on top of existing inpatient and outpatient services, other resources such as a day-care hospital (DCH), a crisis center (CC) and a temporary crisis shelter (TCS). Provincial and later regional policies exerted pressure on the restructuring plan by imposing bed cuts and a shift towards greater ambulatory care. Locally, certain observers perceived these policies mainly as a budget-cutting exercise. The hospital's psychiatry department demonstrated leadership by adapting to these pressures and promoting in the hospital values such as preserving quality of care.

The SIM was part of the restructuring plan. Its origins can be traced to a case-management model (CMM) created in 1987 and consisting of an eight-member team that covered the hospital's catchment area. The CMM was appreciated for the quality and continuity of care provided to patients, but many aspects limited its generalization: lack of integration in the main treatment teams of the outpatient clinics, lack of medical supervision, exhausting work necessitating excessive availability of CMM team members who alone ensured continuity of care, and inability to take on new cases from the outpatient clinics and to transfer patients requiring less intensive care back to the main outpatient clinic teams.

The Department of Psychiatry's leadership played a key role in developing the SIM. The department favored implementing the SIM only after it had assumed more direct control of the CMM program. The department decided that the CMM team members

would merge with the new SIM members to be part of the main outpatient clinic team. The department then adapted the SIM to the philosophy of care prevailing in its host setting, according to which the psychiatrist as team leader was ultimately responsible for the patient.

SIM members were assigned to the ten clinics in two different phases: 15 in April 1998 and 15 more in November 1998. The psychiatry department's strong leadership in structuring the SIM program at this level of implementation contrasted with its relative absence of direct intervention on the choice of patients and the role of SIM staff within the outpatient clinic teams. These aspects were left to the discretion of the clinics.

The transformation from CMM to SIM took place within the framework of various limiting and sometimes related factors. First, as the existing CMM coordinator failed to adapt to the new model and to provide leadership in implementing the SIM, the process was dragging on. Second, as the research department was deeply involved in the SIM by supplying statistical data for the future program and suggesting research designs for future studies, the SIM was initially perceived by other stakeholders as a research project rather than a new model of community services. Moreover, in the absence of a clinical leadership, the research department had de facto taken control of the program. Third, the human resources department was overwhelmed at the time by the recent massive closure of long- and short-term beds. Finally, social services

resisted the change as they saw themselves eliminated from rehabilitation activities by the Department of Psychiatry and their roles encroached upon by the SIM staff.

Concrete action had to be taken to ensure proper reorientation and implementation of the program. Consequently, a SIM Implementation Committee was set up, a moratorium was imposed on all SIM-related research as a way of taking the reins of the program away from the research department, a new chief coordinator was appointed, lectures and information sessions on the SIM were held, and regional authorities earmarked special additional funds for the program in 1997. The diagram illustrates the central role of the SIM Clinical Coordinator, supported by the Department of Psychiatry by way of the SIM Implementation Committee. The collaborative (C+) relationships with three key groups depicted in the diagram reflect the importance of the field leadership exercised by the clinical coordinator, a head nurse with extensive administrative and clinical experience, administratively linked to and appointed by the Department of Psychiatry.

Further to the right, the diagram describes certain relationships between the hospital and the community and patients centered on issues raised by the SIM. For more than three years, the hospital had been developing stronger ties with the CLSCs (primary care services distributed on a territorial basis) and non-profit organizations. Some non-profit community organizations (CO) had observed their clientele change in the past years, with new clients presenting with more severe mental illness. These organizations blamed the hospital for not working in collaboration with them and

failing to prepare them for this type of clientele. A Task Force composed of CO members, CLSC directors, outpatient clinic (OC) managers and the SIM coordinator was subsequently formed to assess the impact of the SIM on these community services. Again, the SIM coordinator played a major role in the matter.

As a group, interviewed patients recognized that the SIM helped them stay in the community and avoid rehospitalization. They did not perceive it as invading their private life. Instead, they felt that the SIM supported their autonomy and reassured them in their daily activities.

Outpatient clinic functioning. As we can see in the diagram, the outpatient clinics (OC) were categorized into three groups according to their adaptability: (I) the first comprised four well-adapted clinics (A, B, C, D); (II) the second demonstrated temporary adjustment problems (E, F, G); and (III) the last experienced major adjustment problems (H, I, J).

The three groups had one thing in common. In all the clinics, the SIM was perceived as a strategy imposed by authorities above the hospital. Furthermore, most of the clinics deplored the lack of consultation.

Clinics A, B, C and D were described by their main actors as multidisciplinary and versatile. However, this factor seemed insufficient to assure successful

implementation, as many of the clinics in the second group also shared this characteristic.

The teams' understanding of the SIM before implementation seemed nebulous. The role of the SIM was not well defined. This confusion gave rise to apprehensions regarding function overlap, particularly among social workers. However, this point alone did not seem to play a significant role in limiting adjustment to the SIM. Whereas a natural collaboration developed in clinic A, clinics B, C and D developed more active strategies. For example, clinic B introduced the SIM staff to how the clinic operated and drew up clear boundaries in order to clarify roles. Existing team members actively supported the new staff by helping them handle difficult patients. Clinic C rallied behind its new team members as they shared the same values of quality of care in the community. Everyone's reservations dissipated as SIM interventions improved the team's capacity to intervene in the community. Clinic D provided a clear example of leadership: The psychiatrist there adapted how his team operated to be more in line with an interdisciplinary mode of functioning. This contributed to abate everyone's fears and fostered the implementation process. These four clinics, which described their functioning as multidisciplinary, actually tended towards interdisciplinary dynamics. This aspect seemed to play a pivotal role that will be further examined in the analysis of the other clinics.

Some clinics (E, F and G) had temporary organizational adjustment problems. These clinics displayed similarities: multidisciplinary functioning, absence of action to

facilitate a difficult implementation process and, finally, absence of leadership. The fact that multidisciplinary teams favor the autonomy of their members posed a problem for SIM staff, as they needed support in dealing with difficult patients. Certain SIM members felt left to themselves and regrouped to share the burden of working with these patients. By so doing, they moved towards a classic PACT team organizational model. Some team members were afraid that this informal reorganization would create a schism within the clinic (a separate SIM team). It was also feared that SIM staff would invade spheres of activity in which they had no professional training. This second group of clinics allowed us to observe interactions between team structures and management leadership. These interactions were elucidated once the second and thirds groups were compared.

Clinics H, I and J experienced major adjustment problems from the outset of the project. This group was characterized by an absence of leadership, poor teamwork and, in one case, the absence of a team structure. The team members at these clinics neither participated nor were implicated in the implementation process. The SIM staff did their best at cooperation within the indifferent (clinic I), suspicious (clinic H), unstable and hostile (clinic L) climates reigning there. While a timid form of leadership attempted to emerge at clinic H, there was a total absence of leadership at clinic J where the team members envisaged a boycott of the SIM. It appeared that the lack of leadership interacted with the structures of the team and gave rise to ambiguity and further conflicts. These three clinics had in common a lack of teamwork. In fact, clinic I did not even function as a team, each member there working independently of

the others. Clinic H operated according to a hierarchical model marked by rigidity and suspiciousness towards new members who were seen as possible invaders of professional spheres. Such an environment was hardly conducive to SIM implementation. At the opposite end, clinic J had no boundaries and few structures, which left room for the many different members to express their personalities. In short, clinic J had an already existing problem, which the arrival of the SIM simply displaced.

The last series of observations related to the view that proper program implementation also depended on the personal attitudes and qualities of the new staff. These included the following: strong adjustment abilities, shared values regarding care, and respect for the medical model where the physician (in this case the psychiatrist) develops the treatment plan to be applied. Although this factor was not considered essential for successful program implementation, the absence of leadership and teamwork enhanced its importance.

Discussion

This case study describes how leadership at a hospital adapted to pressure exerted on the health care system by regional authorities to cut costs and shift towards greater community care. Locally, the hospital, led by the psychiatry department, implemented a model of care almost unilaterally without first consulting the field and local organizations. The hospital acted proactively in response to pressure from regional authorities and adapted the model to their own needs and philosophy of care. Paradoxically, primary care services (CLSCs) began to be consulted only a few months into the implementation process, which attests to the modest role played by these organizations. This belated consultation was considered by the SIM coordinator to be essential for the longevity of the program.

The adaptation of different models of community mental health care is a matter of controversy. Certain authors have suggested that the implementation success of the PACT is correlated with the degree of fidelity to the original model (11). Others interested in the organizational aspects of mental health care have proposed adapting the model to exploit the strengths of the implementation setting rather than adopting it integrally (12). The *Bridge* program in Chicago is an example of an adaptation of the PACT to local and regional services that has promoted the model's diffusion (13). The absence of consensus in this regard could also be explained by the lack of research on factors implicated in the implementation process, factors difficult to quantify through classic randomized clinical trial methods (14).

We presented here a qualitative model of analysis to shed light on unexplored aspects of the implementation of an intensive home care program. As we saw, implementation of the SIM program engendered a series of problems concerning leadership, team structures and functioning, and community orientation, which are frequently encountered in the development of new programs. This study also revealed that the SIM program presented major challenges related to integration of a new program within existing care structures. The impact of these aspects may have been underestimated in the PACT literature.

Implementation of the SIM program in existing mental health care systems brought to the fore major issues concerning team structures and the role of the psychiatrist. In a recent study, Ray (15) described the resistance and the many barriers that exist to the interdisciplinary model. With the adoption of a more egalitarian decision-making model, psychiatrists lose the hierarchical authority that they hold under the medical model. New models can emerge naturally when a team undergoes change but, as we explained in the results, the process often requires the presence of a strong leader to help these models take root. This is where a psychiatrist with a keen awareness of team dynamics can play a decisive role. By adapting the model of care to best exploit the strengths of the local organization and by implicating and respecting all staff members, the psychiatrist can demonstrate leadership in the field which can render the local service system more receptive to program implementation. A network of

interest would thus be created to ensure stronger anchoring and, it is hoped, the longevity of the program.

This case study also allowed us to differentiate two dimensions of leadership in the mental health care environment, namely, horizontal and vertical. Horizontal leadership relates to how an interdisciplinary team functions. The standard PACT structures characterized by self-contained teams favor interdisciplinarity. In the case of the SIM, this leadership rapidly ran up against already existing structures that did not necessarily favor interdisciplinarity and were sometimes resistant to change to the point of obstructing implementation within the community psychiatric team. Vertical leadership concerns the relationship between a program and other services of the local and regional mental health care system, that is, how it fits in with surrounding resources. In this connection, we showed that this leadership was promptly assumed by the SIM leaders, who were proactive in the SIM implementation by establishing communication mechanisms. By contrast, the classic PACT may not pay enough attention to other existing systems and may even work along parallel lines. In the long term, when the time comes to discharge patients to these other systems, a break in the continuity of care may occur.

Both horizontal and vertical leadership are pivotal with respect to a key value in the care of the severely mentally ill, namely, continuity of care (14). Continuity of care was ensured in our case by integrating SIM staff in each outpatient clinic. Several studies have described the sort of difficulties encountered with the original PACT

model when patients are transferred to teams delivering less intensive care, with which little or no prior contact was maintained (16, 17, 18, 19). With the SIM, once intensity of care can be diminished, the community psychiatric care team within which the SIM is implemented provides support to patients already familiar to staff. Conversely, patients continue to be cared for by caregivers already familiar to them.

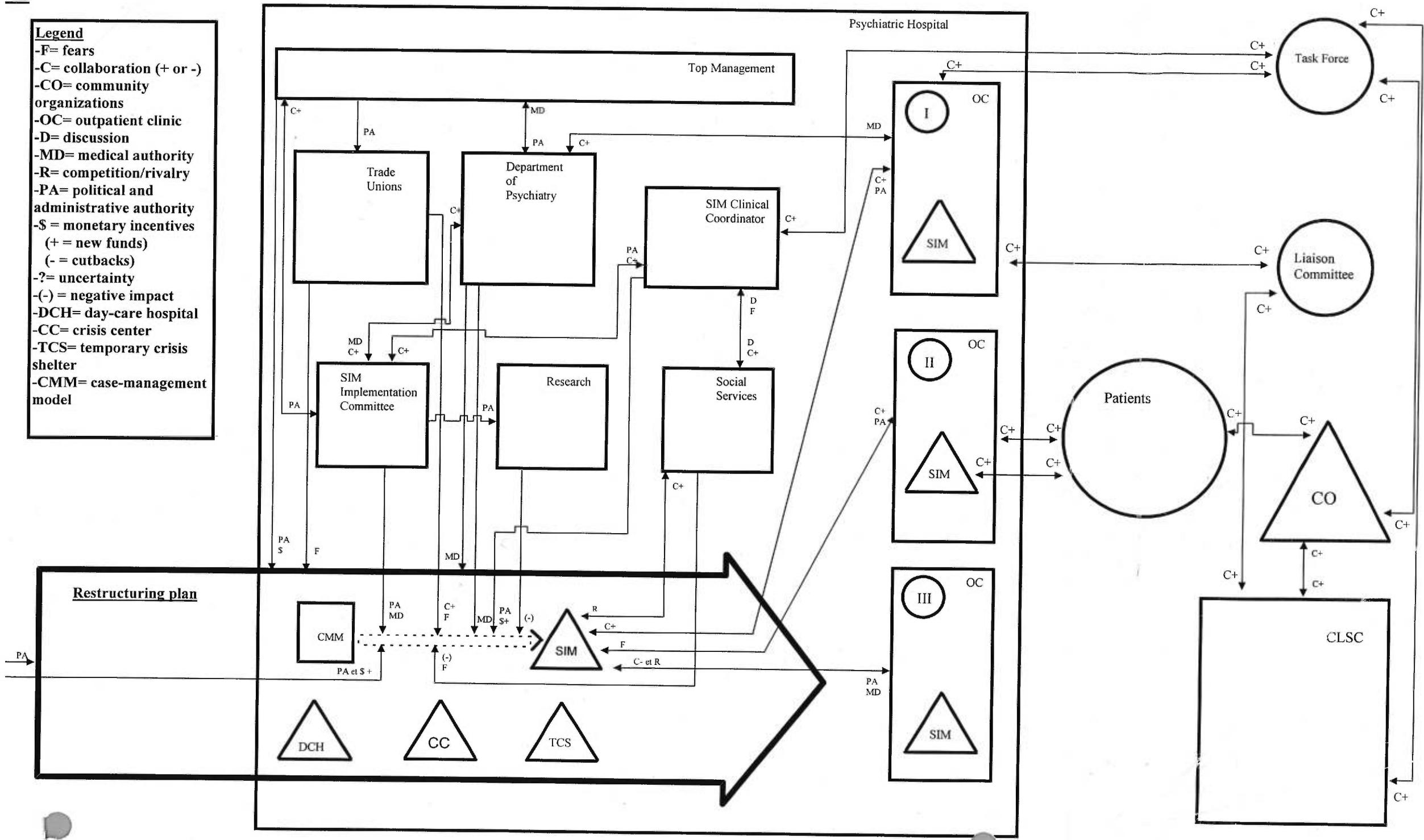
The results of our study present various limitations. First, although the research was of an exploratory nature, the use of pre-defined descriptive categories to collect information probably curtailed observation. The complexity of the inter-relationships between actors allowed the importance of certain groups such as the trade unions to be minimized. These groups should be given greater consideration in future studies. The generalizability of our findings is limited on account of the specific context described. This issue should be addressed by comparing these against the results of future studies at the same and other sites. Finally, these results concern only the implementation process. Other input and outcome measures should be taken at the individual and regional levels for a more extensive program evaluation (20).

This case study describes an adaptation of the PACT model, but the findings are relevant to any mental health care system. These include the following: organizational aspects need to be considered early on in the implementation process; structures and the roles of the team are strained by the arrival of a new program; and the absence of leadership engenders difficulties. This study raises many questions to be answered in future research: Will this adaptation of the PACT model be as effective as the more

standard model? Is fidelity to the original model an essential ingredient of success, as some authors have stated (13, 21)? On the one hand, this adaptation may involve a harder and longer initial implementation process, as seen in the study, necessitating changes to the way teams function. On the other, it may ensure the program's longevity through its continuity with existing systems, which represents a benefit for both the systems and the patients. Future research will have to address the trends observed in this preliminary implementation study, particularly as regards team structures and leadership.

Finally, the organizational decision to implement a program in this manner may lead in the longer run to an interdisciplinary model of care in the entire health care system, and not only in the segregated sub-systems. This could lead to a renewed movement toward community-based treatment facilitated by patient-centered interventions.

- Legend**
- F= fears
 - C= collaboration (+ or -)
 - CO= community organizations
 - OC= outpatient clinic
 - D= discussion
 - MD= medical authority
 - R= competition/rivalry
 - PA= political and administrative authority
 - S = monetary incentives (+ = new funds) (- = cutbacks)
 - ?= uncertainty
 - (-) = negative impact
 - DCH= day-care hospital
 - CC= crisis center
 - TCS= temporary crisis shelter
 - CMM= case-management model



References

1. Drake R, Burns BJ: Special section on assertive community treatment: an introduction. *Psychiatric Services* 46:667-678, 1995
2. Schmidt-Posner J, Jerrel JM: Qualitative analysis of three case management programs. *Community Mental Health Journal* 34:381-392, 1998
3. Burns BJ, Santos AB: Assertive community treatment: an update of randomized trials. *Psychiatric Services* 46:669-675, 1995
4. Test MA: Community-based treatment models for adults with severe and persistent mental illness, in *Mental Health Research: Implications for Practice*. Edited by Williams JBW, Ell K. [place of publication], [publisher], 1998
5. Reinke B, Greenley JR: Organizational analysis of three community support program models. *Hospital and Community Psychiatry* 37:624-629, 1986
6. Stein LI: Innovating against the current. *New Directions for Mental Health Services* 56:5-22, 1992

7. Hoult J: Dissemination in New South Wales of the Madison model, in *Mental Health Care Delivery: Innovations, Impediments and Implementations*. Edited by Marks IM, Scott RA. Cambridge, England, Cambridge University Press, 1990
8. Contandriopoulos AP, Souteyrand Y: *L'hôpital stratégique: Dynamiques locales et offre de soins*. Montrouge, John Libbey, 1996
9. Huberman AM, Miles MB: *Analyse des données qualitatives*, first edition, Bruxelles, De Boek-Université, 1991
10. MSSS (1997): *Orientations pour la transformation des services de santé mentale*. Gouvernement du Québec, Québec, 1997, ISBN 2-550-31536-7
11. Stein LI, Santos AB: *Assertive Community Treatment of Persons with Severe Mental Illness*, first edition. New York, Norton, 1998
12. Bachrach LL: On exporting and importing model programs. *Hospital and Community Psychiatry* 39:1257-1258, 1988
13. Witheridge TF: The active ingredients of assertive outreach. *New Directions for Mental Health Services* 52:47-64, 1991

14. Thornicroft G, Tansella M: *The Mental Health Matrix, A Manual to Improve Services*. Cambridge University Press, 1999.
15. Ray MD: Shared borders: achieving the goals of interdisciplinary patient care. *American Journal of Health-System Pharmacy* 55:1369-1374, 1998
16. Salyers MP, Masterson TW, Fekete DM, et al: Transferring clients from intensive case management: impact on client functioning. *American Journal of Orthopsychiatry* 68(2):233-245, 1998
17. Audini B, Mark IM, Lawrence RE, et al: Home-based versus out-patient care for people with serious mental illness. Phase II of a control study. *British Journal of Psychiatry* 165(2):294-210, 1994
18. McRae J, Higgins M, Lycan C, et al: What happens to patients after five years of intensive case management stops? *Hospital and Community Psychiatry* 41(2):175-179, 1990
19. Susser E, Valencia E, Conover S, et al: Preventing recurrent homelessness among mentally ill men: a "critical time" intervention after discharge from a shelter. *American Journal of Public Health* 87(2):256-262, 1997

20. Tansella M, Thornicroft G: A conceptual framework for mental health services: the matrix model. *Psychological Medicine* 28:503-508, 1998

21. McGrew JH, Bond GR: Critical ingredients of assertive community treatment: judgments of the experts. *The Journal of Mental Health Administration* 22:113-125, 1995

22. Allness DJ, Knoedler WH: *The PACT Model of Community-Based Treatment for Persons with Severe and Persistent Mental Illness: A Manual for PACT Start-Up*, first edition. Virginia, NAMI, 1998

0 The psychiatric hospital described in the study is a specialized university center delivering mental health services to a territory with a population of 340,000 inhabitants, covering the east end of Montreal. Over the past two decades, outpatient psychiatric services have been delivered in ten catchment-area-based clinics directed by psychiatrists functioning within a multidisciplinary framework with psychologists, occupational therapists, social workers and nurses. The decision was made to implement the SIM program in April 1998 and to integrate the new staff (nurses or educators) in the existing ten outpatient clinic teams. Contrasting with the shared caseload philosophy of the PACT, SIM workers have their own individual caseload of no more than ten clients in general (22).

1 For a copy of the coding chart lexicon, please contact the first author at the correspondence address.

CHAPITRE 3

Discussion

3.1 Discussion générale

Le premier article démontre que l'évaluation d'un programme de service de soins ne peut se limiter à évaluer l'efficacité de cette approche. Le tableau d'ensemble apparaît, en effet, beaucoup plus complexe. Tansella et Thornicroft (1999) offre une vision globale permettant de mieux saisir la complexité des liens existants lors de l'évaluation des services dans un système complet de soins de santé. Une majorité d'études, à l'heure actuelle, s'intéresse à la dimension des résultats particulièrement au niveau de l'utilisateur. Par contre, peu d'études évaluent les autres sphères décrites dans la matrice de Tansella et Thornicroft. L'étude menée par l'équipe de Fenton (Fenton et al., 1982) démontre bien cette situation en exposant des résultats positifs chez les usagers ayant bénéficié de l'approche étudiée. Ce type d'étude contrôlée et randomisée est utilisée pour évaluer le niveau de l'utilisateur ainsi que l'efficacité des approches, les résultats. Par contre, ces études, à elles seules, ne peuvent couvrir l'ensemble d'un programme de soins. Cette vision réductionniste pourrait expliquer pourquoi des approches ou des traitements démontrés efficaces ne se généralisent pas; l'expérience de Fenton, à l'hôpital Général de Montréal dans les années soixante-dix, décrivant bien cet état de fait.

Summerfelt et Meltzer (1998) décrivent la nécessité de combiner les études d'efficacité aux études d'efficience, le premier type d'étude évaluant la validité interne, le second type évaluant la validité externe. En décrivant et évaluant de la façon la plus complète possible un programme, les chances d'une plus grande validité externe se voient augmenter, permettant ainsi une diffusion plus grande de l'approche.

De façon rétrospective, certains enjeux ont été identifiés comme ayant pu limiter la diffusion du SIM. Parmi ces enjeux, la sphère organisationnelle occupe une place d'importance. Le rôle du psychiatre est mis en avant plan; ce rôle ne devant pas se limiter à la simple gestion de ressources sans cesse décroissantes. Il semble, en effet, que l'implantation d'un nouveau programme de soins nécessite un fort leadership pour amener le personnel à accepter et à participer au changement, mais aussi l'environnement à accepter un nouvel état de fait. Ce leader créera un réseau dense d'intérêts pour que ce nouveau programme soit adopté par le réseau déjà en place. Les gens s'identifieront à cette nouvelle approche, la percevant comme étant la leur. Cette appropriation de l'approche par l'environnement sera le gage d'une implantation réussie.

Le deuxième article explore plus en profondeur les aspects organisationnels du processus d'implantation du SIM à l'hôpital Louis-H. Lafontaine. L'observation, faite lors du processus d'arrimage d'un programme de soins dans la communauté, offre une chance unique de saisir les différentes interactions et les modalités d'inter-relations

entre les intervenants qui assurent le suivi intensif dans le milieu et les autres membres de l'équipe multidisciplinaire ainsi que les liens qu'ils établissent avec les CLSC et les autres ressources de la communauté.

L'analyse qualitative permet d'explorer des domaines encore peu évalués et se prêtant moins bien au devis de recherche quantitative. Les données quantitatives sont importantes pour déterminer l'impact d'un type de programme mais ne semblent pas suffisantes pour aborder des aspects autres comme la nature des programmes étudiés (Posner et Jerrel, 1998). La pauvreté des connaissances actuelles, sur les différences qualitatives entre les types de programmes, pourrait s'expliquer par une absence relative de modèle d'analyse évaluant la sphère organisationnelle. L'utilisation d'une méthode de recherche qualitative permet une exploration plus vaste du domaine laissant émerger des hypothèses ou des trouvailles non anticipées au début de la recherche. Cette approche de nature inductive se trouve sur un continuum avec, à l'autre extrémité, des approches hypothético-déductives où le chercheur confirme des hypothèses déjà énoncées (Miles & Huberman, 1991). La méthodologie utilisée dans le deuxième article se situe entre les deux pôles de ce continuum. En effet, l'exploration du processus d'implantation était mené à l'aide d'un cadre d'observation, cadre de référence (Contandriopoulos & Souteyrand, 1996) permettant de classifier les informations dans différentes catégories. Le risque d'une approche purement exploratoire, sans cadre conceptuel, aurait été de créer une quantité imposante d'informations difficilement traitables ultérieurement. Suite à l'analyse des données,

plusieurs résultats intéressants peuvent être identifiés et répertoriés sous deux thèmes principaux: structure de l'équipe et leadership.

Dans un premier temps, la structure de l'équipe est abordée. Le SIM, contrairement à une équipe PACT qui travaille de façon parallèle aux services en place, s'insère dans un système déjà en action. Le bon fonctionnement des intervenants SIM dans les cliniques externes nécessite que l'équipe en place travaille sous un mode interdisciplinaire. La pratique interdisciplinaire consiste en une approche intégrée où les membres d'une même équipe de soins coordonnent activement les soins et les services au travers des différentes professions. L'équipe multidisciplinaire, quant à elle, est formée de membres dont chacun pratique en étant conscient et en tolérant les autres disciplines (Ray, 1998). Dans l'équipe interdisciplinaire, les décisions sont prises par consensus, chaque discipline ayant, de façon égale, son mot à dire. À l'opposé, dans l'équipe multidisciplinaire, les décisions sont prises par un individu, le pouvoir de décision de chaque discipline ayant été défini à l'avance.

Ray (1998) énumère plusieurs raisons pour adopter un modèle de soins interdisciplinaire. Premièrement, les besoins de l'être humain sont complexes et excèdent souvent la capacité d'un seul individu. Ensuite, il y a un besoin d'une structure pour coordonner les efforts des disciplines indépendantes. Troisièmement, il semble que la pratique interdisciplinaire entraîne un niveau de confiance entre les professions et une meilleure compréhension entre chacune des disciplines.

Finalement, en plus du partage des connaissances et des habiletés au profit du patient, il y aura partage d'attitudes et de valeurs communes.

Plusieurs obstacles à l'approche interdisciplinaire sont énumérés par le *University of Colorado Health Sciences Center* lors d'un rapport produit en 1996: "*major barriers to an interdisciplinary approach include historical factor such as different philosophies of practice and professional training, logistics of team implementation, and resources limitations*"(...) "*the dominant culture values in the United States tend to place greater importance on individual achievement than on cooperative group work*". De plus, Ray (1998) s'inspire de ce groupe d'étude et énumère certaines barrières à l'approche interdisciplinaire:

- La formation des médecins met l'emphase sur le fait qu'ils soient en position de commande, prenant des décisions indépendantes et prenant action. Les patients s'attendent de leur médecin qu'il soit décisif et sont peut-être plus à l'aise avec un modèle de soins unidisciplinaire.
- Les modèles de soins traditionnels sont basés sur les différents systèmes du corps humains (système cardio-vasculaire, système respiratoire, etc...) et donc sur une connaissance spécialisée n'accommodant pas les disciplines qui considèrent le patient dans son ensemble.
- Les attentes envers les buts et les objectifs de traitement des diverses disciplines sont souvent différentes.
- Les programmes d'éducation n'enseignent pas le travail en équipe interdisciplinaire.

- Les soins donnés sous forme interdisciplinaire sont plus coûteux que les soins donnés sous forme unidisciplinaire.
- Les conditions requises pour un travail d'équipe efficace ne sont généralement pas comprises.

Dans le même ordre d'idée, Barr (1997) insiste sur l'importance de reconnaître et d'accepter la complexité reliée au développement d'un fonctionnement en équipe. Il énumère plusieurs actions à poser pour favoriser l'implantation d'une équipe interdisciplinaire: clarifier les buts et priorités, la structure, la position et l'autorité du leader de l'équipe; reconnaître l'importance des politiques opérationnelles et la culture; favoriser la collecte de données pour démontrer la réalisation des buts fixés par l'équipe; investir dans la formation et le développement de l'équipe; favoriser l'investissement personnel à développer de nouvelles compétences; prôner l'ouverture d'esprit à apprendre des autres collègues; partager et établir une compréhension commune pour des concepts vagues; demeurer prêt à accepter les difficultés comme les avantages reliés à la collaboration. Young (1998) décrit l'importance à accorder au fonctionnement de l'équipe; les limites et territoires professionnels étant souvent une source de rivalité empêchant un travail intégré où les différents professionnels pourraient échanger leurs compétences. Young (1998) poursuit en insistant sur le fait que du temps et des efforts doivent être investis pour faire tomber cette rivalité, suggérant qu'un travail en étroite collaboration entraîne généralement un plus grand respect et une plus grande confiance aux autres professions.

Un deuxième résultat s'intéresse particulièrement à ce leadership joué par le psychiatre. Plusieurs ont parlé du psychiatre comme devant se positionner et agir en leader. Le premier article énonce que l'implantation et la diffusion du SIM doivent être soutenues par une forme particulière de leadership où le psychiatre agit comme un "entrepreneur du social". Son rôle sera de créer des liens, un réseau dense d'intérêts. Il devra écouter la première ligne et adapter les modèles de soins aux particularités du milieu. En tissant cette toile de fond, le leader pourra se faire de plus en plus discret et s'effacer progressivement au fur et à mesure que le milieu se développera, permettant ainsi le soutien des nouveaux programmes. La longévité du programme ne dépendra plus d'un ou de quelques acteurs-clés porteurs du projet mais plutôt du milieu où un enracinement durable aura pu se développer.

Le second article envisage le leadership sous un angle différent. Nous pouvons observer que l'arrivée d'un nouveau modèle de soins oblige à repositionner le leadership de l'équipe. Un des facteurs déterminant la bonne adaptation du SIM aux équipes en place semble être le type de leadership exercé dans les différentes équipes. L'arrimage d'un nouveau programme remet en question le fonctionnement de l'équipe ainsi que le type de relations entre les intervenants. Le psychiatre voit particulièrement sa position mise en tension étant, de façon traditionnelle, le chef de l'équipe multidisciplinaire. Il doit trouver un nouvel équilibre entre son rôle clinique traditionnel et les différents nouveaux rôles énoncés récemment par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CanMeds 2000 Project), en particulier le rôle

d'administrateur des services disponibles, visant à utiliser efficacement les ressources tout en ciblant spécifiquement les besoins des patients, permettant ainsi un accès plus grand aux services disponibles et ce, à un plus grand nombre de personnes. Le leadership y est également disséqué laissant émerger deux niveaux d'interactions: le leadership horizontal qui intéresse le fonctionnement interne de l'équipe et le leadership vertical qui adresse les différentes interactions des équipes entre elles et avec les différentes ressources environnantes autant hospitalières que communautaires. Sans leadership, l'équipe peut perdre sa direction et ne pas progresser.

Fait intéressant, l'implantation du SIM fait resurgir certains enjeux similaires à ceux rencontrés lors de l'arrivée du mouvement de psychiatrie communautaire dans les années soixante. Un parallèle intéressant peut être dressé avec la mise en place, il y a plus de trente ans, des Centres Communautaires de santé mentale (*Community Mental Health Center-CMHC*) aux États-Unis. Des écrits assez abondants démontrent comment le rôle du psychiatre s'est vu modifié par l'arrivée de ce type différent de service de soins. Son leadership sera mis en tension, le psychiatre devra se repositionner (Hirschowitz, 1971). Langsley et Barter (1983) notent une perte de leadership médical avec la venue des CMCH et suggèrent de renverser la tendance pour optimiser les soins donnés aux patients en redéfinissant les rôles des professionnels et en soutenant les efforts des différents acteurs (les CMHC eux-mêmes, les programmes de formation en psychiatrie, la profession en psychiatrie et le gouvernement fédéral). Astrachan (1980) énonce l'importance, pour l'avenir des

organisations de soins de santé, d'avoir un leadership non seulement axé sur les compétences cliniques mais mettant également l'emphase sur les connaissances administratives permettant de planifier et de mettre en place des structures organisationnelles pouvant promouvoir la qualité des traitements. Ces principes semblent toujours d'actualité et pouvant être appliqués au contexte actuel pour favoriser l'implantation de programmes de soins dans la communauté.

La sphère organisationnelle met en tension le rôle du psychiatre. L'arrivée d'un nouveau programme chamboule les rôles de chacun, le psychiatre n'y échappant pas. L'émergence d'un leadership est essentiel pour favoriser l'arrimage d'un tel type d'approche. La survie du SIM exige une transformation du fonctionnement de l'équipe vers l'interdisciplinarité. Dès lors, le psychiatre voit son rôle de leader hiérarchique, aux commandes d'une équipe multidisciplinaire, glisser vers un rôle moins traditionnel de membre d'une équipe interdisciplinaire où chaque discipline est considérée également dans le processus décisionnel.

Dans certains cas, le psychiatre peut percevoir ce changement comme menaçant son identité professionnelle, ayant peur de perdre certains pouvoirs attribués historiquement à la profession médicale. Il préfère alors se réfugier dans un cadre hospitalier plus rassurant où le modèle de soins en est un médical. Ceci pourrait, en partie, expliquer l'apparition de cliniques de soins sur-spécialisés ayant fait suite au mouvement de psychiatrie communautaire des années soixante-dix. En effet, dans les cliniques spécialisées, le psychiatre demeure le chef. Son autorité n'est pas menacée,

l'attribution du pouvoir se faisant au poids des connaissances médicales, le psychiatre contrôle et dirige l'équipe.

Un scénario différent peut être envisagé. Une approche égalitaire plutôt qu'élitiste doit être prônée par les psychiatres voulant travailler dans la communauté (Stein, 1998). Le psychiatre doit être prêt à partager le pouvoir et les responsabilités entre les professionnels non-médicaux. Cet état de fait ne signifie pas pour autant de désertier toute forme de leadership. Bien au contraire, le leadership du psychiatre se reflète par ses gestes posés pour mettre en place les conditions nécessaires à une implantation réussie. Il doit développer un réseau dense d'intérêt en impliquant le plus d'acteurs aux différents niveaux d'interventions. Ainsi, un leadership moins traditionnel émerge, permettant d'adapter le modèle de soins au milieu qui deviendra de plus en plus réceptif et porteur cette nouvelle approche qu'il fera sienne, favorisant ainsi son implantation durable dans la communauté.

L'arrimage du SIM avec le dispositif actuel met, en avant-plan, la structure et le fonctionnement de l'équipe ainsi que la capacité d'adaptation et de transformation du milieu. Comparativement au modèle PACT original qui fonctionne souvent en parallèle des soins déjà existants, le SIM implanté à l'hôpital Louis-H. Lafontaine veut respecter le modèle de soins du milieu s'y imbriquant étroitement. Le processus d'implantation devient un moment privilégié d'observation des différents facteurs permettant ou non un enracinement durable de cette approche. La seconde analyse démontre que l'adaptation varie selon les cliniques externes; parfois l'implantation est

facile alors que dans d'autres milieux, des difficultés plus sérieuses apparaissent. Les principaux acteurs rencontrés appartenant au département de psychiatrie ont décidé d'adapter un modèle de soins aux particularités de leur milieu, plutôt que de l'adopter intégralement, allant ainsi à l'encontre d'un courant de pensée voulant que la fidélité au modèle PACT soit garante d'une plus grande efficacité (McGrew, 1995). D'autres auteurs (Bachrach, 1988) sont d'avis contraire, croyant que l'adaptation au milieu est préférable pour favoriser une meilleure implantation et généralisation du programme. Une observation au long cours permettra peut-être de préciser l'état de nos connaissances sur cet aspect des écrits qui demeure toujours, à l'heure actuelle, débattu.

Une implantation réussie pourrait assurer la longévité du programme, évitant un changement cyclique dans la forme des services de soins donnés. En effet, certains pourront observer un mouvement de pendule dans l'organisation des soins. Contrairement au mouvement de psychiatrie communautaire des années soixante-dix, initiée par un intérêt et un leadership fort des protagonistes de l'époque, la cinétique actuelle semble avoir été initiée, en partie du moins, par des pressions externes (économiques et politiques). Il sera intéressant d'observer la réaction d'un modèle médical hiérarchique qui se voit fortement suggérer des approches différentes où le pouvoir y est redistribué de façon moins classique. Les conditions d'implantation de programme de soins différents font appel à des capacités d'adaptation et de leadership peu développés chez la majorité des protagonistes contemporains. La formation médicale et psychiatrique actuelle s'attarde peu à ces aspects. L'intérêt est axé sur le

pôle biologique de la psychiatrie. Les cliniques spécialisées se développent de plus en plus, permettant de camper un pouvoir médical où les remises en question de l'autorité et de la forme de leadership sont inexistantes. Le besoin de pouvoir devra être questionné et étudié lors de la formation du résident. Le futur psychiatre se voit "élevé" dans un milieu où l'aspect psychosocial est peu valorisé. Le fonctionnement en équipe et le leadership ne sont que trop rapidement esquissés au cours de sa formation. L'identification à une pratique autre est difficile vu l'absence de modèles différents. Le prestige revient à la molécule miracle ou au chercheur parlant de neurobiologie. L'accès à des modèles autres devra être favorisé. Un intérêt croissant pour une psychiatrie plus systémique pourra ainsi se développer et sera le meilleur gage d'implantations durables de formes de traitement dans la communauté. Une collaboration plus étroite avec le milieu sera non seulement bénéfique pour le patient mais permettra le support de ces approches, évitant peut-être, pour de bon, le retour du balancier.

3.2 Conclusions

Les deux articles présentés dans ce mémoire soulignent l'importance à accorder au processus d'implantation lors de l'évaluation d'un programme de soins donnés dans la communauté. Une évaluation globale incluant à la fois des études plus traditionnelles sur l'efficacité et des études évaluant les intrants et le processus aux différents niveaux (usager, local, régional/provincial) permettra une meilleure compréhension et possiblement une plus grande diffusion de ce type d'approche. Un modèle d'analyse qualitative est suggéré pour évaluer les différents enjeux impliqués dans un processus d'implantation. La vision organisationnelle devient une sphère prioritaire vu son rôle possible comme facteur limitant la diffusion. Ce type d'analyse évaluera les différents enjeux impliqués. L'analyse, en cours d'implantation, permettra peut-être d'ajuster le processus et, par le fait même, deviendra imbriquée dans les aspects organisationnels.

Les résultats observés au cours de l'implantation du SIM, à l'hôpital Louis-H. Lafontaine, permettent d'entrevoir des processus d'implantation variés, parfois sans heurt, parfois plus difficile. Ce type d'implantation pourrait, dans un premier temps, être plus exigeant, mettant en relief le besoin de s'attarder à la structure et au fonctionnement de l'équipe et nécessitant l'émergence d'un leadership permettant l'adaptation du milieu. Le rôle du psychiatre sera particulièrement mis en tension, devant se positionner face aux changements requis et entraînés par l'arrivée d'une nouvelle approche. Par ailleurs, une fois l'arrimage complété, cette nouvelle forme de suivi intensif dans le milieu modelé aux besoins et aux particularités de

l'environnement pourrait être le gage de réussite au niveau de sa diffusion élargie et de sa longévité. Cette dernière supposition n'est qu'hypothèse, l'étude complétée se limitant à évaluer les aspects organisationnels impliqués dans le processus d'implantation qui est toujours en cours. Des études ultérieures permettront peut-être de répondre à cette question. Elles permettront également d'évaluer d'autres aspects tels l'impact de la recherche actuelle sur le processus d'implantation, l'évolution des structures de l'équipe, l'émergence d'un leadership médical ou plutôt l'apparition d'un leadership alternatif.

En conclusion, il serait important, pour que ce mémoire ne soit pas le seul souvenir du PACT et des différentes approches prônant l'intervention dans la communauté, que des messages clairs soient transmis à plusieurs niveaux :

■ **Sur le plan de la formation:**

- établir des critères de sélection des candidats qui tiendront compte des capacités de leadership ainsi que d'ouverture d'esprit
- développer des objectifs d'apprentissage précis adressant ces aspects
- favoriser une exposition précoce à ce type d'approche
- développer des cours et des stages disponibles dans le réseau
- reconnaître et valoriser ce type d'approche ainsi que l'importance des rôles complémentaires à celui de clinicien
- favoriser l'accès à des patrons pratiquant ces approches

■ Sur le plan de la recherche:

- favoriser l'accès à des stages en recherche
- reconnaître la valeur essentielle de ce type d'approche
- donner une reconnaissance égale à la recherche évaluative, autant sur le point de vue clinique, académique et économique (bourses spéciales)

■ Sur le plan clinique:

- le clinicien devra réévaluer son type de pratique
- il devra élargir ses rôles
- il devra appliquer les approches démontrées efficaces scientifiquement
- il devra s'impliquer davantage au niveau de l'organisation des services sans quoi il risque fort de se faire imposer des politiques venant de "l'extérieur"
- il devra y avoir valorisation de ces différents rôles (avantages économiques, départementaux, académiques, sociaux)

■ Au niveau administratif:

- poursuivre la mise en place d'approche visant le bien-être des patients
- éviter d'imposer des approches "prêtes à porter" mais plutôt adapter les approches aux diversités des environnements
- favoriser l'évaluation des programmes implantés
- écouter les spécialistes et travailler en collaboration
- jamais des raisons économiques ne seront acceptables ni suffisantes pour favoriser l'implantation de programmes

RÉFÉRENCES

- Astrachan, B.M. (1980). Regulation, Adaptation, and Leadership in Psychiatric Facilities. *Hospital and Community Psychiatry*, 31 (3): 169-174.
- Bachrach, L.L. (1988). On Exporting and Importing Model Programs. *Hospital and Community Psychiatry*, 39: 1257-1258.
- Barr, O. (1997). Interdisciplinary Teamwork: Consideration of the Challenges. *British Journal of Nursing* 1997, 6 (17): 1005-1010.
- Burns, B.J., Santos, A.B. (1995). Assertive Community Treatment: An Update of Randomized Trials. *Psychiatric Services*, 46 (7): 669-675.
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (Septembre 1996). Skills for the new millenium report of the societal needs working group. CanMEDS 2000 Project.
- Center for Psychiatric Rehabilitation. Meeting Review- States helping states: programs of assertive community treatment and managed care (1997). *Community Support Network News*, 11: 1-20.
- Contandriopoulos, A.P., Souteyrand, Y. (1996). L'hôpital Stratégie: Dynamiques locales et offre de soins. Montrouge; John Libbey.
- Fenton, F.R., Tessier, L., Struening, E.L., Smith, F.A., Benoit, C. (1982). Home and Hospital Psychiatric Treatment. University of Pittsburg Press.
- Goering, P., Cochrane, J., Durbin, J. (1997) Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale, document de discussion. Ministère de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.
- Gouvernement de l'Ontario, Ministère de la Santé, Soins en établissement et services communautaires (July 1997). Assertive Community Treatment Guideline.
- Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la planification et de l'évaluation (avril 1997). Orientations pour la transformation des services de santé mentale, document de consultation.
- Hirschowitz, R.G. (1971). Dilemmas of Leadership in Community Mental Health. *Psychiat. Quaterly*, 45 (1): 102-116.
- Hoult, J. (1990). Dissemination in New South Wales of the Madison model in: Marks IM, Scott RA: Mental Health Care Delivery: innovations, impediments and implementations. Cambridge, England; Cambridge University Press.

Huberman, A.M., Miles, M.B. (1991). *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles; De Boek-Université.

Langsley, D.G., Barter, J.T. (1983). Psychiatric Roles in the Community Mental Health Center. *Hospital and Community Psychiatry*, 34 (8): 729-733.

McGrew, J.H., Bond, G.R. (1995). Critical Ingredients of Assertive Community Treatment: Judgments of the Experts. *The Journal of Mental Health Administration*, 22 (2): 113-125.

McGrew, J.H., Bond, G.R., Dietzen, L., Salyers, M. (1994). Measuring the Fidelity of Implementation of a Mental Health Program Model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (4): 670-678.

Mowbray, C.T., Plum, T.B., Masterton, T. (1997). Harbinger II: Deployment and Evolution of Assertive Community Treatment in Michigan. *Administration and Policy in Mental Health*, 25 (2): 125-139.

Mueser, K.T., Bond, G.R., Drake, R.E., Resnick, S.G. (1998). Models of Community Care for Severe Mental Illness: A Review of Research on Case Management. *Schizophrenia Bulletin*, 24 (1): 37-74.

Ray, M.D. (1998) Shared borders: Achieving the Goals of Interdisciplinary Patient Care. *Am J Health-Syst Pharm*, 55 (Jul 1): 1369-1374.

Reinke, B., Greenley, J.R. (1986). Organizational Analysis of Three Community Support Program Models. *Hospital and Community Psychiatry*, 37 (6): 624-629.

Schmidt-Posner, J., Jerrel, J.M. (1998). Qualitative Analysis of Three Case Management Programs. *Community Mental Health Journal*, 34 (4): 381-392.

Stein, L.I., Santos, A.B.(1998). *Assertiv Community Treatment of Persons with Severe Mental Illness*. New York; Norton ed..

Stein, L.I. (1998). The Community Psychiatrist; Skills and Personal Characteristics. *Community Mental Health Journal*, 34 (4): 437-445.

Stein, L.I.(1992). Innovating Against the Current. *New Directions for Mental Health Services*, 56: 5-22.

Summerfelt, W.T., Meltzer, H.Y. (1998). Efficacy vs. Effectiveness in Psychiatric Research. *Psychiatric Services*, 49 (6): 834.

Tansella, M., Thornicroft, G. (1998). A Conceptual framework for mental health services: the matrix model. *Psychological Medicine*, 28: 503-508.

Thornicroft, G., Tansella, M. (1999). *The Mental Health Matrix, A manual to improve services*. United Kingdom; Cambridge University Press.

Test, M.A. (1998). Community-based treatment models for adults with severe and persistent mental illness. Chapitre 15 dans *Mental Health Research: Implications for Practice*. J.B.W. Williams et K. Ell., pages 420 à 436.

University of Colorado Health Sciences Center: Professional perspectives for health care practitioners: interdisciplinary program (fall 1996). Supplement Materiel. Denver: University of Colorado Health Sciences Center.

Young, C.A. (1998). Building a Care and Research Team. *Journal of the Neurological Sciences*, 160 (Suppl. 1): S137-S140.

Annexe I

Formulaire de consentement

Projet: Évaluation des aspects organisationnels, professionnels et cliniques de l'implantation et du fonctionnement du suivi intensif dans le milieu.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT (PATIENT)

Chercheurs: Drs Nicole Ricard, Alain Lesage, Daniel Reinharz, Sylvie Lauzon

Partenaires décideurs administratifs et cliniques : M. Réjean Pinard, Mme Diane Benoît, Drs André Luyet, Raymond Morissette, Claude Vanier ainsi que les autres membres du Comité d'orientation du module de soutien évaluatif pour le développement des services psychiatriques à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

Associés de recherche : MM. Jean-Pierre Bonin et Daniel Gélinas

Nom (en lettres majuscules s.v.p.) : _____

Il m'a été proposé de participer à une étude visant à comprendre les effets d'une nouvelle approche, c'est-à-dire un suivi dans mon milieu de vie par un intervenant professionnel. Dans une telle approche, l'intervenant suit moins de patients que ne le font les autres intervenants en clinique externe. Il aide les patients dans la réalisation de leurs activités quotidiennes. Par un tel suivi, on espère améliorer la qualité de vie de ces personnes et de leurs proches, mais il faut d'abord savoir avec certitude si cette approche est efficace ici à Louis-H. Lafontaine.

J'accepte en signant ci-dessous de répondre à des questionnaires maintenant et dans un an. Ces questionnaires portent sur ma qualité de vie et ma satisfaction face aux services. Ils demandent environ une heure de mon temps et je peux demander à un membre de l'équipe traitante ou de recherche de m'aider à les remplir. J'accepte aussi que le personnel de recherche consulte mon dossier médical pour extraire des données sur la nature et la fréquence des services reçus.

On m'a expliqué que mon refus de répondre aux questionnaires n'aura aucun effet sur les services cliniques que je pourrais recevoir et que je peux me retirer du projet en tout temps. Ce projet est confidentiel, ce qui veut dire que seul le personnel de recherche aura accès à l'information que je fournirai. Enfin, je comprends que les publications qui pourraient résulter de ce projet ne contiendront que des informations concernant des groupes de personnes et qu'il sera impossible d'identifier une personne en particulier.

Je comprends que si j'avais quelqu'autre question je peux contacter le Dr Alain Lesage ou le Dr Nicole Ricard au Centre de recherche Fernand-Seguin de l'hôpital Louis-H. Lafontaine (251- 4015). Une copie de ce formulaire de consentement m'est remis.

Je donne maintenant mon accord à compléter les questionnaires décrits plus haut.

Signature: _____ Date: _____

Témoin à la signature: _____ Date: _____

Annexe II

Détails techniques de l'analyse

Détails techniques de l'analyse

Une analyse qualitative des informations recueillies a été effectuée en appliquant une grille d'analyse. Cette méthode d'analyse facilitera la compréhension des interactions multiples entre les différents enjeux ainsi que leur évolution dans le processus d'implantation.

La première étape consiste à transformer le matériel recueilli en données analysables. À partir des traces laissées par les verbatim, les auteurs extraient les données par l'étape du codage de ce matériel. Une grille de codage mixte a été développée à partir des 4 grands champs exploratoires décrits ci-haut (C-1). Une entrevue a été choisie, selon la richesse de ses informations, et a servi de base pour développer la grille de codage. Une lecture du sommaire du matériel est complétée. Une première lecture du matériel, avec extraction des passages significatifs est exécutée. Il y a par la suite lecture de ces unités significatives et codage selon une nouvelle liste de catégories (C-2). Il y a reprise de ces étapes sur une deuxième entrevue choisie pour son contenu divergent à la première. Suite au codage de cette seconde entrevue, il y a ajustement de la grille de codage (C-3). On demande alors une vérification de la part d'un autre codeur sur ces 2 entrevues. La comparaison inter-codeur permet d'évaluer la fiabilité de la grille (Miles et Huberman, 1991). En observant de plus près les différences lors du contre-codage, celles-ci s'expliquent par une connaissance limitée du contre codeur du milieu étudié, du contexte de changement et des objectifs plus précis de la recherche. Les unités de codage varient également entre codeurs, un découpage avec des unités plus réduites minimise les divergences. Suite à la comparaison du codage, il y a élaboration d'une dernière grille de codage (C-4). Cette dernière grille de codage est définie par un lexique précis.

Le matériel de chaque entrevue a été résumé et regroupé sous les grandes familles de code respectant le lexique élaboré. Les sous-codes plus précis n'ont pas été retenus pour faciliter la condensation de l'information. Lors de l'étape de codage, les segments redondants ou non pertinents étaient mis de côté dans le but d'épurer les données et d'en faciliter un traitement ultérieur.

Les entrevues sont ensuite regroupées selon leur lieu d'origine telle la clinique externe et selon leur niveau correspondant à la matrice de Tansella et Thornicroft (1998), tels les dirigeants de l'hôpital ou encore les bénéficiaires. À partir de ce regroupement, il y aura élaboration d'une matrice chronologique et conceptuelle pour chaque clinique externe ainsi que pour les différents niveaux contextuels évalués (hospitalier, communautaire, régional, usagers-bénéficiaires). Nous appliquons la règle Huberman et Miles (1991) (p.179): "... il semble raisonnable d'appliquer la règle de décision suivante: si un changement est rapporté par au moins un autre membre du personnel et qu'il n'est pas infirmé par qui que ce soit, on doit l'entrer dans la matrice."

Dans un deuxième temps, il y a formation d'une méta-matrice permettant de regrouper sous une même matrice les données rattachées aux différentes matrices décrites plus haut. Il y a condensation de l'informations permettant de voir émerger des archétypes ou pattern de fonctionnement des différentes cliniques externes. Les sites sont ordonnés en fonction des principales variables étudiées permettant de faire ressortir les ressemblances et les différences entre les sites.

Parallèlement à la formation d'une méta-matrice permettant de comprendre les phénomènes d'implantation au niveau des cliniques, un diagramme contextuel est bâti à l'aide des matrices représentant les différents niveaux (hôpital, communauté, Régie Régionale, bénéficiaires).

La seconde étape consiste à examiner et décrire le contenu des données. Le diagramme de contexte est décrit plus en détail tout comme la méta-matrice.

Lors de la troisième étape, les auteurs effectuent des transformations sur les données afin de produire les résultats. À partir de ces résultats, les chercheurs tentent de décrire de nouvelles relations entre les différents enjeux.

Par la suite, une première version est rédigée et envoyée à tous les participants pour fin de validation de l'information produite. L'identification des répondants à travers le texte ne devrait pas être possible. Les répondants ont pour tâche de rectifier ce qui leur paraissait être des incorrections sur les événements survenus au cours des différentes phases d'implantation et de fonctionnement des équipes SIM. Après plus de trois semaines de délais, onze acteurs interviewés ont répondu au document de travail qui leur avait été envoyé. Le texte et l'analyse des résultats ont été modifiés en conséquence. Cette dernière étape a permis d'optimiser la validité interne de la recherche.

Annexe III

Lexique

Lexique

1.-Structure

Définition: c'est le pôle ontologique (investigation sur le sens de l'être distingué des étants, qui traite des termes utilisés pour désigner les êtres constitutifs de la réalité). Correspond aux aspects concrets et objectifs.

Exemples: ressources mobilisées, règles formelles de la gestion, architecture, technologie disponible

- A) économique
- B) culturel
- C) social
- D) biologique
- E) technologique
- F) législatif et réglementaire
- G) Médicale
- H) Hospitalière 1) intra 2) clinique externes
- I) Professionnelle
- J) Recherche
- K) Gestion
- L) SIM 1) LHL 2) autres milieux
- M) PSA

2.- Compréhension

Définition: C'est le pôle épistémologique (philosophie de la science qui prétend énoncer la valeur et garantir le fondement de la vérité scientifique; étudie la vie interne des sciences pour analyser ses procédés opératoires).

Elle correspond à son système de valeurs et de croyances, à sa culture. Il conditionne et, en retour, il est construit par les représentations que se font les acteurs de l'hôpital; il donne leur sens aux décisions des différents groupes d'acteurs et leur permet d'interpréter l'hôpital.

Le système dominant de croyances qui prévaut à un moment donné représente l'ensemble des valeurs intériorisée des acteurs. Elles peuvent se regrouper autour des quatre dimensions suivante:

- A) **compréhension des phénomènes:** qui fait références aux représentations de la santé et de la maladie ainsi qu'à leur déterminants, à la place des soins par rapport aux autres formes d'activité qui ont un impact sur la santé
 - 1) Transformation des soins de santé
 - 2) SIM
 - a) Implantation 1) soutien
 - 2) résistance
 - b) Élaboration 1) théorique
 - 2) pratique
 - c) Formation
 - d) Intervenants
 - e) Coordination
 - 3) Leadership
 - 4) Externe A) CE
 - 5) Syndicats
 - 6) Médecins
 - 7) Systémique
 - 8) PSA A) fonctionnement B) Philosophie
 - 9) Recherche
 - 10) Infirmières
 - 11) Employés généraux

- 12) Patients
- 13) Travailleurs sociaux

B) répartition des **1) domaines de compétence entre les acteurs** (hôpital publique, cliniques, omnipraticiens, spécialistes, CHU, personnel soignant)
Ainsi que la **2) répartition des ressources entre différents types de mission** (soin, formation, recherche)

C) formes de régulation: 1) place et rôle de la logique technocratique, 2) de la logique professionnelle, 3) du jeu démocratique et 4) du marché de concurrence dans le fonctionnement du système de soins.

D) les valeurs à promouvoir: équité dans une perspective de santé publique, l'autonomie de décision des acteurs, la recherche d'efficacité, la qualité des soins, la santé de la population

- 1) qualité de soins
- 2) équité santé publique
- 3) gros bon sens
- 4) recherche d'efficacité
- 5) Autonomie a) de décisions des acteurs b) des patients
- 6) Équipe a) soutien de sa part b) Fonctionnement (multi vs inter)

3.-Comportements

Définition: c'est le pôle de la praxis. Ce sont les façons de faire, les comportements, les apprentissages. Capacité à agir.

- A) actif**
- 1) contrôle
 - 2) modifier
 - 3) appliquer
 - 4) adapter
 - 5) s'informer
 - 6) informer
 - 7) offrir
 - 8) accepter
 - 9) demander a) de l'aide b) de modifier c) des postes
 - 10) créer
 - 11) partager
 - 12) répondre aux besoins
 - 13) choisir

- B) Passif**
- 1) attente
 - 2) opposition

4.-Intentions

Définition: C'est le pôle théologique, c'est le pôle des intentions, des finalités, des projets. Il s'exprime par des projets stratégiques. Ces stratégies peuvent se regrouper en 4 catégories:

- A) La stratégie de coopération:** adhésion de différents acteurs à des projets consensuels
 1) positive 2) négative
- B) La stratégie d'opportunisme:** les acteurs utilisent plus ou moins volontairement les opportunités qui se présentent à eux; il n'y a pas de projets consensuels ou de projets dominants; le développement de l'organisation est largement dépendant des contingences extérieures.
- C) La stratégie d'autorité:** domination d'un acteur dans la définition et la mise en oeuvre d'un projet (émergence d'un leadership);
 1.- on peut distinguer les stratégies d'autorité qui reposent sur logique technocratique ou politique, on parlera alors **d'autorité politico-administrative.**
 2.- les stratégies autoritaires dont la légitimité repose sur l'expertise professionnelle, on parlera alors **d'autorité médicale.**
 A) active
 B) passive
- D) La stratégie d'affrontement concurrentiel:** concurrence entre les acteurs pour obtenir un rôle dominant dans la définition et la mise en oeuvre de projets visant à acquérir ou contrôler des ressources. Nous pouvons spécifier la concurrence (de survie, limitée, de forte densité).

5.-Interrogations (la sous-classification s'applique de la même façon)

- 1) Structures
- 2) Compréhension
- 3) Comportements
- 4) Intentions

Annexe IV

Rapport de Recherche

Centre de recherche Fernand-Seguin

**Évaluation des aspects organisationnels de l'implantation et du fonctionnement du suivi
intensif dans le milieu**

Chercheurs: Frédéric Benoit, Alain Lesage, Nicole Ricard, Daniel Reinharz, Sylvie Lauzon

Partenaires décideurs administratifs et cliniques: M. Réjean Pinard, Mme Diane Benoit, Drs André Luyet, Raymond Morissette, Claude Vanier ainsi que les autres membres du Comité d'orientation de soutien évaluatif pour le développement des services psychiatriques à l'hôpital Louis-H. Lafontaine.

Associés de recherche: Jean-Pierre Bonin, Daniel Gélinas, Éric Dion

Adresse de correspondance: Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine,
7331 Hochelaga, Montréal, Québec. H1N 3V2

Mai 1999

Introduction

Le Suivi intensif dans la communauté se veut être un modèle de services de soins s'établissant, comme son nom l'indique, sur les principes de base du traitement dans la communauté. Autrement nommé, le PACT (Program for Assertive Community Treatment), visant une population de personnes atteintes de troubles mentaux sévères et persistants, a été développé pour favoriser une meilleure réhabilitation psychosociale, se voyant, du même coup, devenir une alternative à l'hospitalisation. Depuis près de 25 ans, le PACT a été longuement étudié; son efficacité pour diminuer le temps d'hospitalisation ainsi que pour faciliter la réhabilitation psychosociale n'est plus à démontrer (Drake and Burns 1995). L'efficacité ayant été démontrée à maintes reprises, l'efficience d'un tel type de programme devient un sujet à la fois primordial mais également original du fait de l'absence de recherche à ce niveau. Les auteurs de cet article s'intéressent aux aspects organisationnels reliés à l'implantation du programme PACT, évaluant ainsi les facteurs pouvant influencer la généralisation de ce type d'approche dans un système de soins déjà en place. À l'aide d'une étude de cas descriptive, ils élaborent un modèle spécifique d'analyse. Ils offrent un nouvel outil pour mieux comprendre et ainsi favoriser le processus d'implantation de programme, tel le PACT, mais également de formes autres de services de soins donnés dans la communauté; services pouvant s'apparenter au PACT, de près ou de loin, tout dépendant de l'intensité et de la continuité des soins donnés.

Le modèle PACT a été développé vers la fin des années soixante suite au travail de Arnold Marx, M.D., Leonard Stein, M.D. et Mary Ann Test, PhD. (Stein L.I. et Test M.A. 1980). Ces chercheurs notaient la difficulté de transférer les acquis faits par les patients lors de leurs séjours à l'hôpital vers un meilleur fonctionnement dans la communauté. Le programme qu'ils développèrent visait le traitement des patients dans la communauté, offrant ainsi une alternative à l'hospitalisation. Ce type de traitement permettait d'administrer des soins jusqu'au quotidien du patient, en utilisant les ressources disponibles du milieu. La continuité des soins se voulait être le principe sous-tendant le PACT. Une équipe multidisciplinaire, disponible 24 heures par jour, offrait un traitement intensif, intervenant en temps de crise et visant la réhabilitation, tout en donnant un support aux clients dans les activités de la vie quotidienne (Stein L.I. 1992).

Depuis cette époque, le PACT s'est développé et est maintenant reconnu comme une approche valable devant être mise de l'avant. Le NAMI (National Alliance of Mentally Ill) soutient d'ailleurs ce type d'approche comme programme de choix pour aider les gens souffrant de troubles mentaux sévères et persistants (Allness D.J. et Knoedler W.H. 1998). Plus près d'ici, Santé Canada, en 1997, dans l'ouvrage " *Examen des meilleurs pratiques de la réforme des soins de la santé mentale*" (Goering et al. 1997), classe ce type d'approche parmi les meilleures pratiques, améliorant l'état clinique des patients et réduisant le besoin d'hospitalisation. Dans le même ordre d'idées, le ministère ontarien de la Santé fait du PACT un moyen privilégié de traitement pour les personnes atteintes d'une maladie mentale sévère et persistante (Gouvernement de l'Ontario, 1997).

Ce mouvement, depuis les dernières années, semble également gagner la province de Québec. Le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, dans le plan d'action pour la transformation des services de santé mentale, déposé en 1998, décrit le suivi intensif dans la communauté comme étant une approche dont l'efficacité a été démontrée, visant les personnes les

plus gravement atteintes et les plus vulnérables et devant être implantée (Gouvernement du Québec, 1998). Sur l'île de Montréal seulement, il existe au moins trois secteurs où l'implantation du PACT est en cours. Depuis avril 1998, l'Hôpital Louis-H. Lafontaine a démarré un projet de Suivi Intensif dans le Milieu (SIM). Une équipe de recherche évalue le processus d'implantation du SIM en s'intéressant, entre autre, aux aspects organisationnels. Ces enjeux ont été peu étudiés jusqu'à présent, mais semblent pourtant pouvoir jouer un rôle primordial dans la diffusion de ce type d'approche (Benoit et Lesage 1999).

Le SIM est conforme au PACT quant à la quotidienneté, l'intensité du suivi ainsi que le fonctionnement en équipe. Par contre, le SIM diffère au niveau de sa structure, ses intervenants s'insérant dans une équipe plus large de clinique externe couvrant un territoire désigné. Cette modalité d'implantation s'adapte au système de santé québécois en respectant le modèle de soins de base et de soins spécialisés fournis sur une base territoriale¹. Cette adaptation pourrait faciliter le passage des patients vers un suivi moins intensif tout en respectant le grand principe de base qui est la continuité des soins. Ce type d'implantation offre une expérience unique d'évaluer les facteurs organisationnels, le SIM différant de l'équipe PACT, celle-ci travaillant d'une façon plus indépendante par rapport aux services en place.

L'efficacité du PACT a été largement démontré depuis les dernières années. Par contre, il existe une grande variabilité dans la forme d'application de ce type d'approche. Aux dires de plusieurs auteurs, le succès de l'implantation du SIM semble corrélé à la fidélité envers le modèle de base PACT ou l'exactitude avec laquelle le programme est répliqué dans un autre milieu (Stein L.I. et Santos A.B. 1998). Meisler et al., en 1995, énumèrent trois éléments essentiels pour modifier les structures traditionnelles des soins en place et ainsi implanter le suivi intensif dans la communauté: structure, incitation et reconnaissance. D'avis divergeant, certains chercheurs, qui s'intéressent à l'organisation des soins de santé, proposent d'adapter plutôt que d'adopter un type précis de programme (Bachrach 1988); ils suggèrent d'utiliser les forces du milieu pour bâtir un programme spécifique à celui-ci, favorisant ainsi son implantation et sa diffusion. Le programme Bridge, à Chicago, est un exemple d'adaptation du modèle PACT au contexte particulier présenté par une grande métropole (Gélinas 1998). L'absence de consensus pourrait s'expliquer par le manque relatif de recherches évaluant les facteurs impliqués dans la diffusion du PACT. L'implantation d'un programme de suivi intensif dans la communauté comporte plusieurs aspects difficilement quantifiables.

Dans les dernières années, plusieurs études empiriques ont évalué quantitativement différents aspects du devenir des patients tels, le fonctionnement psychosocial, la symptomatologie, les taux d'hospitalisation et de réhospitalisation, la satisfaction envers les services reçus, l'utilisation des soins de santé et finalement les coûts. Ces données quantitatives sont importantes pour déterminer l'impact d'un type de programme. Par contre, à elles seules, elles ne peuvent aborder des questions importantes à propos de la nature des programmes étudiés (Schmidt-Posner et Jerrel, 1998). La

¹ C'est ainsi d'ailleurs que, tout en s'inspirant d'une philosophie similaire à celle du modèle PACT, le SIM tel qu'implanté à LHL en est une adaptation. Il tire son originalité du fait qu'il favorise l'intégration d'intervenants de suivi intensif dans le milieu dans les équipes multidisciplinaires déjà en place dans les cliniques externes de secteurs (lesquelles correspondent généralement aux territoires des CLSC de l'est de Montréal); de plus, dans ces équipes, le SIM offre, à une clientèle cible, un suivi plus intensif que celui habituellement offert dans ce contexte.

pauvreté des connaissances actuelles sur les différences qualitatives entre les types de programmes est flagrante. La vision réductionniste, voulant que la mise sur pied d'un programme de soins nécessite uniquement la présence de variables quantitatives précises, peut s'expliquer par l'absence relative de modèle d'analyse pouvant évaluer cette vision différente du problème. N'ayant pas de patron d'analyse pouvant évaluer de façon qualitative les enjeux impliqués, les chercheurs préfèrent ne pas tenir compte d'aspects pouvant jouer des rôles primordiaux dans l'implantation de programmes semblables. La vision organisationnelle devient alors une sphère prioritaire vu son rôle possible comme facteur pouvant limiter la diffusion. Il semble exister une évolution des types d'étude portant sur le PACT, les études sur l'efficacité faisant maintenant place, de plus en plus, aux études d'efficience. Selon Burns (1995) et Test (1998), les préoccupations actuelles se situent davantage au plan de l'étude de facteurs qui peuvent faciliter ou contraindre l'implantation et le fonctionnement du PACT et, soutiennent que la recherche doit maintenant aborder des questions à l'égard de son application et de sa généralisation.

Deux études réalisées, l'une aux États-Unis (Stein 1992) et l'autre en Australie (Hoult et al. 1990) ont mis en évidence la nécessité de bien comprendre l'environnement organisationnel pour permettre de vaincre les nombreux obstacles à l'implantation et à un fonctionnement optimal de modèles de soins communautaires. Il ressort des deux cas que la réussite de l'implantation a nécessité un fort leadership pour amener le personnel à accepter et à participer au changement, mais aussi l'environnement à accepter un nouvel état de fait. Il a aussi été nécessaire de réaliser une évaluation rigoureuse des effets de la nouvelle approche.

Les aspects organisationnels s'intéressent aux facteurs pouvant influencer l'implantation d'un nouveau programme. La présente étude vise à décrire et à évaluer les processus d'implantation et de fonctionnement du SIM. Les auteurs analysent les rapports de collaboration et de confrontation entre les différents groupes impliqués dans les différentes étapes du processus d'implantation, débutant avec la préparation du projet, l'implantation dans les cliniques externes et enfin, plus récemment, la diffusion à plus large échelle. L'étude explore les différentes cliniques de secteurs, les modalités d'inter-relation entre les intervenants qui assurent le suivi intensif et, les autres membres des cliniques externes ainsi que les liens qu'ils établissent avec les CLSC et les autres ressources de la communauté.

Les hypothèses de recherche énoncent que les aspects organisationnels jouent un rôle important autant dans l'implantation que dans la diffusion d'un programme de type PACT; ces aspects organisationnels ne se limitant pas à la simple structure que prendra le programme PACT. Les auteurs décrivent une étude de cas autour de l'implantation d'un programme de type PACT à l'aide d'une méthode d'analyse qualitative. Cette étude de cas s'insère dans un programme d'évaluation plus vaste, qui fera l'objet de résultats ultérieurs, comprenant des aspects quantitatifs permettant d'évaluer l'intensité du programme par la quotidienneté et la fréquence des actes posés. Un patron d'analyse qualitative permettant l'évaluation d'une vision organisationnelle est proposé. Ce type d'analyse pourrait devenir un outil intéressant pour optimiser le fonctionnement de programmes semblables, favorisant une compréhension systémique et permettant d'améliorer certains aspects en cours d'implantation.

Méthodologie

L'approche méthodologique consiste en une étude de cas réalisée autour de l'implantation et le fonctionnement d'équipes SIM dans des cliniques de secteur. Le volet organisationnel s'intéresse aux facteurs qui potentiellement influent sur l'implantabilité de nouveaux programmes, dans le but de faciliter l'interprétation des impacts mesurés dans des volets autres d'un programme évaluatif plus vaste. L'étude vise à décrire l'évolution des différentes équipes SIM depuis leur conceptualisation théorique, la mise en marche ou leur démarrage plus pratique et finalement leur statut actuel.

L'étude systémique des processus d'implantation et de fonctionnement du SIM est entreprise afin d'analyser les rapports de collaboration et de confrontation entre groupes influents, survenus depuis la préparation à l'implantation, ainsi que les stratégies menées par ces groupes pour se rallier les différents acteurs concernés à leurs points de vue.

Un modèle de matrice peut être suggéré pour situer l'évaluation des services de santé mentale (Tansella et Thornicroft 1998). Ce modèle est illustré par le tableau suivant. Il faut envisager les différents services à l'intérieur d'un système avec les niveaux de l'utilisateur, le niveau local et le niveau régional/provincial. Il y a, par ailleurs, une séquence temporelle dans laquelle des intrants (des personnes en besoin, des ressources) reçoivent ou livrent des interventions, des programmes (processus) dont on espère des résultats.

Tableau # 1

NIVEAU	INTRANTS	PROCESSUS	RÉSULTATS
Régional/provincial		X	
Local		XXX	
Usager/bénéficiaires		X	

L'évaluation doit tenir compte de ces trois éléments de la séquence et regarder comment ils s'appliquent au niveau de l'utilisateur/patient; au niveau local et au niveau régional/provincial. L'étude de cas actuelle s'intéresse particulièrement à la colonne du centre (processus). Le nombre de X dans les différentes cellules représente la quantité d'informations recueillies autour desquelles s'élaboreront les résultats de la présente recherche.

L'étude de cas appliquée lors de l'arrimage du SIM constitue un regard original et nouveau. Sa pertinence est d'autant plus grande que l'adaptation du PACT, sous une forme bien particulière, soulève des interrogations quant à son implantation possible dans des équipes multidisciplinaires déjà formées. Le processus, au niveau local, évalue l'arrimage du SIM avec le réseau de soins existant, la coordination entre les différents acteurs des cliniques externes et les dirigeants de l'hôpital, les mécanismes d'ajustement, les points forts et les points faibles du fonctionnement retenu. Cette étude permet, entre autre, d'explorer, dans les différentes cliniques de secteur, les modalités d'inter-relations entre les intervenants qui assurent le suivi intensif et les autres

membres de l'équipe multidisciplinaire ainsi que les liens qu'ils établissent avec les CLSC et les autres ressources de la communauté. La grande variabilité attendue en termes organisationnels et des résultats devrait rendre possible l'identification de facteurs plus ou moins favorables au fonctionnement de ces équipes. Au niveau de l'utilisateur/patient, sont évalués l'impact et l'implication de ce nouveau programme auprès des bénéficiaires, la satisfaction et la perception des usagers. Finalement, le niveau régional/provincial adresse les différents rapports de collaboration avec l'hôpital et évalue les pressions et la nature de celles-ci pouvant agir sur l'hôpital et sur le processus d'implantation du SIM.

L'information recherchée est autant que possible holistique. La recherche sur l'implantation d'un programme couvre les quatre champs épistémologiques qui président au comportement des acteurs et des organisations (Contandriopoulos et Souteyrand 1996): 1) la structure et les lois disponibles; 2) la compréhension du phénomène étudié; 3) les intentions et les stratégies mises en place; 4) les dispositions à agir. À partir de ces champs épistémologiques, l'information est recueillie et une analyse qualitative des données se développe autour du processus d'implantation du SIM.

La condensation des données sous forme de matrices analytiques permet de voir émerger des ressemblances entre les différentes cliniques. Ces tendances peuvent être décrites comme des archétypes. Selon Hinning et Greenwood (1988) les archétypes d'une organisation ont deux composantes: 1) structure organisationnelle et système de gestion; 2) idées, valeurs, croyances, schèmes interprétatifs. Cette perspective conçoit les changements dans les organisations comme résultant d'un découplage de ces deux composantes conduisant à l'émergence d'un nouvel archétype plus cohérent. Les archétypes sont décrits selon les plans observés: le problème justifiant un changement organisationnel, le changement proposé et le leadership émergent ayant mené ou non à un changement.

Sources des données

Les données proviennent de documents écrits (procès-verbaux...) ainsi que d'entrevues semi-structurées, anonymisées, menées entre janvier et mars 1999, réalisées avec des acteurs-clés choisis comme représentant les différents groupes impliqués dans le processus d'implantation. Le choix des personnes a été fait en fonction de leur connaissance approfondie de la question de la prise en charge des patients visés par le SIM et de leur volonté de participer à une telle rencontre. Les groupes de base couvrent les principaux secteurs impliqués: a) des responsables de l'hôpital (N=4); b) des médecins (N=11); c) du personnel des différentes cliniques (N= 9); d) des intervenants SIM (N=10); e) des bénéficiaires du programme (N=4); f) des représentants des groupes communautaires (N=3); g) des responsables de l'organisation des soins de santé au niveau régional (N=2). Un effort a été porté pour assurer une représentativité de chacune des cliniques externes dotées d'une équipe SIM. Chaque personne interrogée devait s'exprimer par rapport au groupe qu'elle représentait ainsi que par rapport aux autres groupes impliqués.

Cet échantillon d'informateurs a été complété par des techniques d'échantillonnage soit en boule de neige, où de nouveaux observateurs sont suggérés par les premiers informateurs, soit en

cascade contrastée où de nouveaux observateurs sont suggérés pour leur vision différente ou opposée. Lors de la collecte de données, une analyse primaire des traces laissées par les observateurs interviewés ont permis une triangulation des données ainsi que l'application du principe de saturation. La triangulation désigne le recoupement de données obtenues à propos d'une même question par des sources identiques sur plusieurs dimensions sauf une qui varie (Van der Maren, 1996). Cette méthode permet de recouper des données de diverses sources (triangulation élargie) afin d'évaluer dans quelle mesure l'information recueillie permet de se faire une idée valable (Van der Maren 1996). Le principe de saturation, quant à lui s'énonce comme suit: il y a saturation lorsqu'aucune information nouvelle n'est apportée par l'ajout à l'échantillon d'un élément nouveau et différent des autres éléments, selon au moins une des caractéristiques importantes retenues pour sélectionner l'échantillon (Van der Maren 1996).

Une entrevue semi-structurée a été développée à partir des quatre champs épistémologiques décrits par Contandriopoulos et Souteyrand (1996). Ces grands thèmes étaient explorés à l'aide de questions ouvertes tout en ayant une perspective longitudinale visant la compréhension globale du processus d'implantation. Ce type d'entrevue semi-ouverte permettait l'exploration de thèmes nouveaux qui n'avaient pas été suspectés, au départ, par l'interviewer. Les entrevues ont été appliquées par le même interviewer diminuant ainsi la variabilité inter-juge et minimisant l'impact de l'appartenance de l'observateur à un groupe particulier.

Le degré de fidélité se définit par le fait que la trace obtenue reflète la caractéristique étudiée de l'objet avec une marge d'erreur acceptable, tout en sachant qu'une représentation parfaite est impossible à obtenir. Les entrevues ont été enregistrées afin d'assurer une fidélité aux énoncés ainsi que pour assurer la réplication possible de ces résultats à partir des traces brutes. À partir des entrevues, un verbatim a été rédigé et complété par l'écoute de la bande enregistrée selon le besoin. Le matériel inscrit, sous forme de traces manuscrites, comportait les passages les plus significatifs en rapport au cadre de la recherche, se trouvant ainsi éliminé certaines redondances et tangentialités de la part des observateurs n'ayant pas de liens avec le cadre étudié. L'utilisation combinée de ces systèmes inscripteurs permettaient une meilleure fidélité. Il faut, par contre, souligner une perte de certaines traces vue la non-intégralité des retranscriptions des entrevues affectant ainsi la fidélité. La triangulation des sources et des méthodes, telles les questions multiréférenciées et la confrontation de réponses données aux situations possibles, ont été appliquées pour optimiser la fidélité lors de la collecte de données. L'analyse comparative continue, consistant en la comparaison sommaire de nouvelles observations avec des anciennes observations obtenues lors de la présence prolongée sur le terrain, permettait de raffiner et d'ajuster les concepts aux réalités des acteurs (Van der Maren 1996).

Détails techniques de l'analyse

Une analyse qualitative des informations recueillies a été effectuée en appliquant une grille d'analyse. Cette méthode d'analyse facilitera la compréhension des interactions multiples entre les différents enjeux ainsi que leur évolution dans le processus d'implantation.

La première étape consiste à transformer le matériel recueilli en données analysables. À partir des traces laissées par les verbatim, les auteurs extraient les données par l'étape du codage de ce matériel. Une grille de codage mixte a été développée à partir des 4 grands champs exploratoires décrits ci-haut (C-1). Une entrevue a été choisie, selon la richesse de ses informations, et a servi de base pour développer la grille de codage. Une lecture du sommaire du matériel est complétée. Une première lecture du matériel, avec extraction des passages significatifs est exécutée. Il y a par la suite lecture de ces unités significatives et codage selon une nouvelle liste de catégories (C-2). Il y a reprise de ces étapes sur une deuxième entrevue choisie pour son contenu divergent à la première. Suite au codage de cette seconde entrevue, il y a ajustement de la grille de codage (C-3). On demande alors une vérification de la part d'un autre codeur sur ces 2 entrevues. La comparaison inter-codeur permet d'évaluer la fiabilité de la grille (Miles et Huberman, 1991). En observant de plus près les différences lors du contre-codage, celles-ci s'expliquent par une connaissance limitée du contre codeur du milieu étudié, du contexte de changement et des objectifs plus précis de la recherche. Les unités de codage varient également entre codeurs, un découpage avec des unités plus réduites minimise les divergences. Suite à la comparaison du codage, il y a élaboration d'une dernière grille de codage (C-4). Cette dernière grille de codage est définie par un lexique précis².

Le matériel de chaque entrevue a été résumé et regroupé sous les grandes familles de code respectant le lexique élaboré. Les sous-codes plus précis n'ont pas été retenus pour faciliter la condensation de l'information. Lors de l'étape de codage, les segments redondants ou non pertinents étaient mis de côté dans le but d'épurer les données et d'en faciliter un traitement ultérieur.

Les entrevues sont ensuite regroupées selon leur lieu d'origine telle la clinique externe et selon leur niveau correspondant à la matrice de Tansella et Thornicroft (1998), tels les dirigeants de l'hôpital ou encore les bénéficiaires. À partir de ce regroupement, il y aura élaboration d'une matrice chronologique et conceptuelle pour chaque clinique externe ainsi que pour les différents niveaux contextuels évalués (hospitalier, communautaire, régional, usagers-bénéficiaires). Nous appliquons la règle Huberman et Miles (1991) (p.179): "... il semble raisonnable d'appliquer la règle de décision suivante: si un changement est rapporté par au moins un autre membre du personnel et qu'il n'est pas infirmé par qui que ce soit, on doit l'entrer dans la matrice."

Dans un deuxième temps, il y a formation d'une méta-matrice permettant de regrouper sous une même matrice les données rattachées aux différentes matrices décrites plus haut. Il y a condensation de l'informations permettant de voir émerger des archétypes ou pattern de fonctionnement des différentes cliniques externes. Les sites sont ordonnés en fonction des principales variables étudiées permettant de faire ressortir les ressemblances et les différences entre les sites.

Parallèlement à la formation d'une méta-matrice permettant de comprendre les phénomènes d'implantation au niveau des cliniques, un diagramme contextuel est bâti à l'aide des matrices représentant les différents niveaux (hôpital, communauté, Régie Régionale, bénéficiaires).

La seconde étape consiste à examiner et décrire le contenu des données. Le diagramme de contexte est décrit plus en détail tout comme la méta-matrice.

Lors de la troisième étape, les auteurs effectuent des transformations sur les données afin de produire les résultats. À partir de ces résultats, les chercheurs tentent de décrire de nouvelles relations entre les différents enjeux.

Par la suite, une première version est rédigée et envoyée à tous les participants pour fin de validation de l'information produite. L'identification des répondants à travers le texte ne devrait pas être possible. Les répondants ont pour tâche de rectifier ce qui leur paraissait être des incorrections sur les événements survenus au cours des différentes phases d'implantation et de fonctionnement des équipes SIM. Après plus de trois semaines de délais, onze acteurs interviewés ont répondu au document de travail qui leur avait été envoyé. Le texte et l'analyse des résultats ont été modifiés en conséquence. Cette dernière étape a permis d'optimiser la validité interne de la recherche.

² Le lexique est disponible auprès du premier auteur de l'article à l'adresse de correspondance ci-haut mentionnée.

Résultats

Se voulant une étude descriptive, les premiers résultats adressent la structure organisationnelle du contexte évalué. Le digramme 1 décrit le contexte en traçant les différents rapports entre les acteurs impliqués dans l'implantation du SIM. Une fois les assises solidifiées, nous aborderons plus spécifiquement l'implantation du programme qui nous intéresse, soit le SIM. Cette implantation est décrite plus en détails pour chacune des cliniques dans le tableau 2.

Contexte

Le contexte, décrit par le diagramme 1, ne se veut pas exhaustif mais plutôt capable de mettre en relief les spécificités du milieu observé. Le diagramme trace des relations entre des rôles, des groupes d'individus, des structures politico-administratives et finalement des dynamiques s'exerçant dans le temps. Ce diagramme n'est pas statique car décrivant un contexte de changements, d'arrimage de nouvelles approches. Il n'est pas une finalité en soi mais plutôt une tentative de cerner certaines interactions qui ont lieu actuellement et qui permettent de mieux comprendre les différents courants de pression exercés sur l'hôpital en fonction du SIM. Le sens des flèches décrit le type de relation que l'acteur d'origine entretient avec son destinataire.

Le diagramme débute et gravite autour du plan de transformation de l'hôpital Louis-H Lafontaine représenté par une flèche qui traverse le cadre hospitalier. En effet, depuis quelques années, cet hôpital a entrepris un plan de transformation des soins, visant la réduction des lits de courte et de longue durée, favorisant le traitement ambulatoire. Dans la même veine, se sont inscrits de nouveaux programmes de soins tels: l'hôpital de jour, un centre de crise et de relance (Crisec) et l'Appoint permettant un hébergement temporaire lors de crises plus aiguës. Des pressions importantes semblent être provenues de directives politico-administratives régionales imposant des changements dans les façons de faire. Certains acteurs intrahospitaliers percevaient le plan de transformation comme une vaste stratégie d'autorité pour réduire les coûts tout en exigeant plus des travailleurs. D'autres groupes, entre autre le département de psychiatrie, ont fait preuve de leadership, en s'ajustant aux pressions externes en les adaptant au contexte, afin de promouvoir certaines valeurs communes telle la qualité des soins.

Le département de psychiatrie semble exercer un leadership important dans l'élaboration et la direction que prend le SIM. Le diagramme démontre ses rapports d'autorité s'appuyant sur l'expertise médicale pour influencer le processus de transformation et d'implantation du SIM. Il établit des rapports de collaboration avec des acteurs de premier plan impliqués dans l'implantation du SIM (coordination du SIM, Comité de suivi du SIM). Ce leadership appliqué sur le processus contraste avec l'absence relative d'intervention directe sur le SIM ou sur les cliniques externes, laissant ainsi chaque clinique responsable de leur propre processus local d'implantation du SIM.

Dans un deuxième temps, nous pouvons observer que le SIM s'insère dans ce mouvement de changement; certains allant jusqu'à dire que celui-ci représenterait le fer de lance de la transformation. Le SIM origine du programme de suivi aux appartements (PSA) créé en juin 1987. Le PSA, s'inspirant de programmes de suivi de type "case-management", formait une équipe où huit intervenants étaient supervisés par un coordonnateur et couvraient tout le territoire de

l'hôpital. Ce programme était apprécié, pour la qualité et la continuité des soins donnés aux patients suivis, mais plusieurs réserves limitaient sa généralisation: manque d'intégration à l'équipe traitante de clinique externe, manque de supervision médicale, travail exigeant nécessitant une grande disponibilité en dehors des heures régulières de travail, philosophie de prise en charge long terme visant la continuité des soins, s'opposant à la rationalisation des soins, passant par l'efficacité des approches et l'autonomie des bénéficiaires.

Le département de psychiatrie favorisera l'élaboration du SIM une fois ce programme mis sous son égide en 1996. Les résistances tombent alors, sachant que le SIM s'intégrerait dans les cliniques externes, respectant ainsi la culture du milieu où le psychiatre est en première ligne. Il faut mentionner des résistances du service social trouvant que le SIM empiétait sur son rôle se voyant du même coup se faire prendre la sphère de la réadaptation par le département de psychiatrie. D'autres embûches expliqueront les délais de démarrage du projet: chef de projet sans leadership, équipe de recherche en avant-plan, insécurité des ressources humaines.

En effet, plusieurs notaient que la recherche prenait une place importante; place prise par vacuum et laissée vacante par l'absence de leadership imminent. Certains voyaient même le SIM comme étant un projet de recherche en soi.

L'insécurité des ressources humaines entraînée par la fermeture massive de lits s'est reflétée par le nombre imposant de demandes d'application aux postes ouverts pour le SIM; puis s'en est suivi un désistement massif, le SIM étant perçu comme trop différent du travail intrahospitalier car nécessitant beaucoup d'implication personnelle, d'autonomie et de disponibilité. Un autre facteur ralentissant consistait en la demande administrative d'incorporer des préposés au SIM, demande que le département de psychiatrie n'entérinait pas.

En 1997, la Régie régionale débloque des fonds spéciaux pour démarrer le SIM. Il y aura réallocation de ressources: la fermeture de lits de longue durée permettra de dégager de l'énergie pouvant être réinvestie à l'hôpital. La fermeture de lits de courte durée sera également recyclée en services ambulatoires dont le SIM fait parti. Dans la même foulée, le plan d'action pour la transformation des services de santé mentale, publié en décembre 1998 par le ministère de la santé et des services sociaux, vise à diversifier les soins ambulatoires en favorisant des approches comme le SIM en ciblant les bénéficiaires atteints de troubles mentaux sévères et persistants.

D'autres gestes concrets sont posés pour réenligner le projet: mise sur pied d'un comité de suivi de l'implantation du SIM, changement du chef de projet, moratoire sur la recherche, informations et conférences données sur le PACT pour préparer le terrain de l'hôpital à recevoir le SIM.

Ces aspects soulignent l'importance du rôle joué par la coordination du SIM, rôle primordial dans la mise au monde de ce projet mais également dans la médiation entre les différents acteurs impliqués. Le diagramme démontre bien les nombreux rapports entretenus par la coordination du SIM visant la collaboration des différents acteurs pour favoriser, de façon ultime, l'implantation du SIM. Des rapports de collaboration entre la coordination du SIM et les cliniques externes ne sont pas inscrits dans le diagramme pour éviter la surcharge. Dans les observations, plusieurs contacts ont été faits par la coordination du SIM dans le but de faire connaître le SIM et en

favoriser son arrivée dans les cliniques externes.

Le diagramme démontre bien que le SIM se répartit dans les différentes cliniques de secteur. Le SIM est donc élaboré en respectant la structure de l'hôpital et le désir de bâtir sur le "joyau de Louis-H. Lafontaine": le réseau des cliniques externes. L'arrimage visait une meilleure coordination, créant un plan de soin cohérent, favorisant un meilleur support de la clinique externe face à la lourdeur des patients.

L'arrivée du SIM est merveilleusement décrite dans une métaphore utilisée par un acteur en la comparant à un accouchement par césarienne. (...) "Le démarrage devait se faire rapidement vu les nombreuses difficultés du départ, pour préserver la crédibilité du projet, la fin de l'année des budgets accordés arrivant à grand pas". Une fois les procédures de redressement exécutées, comparées à une procédure chirurgicale, la naissance pouvait avoir lieu. La métaphore se complète en citant que les enfants de césarienne sont les plus beaux poupons; le SIM étant d'une grande richesse due à la composition de ses membres. Aux dires de certains, les meilleurs membres du personnel se sont retrouvés dans ce programme car attirés par l'autonomie du SIM.

L'observation du diagramme nous permet également de voir les liens avec la communauté. Un comité de concertation s'est développé depuis 3 ans entre Louis-H. Lafontaine et quelques CLSC pour mieux connaître les services de chacun et en permettre un meilleur arrimage. Un de ces CLSC a été observé de plus près. Il entretient des liens de collaboration avec les organismes communautaires, desservant la population du même quartier. L'arrivée du SIM dans le milieu est perçu par le milieu comme entraînant un alourdissement de leur clientèle. Le milieu dit ne pas avoir été préparé mais plutôt mis devant des faits accomplis. Ils considèrent que l'arrivée de bénéficiaires, ayant des troubles mentaux sévères et persistants dans la communauté a modifié beaucoup le profil de leur clientèle, les laissant seuls devant des problématiques nouvelles face auxquelles ils ne se sentent pas outillés pour intervenir. C'est dans ce contexte que certains organismes communautaires ont demandé un soutien de la part du CLSC sous forme d'éducation et de supervision.

Suite à ces observations, un comité d'étude a été formé entre l'hôpital, le CLSC et les organismes communautaires. Ce comité d'étude porte sur le SIM mais vise également à évaluer ce qui pourrait être le plus utile pour les bénéficiaires. Plusieurs sentent une ouverture et une recherche sincère de solution de la part du SIM mais certains craignent que l'hôpital se retire laissant le milieu s'organiser seul.

À la droite du diagramme se retrouvent les bénéficiaires de différents services. L'arrivée du SIM semble permettre à certains patients de demeurer dans la communauté, évitant des réhospitalisations. Aux dires de certains bénéficiaires, le SIM les sécurise, leur donne confiance en les accompagnant dans le quotidien. Au contraire d'être envahissant, le SIM est perçu par ses clients comme supportant l'autonomie, tout en favorisant une sécurité, sachant que s'ils ont besoin d'aide, le SIM sera disponible.

Fonctionnement dans les cliniques externes

Une fois le contexte décrit, abordons maintenant le tableau 2 qui dépeint plus spécifiquement l'arrimage du SIM dans les différentes équipes de secteur. Le territoire de Louis-H Lafontaine se divise en 7 secteurs auxquels sont rattachées des cliniques externes de psychiatrie. La composition de ces cliniques est aussi différente que les populations desservies par celles-ci. Certaines cliniques couvrent un plus petit territoire géographique voyant son nombre d'intervenants proportionnel à la population desservie. Au départ, l'équipe prend une forme multidisciplinaire où le psychiatre est le médecin traitant et demeure impliqué dans les dossiers des bénéficiaires suivis à la clinique. L'équipe est complétée par des infirmières, des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes, des psychologues et des conseillers en orientation. Le nombre d'intervenants et la proportion de chaque profession varient selon les cliniques. Certaines cliniques, desservant de plus grands territoires, sont formées de sous-équipes où plusieurs psychiatres forment chacun des petites équipes; le psychiatre demeure au centre de l'intervention en référant, au besoin, ses patients aux intervenants de la clinique. À ces sept cliniques de secteurs s'ajoutent deux cliniques spécifiques (gérontopsychiatrie et clinique des jeunes adultes) ainsi qu'une clinique faisant partie du suivi long terme (les services de soins de l'hôpital étant divisés en court ou long terme).

Les débuts du SIM remontent à Avril 1998, alors que 15 premiers intervenants sont répartis dans les dix cliniques énumérées ci-haut. De ces 15 intervenants, huit étaient des intervenants appartenant au programme PSA. Une deuxième vague d'implantation, quinze autres intervenants SIM, se déploie en novembre 1998. Le tableau 2 décrit les différents processus d'implantation selon les cliniques. Le contexte étudié est idéal pour observer les similitudes et différences entre les cliniques, permettant ainsi de comparer l'implantation.

L'implantation étant toujours en cours, les observations actuelles se veulent un point de repère, au printemps 1999, à partir duquel des observations ultérieures pourront être comparées. Les observations doivent être vues comme visant à comprendre l'implantation pour en favoriser le processus et non à stigmatiser certains milieux en cherchant les éléments défectueux ou trouble-fête. Nous pouvons voir trois tendances se dessiner (voir diagramme 1: les cliniques externes sont regroupées en I, II et III) suite à la lecture et à l'analyse de la matrice; un premier groupe de 4 cliniques (cliniques externes dans le groupe I) s'adaptent bien au nouveau programme, le deuxième groupe (le groupe II) démontre certains troubles d'adaptation temporaires laissant présager d'une évolution favorable alors que le dernier groupe (groupe III), composé de 3 cliniques, éprouve des difficultés d'adaptation majeures à l'implantation du SIM.

Revenons plus en détail sur chacun de ces groupes en essayant de mieux comprendre les différents facteurs impliqués. Une constante ressort, l'arrivée du SIM dans les CE est perçue comme une stratégie d'autorité imposée par l'hôpital pour des motifs politico-administratifs et médicaux. La plupart des cliniques déplorent le manque de concertation, certains auraient aimé être consultés pour le choix des intervenants.

Dans le premier groupe, les cliniques A, B, C et D sont décrites comme ayant un fonctionnement multidisciplinaire souple et ouvert aux changements. Il semble par contre que ce facteur ne soit pas suffisant pour assurer une implantation réussie car plusieurs équipes du deuxième groupe rencontrent également ces mêmes caractéristiques.

Avant l'arrivée du SIM, la compréhension du SIM et son rôle étaient en général mal définis ou plutôt mal compris de la part des acteurs des cliniques externes. Cette compréhension parfois nébuleuse a fait naître certaines craintes face aux chevauchements possibles dans les rôles des intervenants, en particulier pour les travailleurs sociaux. Par contre, cet aspect ne semble pas non plus, à lui seul, pouvoir expliquer les problèmes d'adaptation rencontrés par les deux autres groupes de cliniques. Une collaboration naturelle semble s'être développée pour la clinique A. Les cliniques B, C et D semblent avoir développé des stratégies plus actives pour favoriser l'arrimage. Par exemple, la clinique B collabore en initiant les nouveaux intervenants au fonctionnement de la clinique; il y aura clarification des rôles à l'usage, en établissant un cadre clair, permettant de régir les fonctions de chacun. L'équipe devient un support diminuant la lourdeur des cas pris en charge par le SIM. La clinique C se rallie aux nouveaux intervenants en partageant les mêmes valeurs à promouvoir, soit la qualité des soins centré sur le patient; les craintes s'estompent, il y a adaptation des indications du SIM au fil des expériences cliniques. Finalement, la clinique D permet d'observer le leadership du psychiatre, se préoccupant de la gestion des rôles, qui permet d'adapter le fonctionnement de la clinique vers un mode interdisciplinaire diminuant les craintes et favorisant du même coup l'arrimage.

Phénomène intéressant, ces quatre cliniques se disent travailler sur un mode multidisciplinaire au départ. Dans les faits, nous pouvons noter un mode d'allure beaucoup plus interdisciplinaire mis en évidence avec l'arrivée du SIM. Dans certains cas, ce mode de fonctionnement antédait le SIM; dans d'autres cas des actions plus ou moins actives ont été posées suite à l'arrivée du SIM et ont donné des résultats convergents vers une structure de clinique interdisciplinaire. Nous verrons plus loin, en comparant les autres groupes de cliniques, que la forme de l'équipe d'accueil semble jouer un rôle prépondérant dans le type d'adaptation.

Les cliniques E, F et G peuvent se regrouper sous la nomination de trouble d'adaptation temporaire démontrant plusieurs similarités entre elles: la structure multidisciplinaire, le peu de gestes posés pour favoriser une implantation difficile et l'absence d'émergence d'un leadership.

Dans un premier temps, la structure de ces cliniques est décrite comme multidisciplinaire par ses acteurs principaux. Cette forme particulière de fonctionnement favorise l'autonomie de ses membres. En contre partie, l'intervenant SIM se trouve parfois très seul face à la lourdeur des cas rencontrés. Fait observable, les intervenants dans cette situation sentent le besoin de se regrouper entre intervenants SIM d'une même clinique pour partager et briser la solitude; l'équipe F en est un bel exemple ayant déjà développé des mécanismes pour contrer ce manque de l'équipe. L'équipe E anticipe la nécessité de faire de même en se rencontrant plus souvent entre intervenants SIM. Cet aspect de regroupement entre SIM éveille certaines craintes face au risque de cloisonnement des SIM par rapport au reste de la clinique. Les SIM se regroupant entre eux risquent de moins bien s'articuler avec le reste de l'équipe. Certains acteurs de la clinique F suggèrent une meilleure collaboration avec les SIM, encourageant ainsi un meilleur partage des difficultés avec ceux-ci mais observent avec inquiétude la difficulté qu'ont les SIM à faire des demandes de suivi conjoint ou de transfert vers un suivi moins intensif. Certains craignent que les SIM ne veulent en faire trop dans des sphères où ils n'ont pas les compétences requises, risquant de diminuer la qualité des soins donnés.

La clinique F permet également d'observer l'impact de la réorganisation des structures de soins sur l'implantation de nouveaux intervenants. Cette clinique, ayant réorganisé ses services il y a quelques années, démontre une intégration plus facile de nouveaux intervenants lors d'une réorganisation en profondeur de la structure comparativement à l'ajout de nouveaux intervenants, une fois la structure organisée et stabilisée depuis un certain temps.

Une seconde caractéristique commune au deuxième groupe dénote le peu de gestes concrets posés pour favoriser l'implantation de ce nouveau programme. En effet, les SIM sont les acteurs les plus actifs en établissant des liens entre eux et avec les autres membres de la clinique. La clinique G démontre cet aspect par le peu de gestes posés au départ. Nous pouvons noter une réactivité tentant d'établir une certaine autorité afin de contrôler le phénomène, encore une fois, perçu comme imposé par des contraintes extérieures de nature monétaire.

La dernière caractéristique recouvrant ce 2^{ième} groupe de clinique a rapport à l'absence d'émergence d'un leadership du psychiatre face à l'arrivée de nouveaux membres. L'équipe fonctionnant sur un mode multidisciplinaire, nous nous attendrions à ce qu'un leadership du psychiatre pilote l'arrivée de nouveaux intervenants pour favoriser leur implantation, ce qui n'est pas observé. Nous pouvons d'emblée voir les interactions entre structures des cliniques et leadership de gestion. L'observation et la description du dernier groupe de clinique nous permettra de mieux comprendre les relations possibles entre ces deux éléments.

Le dernier groupe représente des cliniques où les difficultés d'adaptation demeurent importantes depuis le début de l'implantation soit près de un an déjà. Deux variables communes ressortent: l'absence de leadership et l'absence de fonctionnement en équipe.

L'absence de leadership est notable. Les acteurs des cliniques externes s'impliquent peu lors de l'arrivée du SIM. Le SIM tente de coopérer avec un milieu peu réceptif ou indifférent (clinique D), méfiant (clinique H), instable et opposant (clinique J). Malgré certains gestes posés pour tenter de faciliter l'implantation, le leadership de l'équipe I ne réussit pas à émerger. La clinique H entrevoit une amorce timide de leadership voulant prendre naissance après plusieurs mois difficiles d'implantation. La clinique J se remarque par l'absence de leadership laissant aller les choses jusqu'à un boycott possible du SIM par d'autres intervenants de la clinique. Le non leadership peut, entre autre, s'exprimer par une structure de travail mal déterminée laissant place à l'ambiguïté et aux conflits. Il y a donc interaction entre leadership et structure de l'équipe, deux variables intriquées difficilement isolables l'une de l'autre.

Ceci nous amène à aborder un deuxième aspect commun au dernier groupe de cliniques: le fonctionnement de l'équipe. C'est une variable mise en premier plan et pouvant jouer un rôle facilitant l'implantation du SIM. Dans ce troisième groupe, nous observons le manque de fonctionnement en équipe. Les intervenants travaillent seuls sans soutien de la part du reste de l'équipe. La clinique I fonctionne sans équipe; il n'y a pas de réunion, pas de rencontre d'équipe. L'intervenant SIM se sent bien seul. Différemment, l'équipe H fonctionne de façon très hiérarchisée, démontrant une rigidité marquée face aux changements et percevant les nouveaux intervenants comme envahissant leur champs de compétence. La structure, ici, est trop rigide et

méfiant ne permettant pas l'intégration du SIM à l'équipe en place. À l'opposé, mais créant tout autant de problèmes d'adaptation, la clinique J fonctionne sans structure. Il n'y a pas de cadre de travail; pas de fonctionnement d'équipe encore une fois. Pour plusieurs, l'absence de structure laisse place à l'expression de la personnalité des différents intervenants. La clinique J est décrite comme une équipe peu rodée où il existe des problèmes précédant l'implantation du SIM. Aux dires de plusieurs, il y a tout simplement projection de problèmes anciens sur le SIM représentant une cible idéale.

Ce dernier point amène une observation régulière de plusieurs acteurs notant que l'implantation réussie dépend probablement, en partie, de la personnalité des intervenants implantés. Les caractéristiques ciblées étaient une bonne capacité à s'adapter, le partage des mêmes valeurs de la clinique et, pour certains acteurs, le respect du modèle médical où le médecin établit un plan d'intervention que l'on doit respecter. À la lueur des résultats observés, la personnalité de l'intervenant ne semble pas être un facteur essentiel à la réussite de l'implantation mais son importance se voit accrue, lorsqu'il y a absence de structure d'équipe et de leadership, permettant ainsi l'expression plus grande des personnalités de chacun. Ainsi le système devient vulnérable et dépendant des différentes personnalités, les caractéristiques de l'individu étant mises en premier plan et laissant derrière les caractéristiques du type d'intervention.

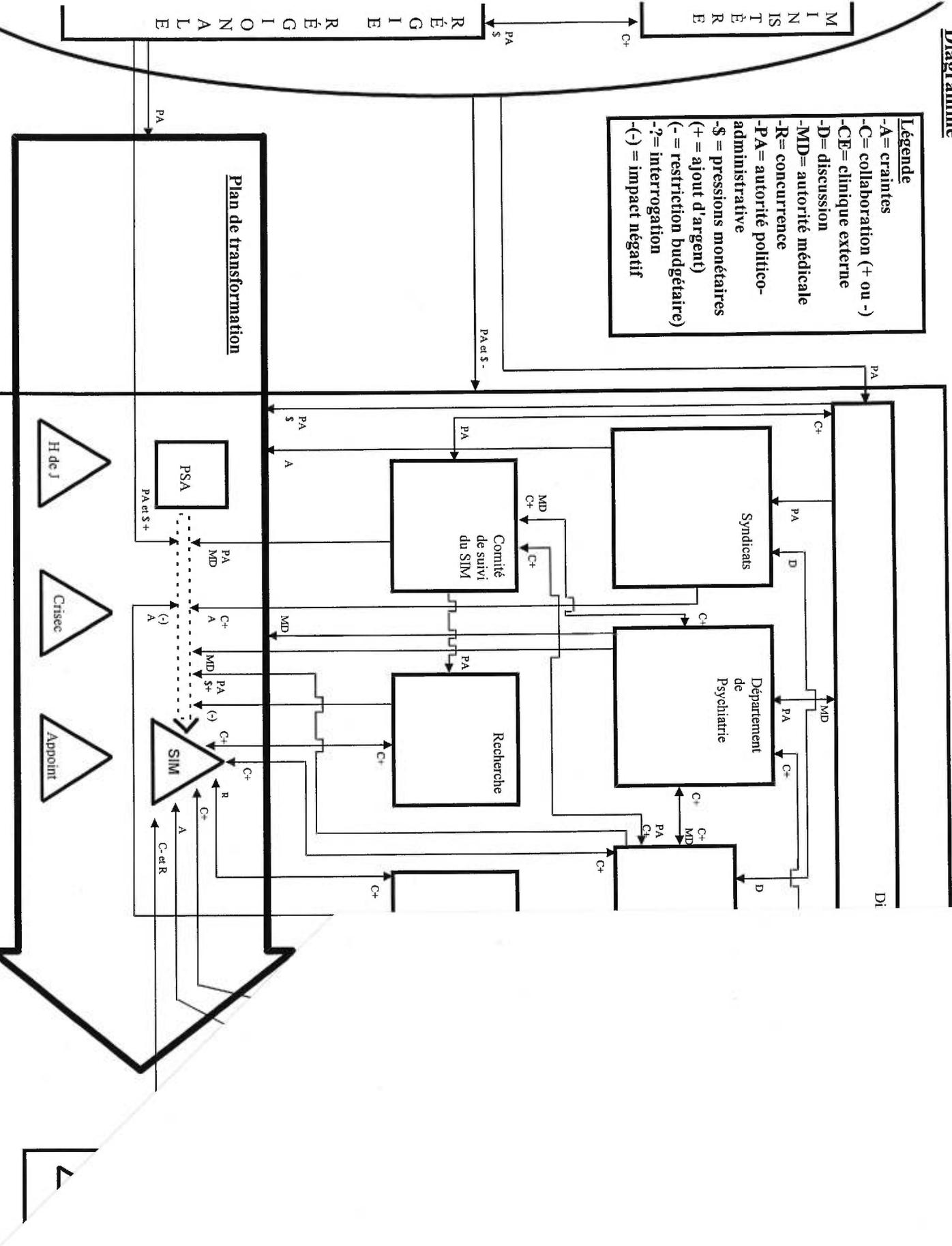
Tableau # 2: tableau comparatif

Cliniques	Structures	Compréhension	Comportements	Stratégies	Archétypes
A	-Multidisciplinaire -Souple-ouverte	- Implantation différente selon la personnalité de l'intervenant de suivi intensif dans le milieu (SIM). - Craintes des travailleurs sociaux (TS). - Rôles flous. - SIM devra s'adapter aux besoins de la clinique externe (CE).	- SIM est actif. - Les autres acteurs demeurent observateurs.	- Autorité politico-administrative (PA) pour implanter des intervenants - Collaboration SIM affronte concurrence voilée face aux rôles. - Absence de leadership du psychiatre. - Adaptation des approches à venir.	-Adaptatif naturel (sans intervention précise pour favoriser ou non l'implantation).
B	- Jeune, ouverture d'esprit, supportante. - Le fonctionnement en équipe minimise les situations où on se débarrasse de cas difficiles en les attribuant au SIM.	- Pas de crainte. - Meilleur échange d'informations. - CE permet le partage de la lourdeur. - Clarification des rôles à l'usage. - Craintes de modifier la dynamique de la CE si le nombre de SIM augmente trop...	- SIM actif - Coordinatrice-SIM active en définissant les rôles du SIM. - Initiation des SIM à la CE. - Efforts pour automatiser la référence au SIM.	- Coopération claire entre le SIM et la CE en établissant un cadre permettant de régir les fonctions de chacun; ce cadre se basant sur l'expertise professionnelle. - Émergence timide d'un leadership du psychiatre.	- Adaptatif supportant (l'équipe fournit un support pour diminuer la lourdeur possible).
C	- Structure réceptive et souple. - Absence de cloisonnement. - Terrain propice qui accueille les intervenants partageant la philosophie de mettre le pt. au milieu des soins.	- L'intégration dans la CE rassure, facilite et déclenche le projet - Craintes s'estompent suite à l'arrivée; rôles mieux compris. - Adaptation des indications au fil des expériences.	- Travail d'équipe diminue la lourdeur. - Psychiatre à l'affût des demandes du SIM, se rend disponible.	- SIM s'inscrit dans une grande stratégie politico-administrative que la CE subit. - Coopération, ralliement autour de valeurs à promouvoir. - Émergence d'un leadership du psychiatre. - Autorité médicale semble vouloir apparaître.	- Adaptatif supportant
D	-Multidisciplinaire - Ouverture	- Craintes d'empiètement mais ouvert à la complémentarité. - Adaptation des rôles du SIM.	- Le SIM est actif. - Discussion de l'équipe qui décide que les indications du SIM seront prises en équipe et donc opte pour une forme interdisciplinaire ce qui diminue les craintes et favorise l'arrimage.	- SIM est perçu comme autorité médicale et politico-administrative. - Émergence du leadership du psychiatre qui se préoccupe de la gestion des rôles. - SIM coopère et évite ainsi l'affrontement concurrentiel.	- Adaptatif dirigé (l'adaptation vers un mode interdisciplinaire découle du leadership du psychiatre).
E	- Équipe favorise l'autonomie de ses membres. - Forme s'apparentant plus à une équipe multidisciplinaire. - Craintes de former 2 équipes si le SIM s'aggrandit.	- Le SIM travaille seul. - Les balises demeurent floues, craintes du service social. - Craintes du psychiatre d'être plus sollicité. - Multiples profils de pts ciblés. - Indications du SIM non dans le cadre de l'urgence.	- SIM actif dans ses démarches. - Service social verbalise ses craintes. - Sinon, peu de gestes posés. - Les SIM prévoient devoir se rencontrer entre eux pour partager.	- Émergence du leadership du SIM qui voit la lourdeur. - Collaboration est envisagée pour favoriser l'implantation.	- Individualité non-adaptée (il n'y a pas de geste concret pour changer le fonctionnement de la CE qui favorise le travail individuel).

F	<ul style="list-style-type: none"> -Multidisciplinaire - Réorganisation récente de la CE. - Débordement des demandes SIM. 	<ul style="list-style-type: none"> - Crainte d'empiétement. - SIM seul trouve la tâche lourde. - Référence vers le moins intensif n'est pas automatisée mais pourrait diminuer la lourdeur. 	<ul style="list-style-type: none"> - Peu de comportements avant une journée d'étude. - Les SIM créent des liens entre eux pour briser la solitude. 	<ul style="list-style-type: none"> - Collaboration suggérée par les prof. Les SIM réfèrent peu, non par concurrence mais plutôt par ignorance et par manque d'articulation avec le reste de l'équipe. - Absence de leadership. 	<ul style="list-style-type: none"> - Individualité non-articulée (peu de gestes concrets posés, articulation avec le reste de l'équipe à développer).
G	<ul style="list-style-type: none"> - Clientèle difficile et spécifique - Changements se font lentement. 	<ul style="list-style-type: none"> - Craintes du service social. - Indications floues. - Indications différentes selon les CE, adapter le SIM aux besoins des CE. - Manque d'information et de concertation. - Demande un changement du rôle du médecin-psychiatre. 	<ul style="list-style-type: none"> - Peu de comportements sauf de la part des planificateurs. - Passivité suivi de réactivité. - Devra cibler les critères des pts., mise en place de moyen de contrôle. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'arrivée du SIM est perçue comme imposée par des contraintes extérieures de nature monétaires. - Collaboration des SIM. - Absence de leadership . 	<ul style="list-style-type: none"> - Individualité méfiante (Méfiance face à l'institution, sans leadership clarifiant les rôles sur une base clinique risquant ainsi d'entraîner un affrontement concurrentiel).
H	<ul style="list-style-type: none"> - Rigidité - Hiérarchie - Fonctionnement d'équipe multidisciplinaire. 	<ul style="list-style-type: none"> - Peur pour ses champs de compétences. - Rôles se clarifient à l'usage. - Adaptation des rôles au milieu. 	<ul style="list-style-type: none"> - SIM doit se repositionner et clarifier son rôle. - Peu de gestes jusqu'à présent. 	<ul style="list-style-type: none"> - Autorité hospitalière irrite le milieu. - Coopération du SIM. - Émergence tardive du leadership du psychiatre. 	<ul style="list-style-type: none"> - Méfiance ponctuée d'hostilité contrôlée (milieu non réceptif, se sentant menacé, opposant pendant plusieurs mois, ouverture récente, leadership tardif).
I	<ul style="list-style-type: none"> - Absence d'équipe 	<ul style="list-style-type: none"> - Hétérogénéité des connaissances et compréhension. - Lourdeur du travail du SIM seul. - Désintérêt des psychiatres. - Craintes de ceux-ci d'être plus sollicités 	<ul style="list-style-type: none"> - Tentatives infructueuses multiples de promotion du SIM auprès des psychiatres. 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de stratégie de la CE. - Stratégie politico-administrative élaborant les grandes lignes de changement. - Absence de leadership des psychiatres. 	<ul style="list-style-type: none"> - Schizoïde indifférent (la clinique est indifférente autant au SIM qu'aux actions de leur chef ou du SIM).
J	<ul style="list-style-type: none"> - Rigidité face aux changements. - Équipe peu rodée - Pas de fonctionnement d'équipe; multidisciplinaire? - Absence de cadre. 	<ul style="list-style-type: none"> - La compréhension change avec l'arrivée du SIM. - Crainte, rôles flous. - Absence de cadre laisse place à la personnalité des intervenants. - Déplacement des problèmes de la CE sur le SIM. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de geste actif de la part de la CE. - Professionnels suggèrent de redéfinir leur fonction, aidant à mieux comprendre. - La CE est surtout réactive et opposante en instaurant presque le boycott face au SIM. 	<ul style="list-style-type: none"> - Coopération du SIM. - Opposition de la CE. - Survie passera par l'élaboration d'un cadre qui diminuera la concurrence. - Absence de leadership du psychiatre. 	<ul style="list-style-type: none"> - "État limite" sans cadre stable où il y a boycott qui ralentit les prises en charge des bénéficiaires. - Projection des problèmes de la CE sur le SIM. - Absence de structures qui permettraient de rétablir l'ordre.

Diagramme

- Légende**
- A= craintes
 - C= collaboration (+ ou -)
 - CE= clinique externe
 - D= discussion
 - MD= autorité médicale
 - R= concurrence
 - PA= autorité politico-administrative
 - \$= pressions monétaires (+ = ajout d'argent)
 - (- = restriction budgétaire)
 - ?= interrogation
 - (-) = impact négatif



Discussion

L'étude de cas actuelle permet d'observer un phénomène d'implantation dans un contexte spécifique. L'intérêt de cette étude réside dans la possibilité de décrire et de comparer des phénomènes ayant présentement cours, permettant de scruter l'implantation d'un programme de type suivi intensif dans la communauté. Une méthode d'analyse qualitative est particulièrement pertinente pour explorer ce domaine pratiquement vierge de connaissances, donnant non seulement la possibilité d'émettre des hypothèses de recherches ultérieures mais permettant également de comprendre certains facteurs pouvant être impliqués lors de la mise sur pied d'un tel type de programme.

Le thème de l'adaptation semble incontournable. De nombreuses adaptations, décrites dans les résultats, ont eu cours tout au long de l'élaboration et de l'implantation de ce programme. Dès le début, le milieu hospitalier adapte les pressions externes en les transformant en exigences médicales ralliant les acteurs autour de valeurs à promouvoir pour le bien-être des bénéficiaires. Le leadership médical est omniprésent et dirige les transformations avec certains administrateurs (Reinharz 1998). Il y aura également adaptation du modèle PACT aux services et philosophies déjà en place. La structure de soins en externe est respectée en se voyant intégrer des intervenants SIM dans chaque clinique. Le modèle s'adapte également à la philosophie du milieu où le psychiatre est en première ligne de traitement. Un modèle plus autonome d'une équipe PACT, où le psychiatre était en deuxième ligne, allait à l'encontre de cette philosophie et ne sera pas entériné par le département de psychiatrie.

L'implantation d'un programme semblable met en premier plan l'importance du mode de fonctionnement en équipe. Le SIM, calqué sur le PACT, modèle de soins donnés par une équipe, pour fonctionner, doit travailler en équipe. Son arrivée met en évidence le mode de fonctionnement de chaque clinique. Le mode interdisciplinaire semble être le fonctionnement optimal permettant une collaboration, un support et une continuité dans les soins donnés par une équipe et non par un individu seul. Des modes de fonctionnement autres semblent être difficilement compatibles avec ce type de suivi; se reflétant par une lourdeur accrue pour les intervenants SIM prenant en charge des cas difficiles, sans support ni possibilité de référer à d'autres membres de l'équipe lors d'un suivi moins intensif, entraînant ainsi une surcharge progressive de travail par le manque de roulement du case-load.

La philosophie des soins doit également être adressée et les acteurs doivent se repositionner avec l'arrivée de ce nouveau programme. Depuis les origines de la psychiatrie communautaire, la continuité des soins est mise de l'avant comme principe directeur. Le programme PACT favorise la continuité des soins. Un résultat observé lors d'études antérieures (Draine 1997) démontre la perte d'efficacité du PACT après quelques mois suivant l'arrêt de ce type de suivi; certains argumentant que ce type d'approche devrait donc être poursuivi à long terme car ne connaissant pas la durée optimale de prise en charge. En fin de compte, il n'existe pas de donnée sur "l'après PACT". Le modèle proposé au cours de cette étude semble pouvoir concilier intensivité et continuité des soins. En effet, le SIM adresse des problèmes urgents en donnant des soins selon une intensivité élevée (fréquence plus élevée des soins donnés) tout en étant supporté par une équipe qui connaît les bénéficiaires traités. Une fois les besoins d'intensivité estompés, la prise en

charge pourra se poursuivre par un autre membre de l'équipe, libérant du même coup l'intervenant SIM pour d'autres situations d'urgence nécessitant des soins plus intensifs. La continuité est ainsi assurée par l'équipe qui est familière au patient. Du même coup, l'intervenant SIM ne fait pas face au problème de "case-load" sans cesse grandissant rencontré par les case-manager intensifs. Finalement, les actions du SIM deviennent intégrées dans le plan d'intervention élaboré par l'équipe minimisant les chevauchements ou les divergences dans les orientations d'interventions. Pour que cette articulation fonctionne, l'équipe devra fonctionner en mode interdisciplinaire.

L'arrivée d'un nouveau programme tel le SIM favorisera la modification du fonctionnement vers une approche interdisciplinaire dans les cliniques. Pour qu'il y ait adaptation, il faudra que l'équipe s'attarde à son fonctionnement. Il y aura pression exercée sur le chef d'équipe qui devra faire preuve de leadership. Le SIM, comparativement à une équipe PACT qui travaille de façon parallèle aux services en place, s'insère dans un système déjà en action. Le psychiatre étant le chef dans une équipe multidisciplinaire, devra redéfinir les rôles. Il devra trouver un équilibre entre son rôle clinique traditionnel et un nouveau rôle de gestion des services de soins. Cet équilibre permettra de voir émerger un leadership nouveau entraînant une meilleure articulation entre les membres de l'équipe. Certains observateurs mettent en relief que le leadership ne revient pas nécessairement au psychiatre. L'observation de l'implantation, à plus long terme, permettra d'observer le développement possible de stratégies alternatives où le rôle du psychiatre pourrait s'y voir modifier.

À la lueur des différents commentaires des acteurs interviewés, il semble que le rôle des travailleurs sociaux est particulièrement mis sous tension. En effet, le service social constitue le service qui semble avoir le plus réagi à l'arrivée du SIM. Cette forte réaction pourrait s'expliquer par le fait que le rôle du travailleur social est bousculé par la venue du SIM. Certains iront jusqu'à dire qu'il s'agit d'une menace à l'identité même du travailleur social. L'origine de cette menace pourrait provenir des racines historiques de la gestion de cas traditionnellement attribuée au service social. La perte de ce champs exclusif se fait sentir. Encore pire, à l'ère du PSA, le service social contrôlait les demandes, l'intervenant-PSA répondant en quelque sorte aux demandes du travailleur social. Avec l'arrivée du SIM, ce rapport d'autorité tombe, créant un contexte favorisant des échanges d'égal à égal entre l'intervenant SIM et le travailleur social.

Ce type d'approche éveille également le souci d'établir des liens avec la communauté. Comme cette étude de cas nous le démontre, l'arrivée du SIM dans la communauté ne se fait pas sans heurt. La concertation du milieu devra être favorisée, une collaboration étroite entre le milieu hospitalier et la communauté devra être encouragée. Le développement d'un maillage serré entre les services hospitaliers et communautaires devra être visé. Ce réseau de liens sera probablement essentiel à la survie du SIM et à sa croissance, le SIM reposant sur le milieu pour intervenir et évoluer. Des changements de mentalités sont entamés, des efforts de rapprochement des différents partenaires devront se poursuivre.

Cette étude de cas comporte plusieurs limites. L'application d'une grille d'analyse simplifiant la collecte et le traitement des données a sans doute restreint l'observation entraînant ainsi la possibilité d'avoir manqué certains phénomènes. La validité interne de l'étude semble toutefois reconnue comme juste par les commentaires des observateurs portant sur une première version du

manuscrit. L'étude s'intéresse aux aspects organisationnels reliés à l'implantation du SIM spécifiquement; dans cette optique, les auteurs décrivent des stratégies d'autorité d'ordre général n'adressant pas de typologie plus classique de stratégies de changement à un niveau plus micro-organisationnel comme nous l'ont signalé certains observateurs. La complexité du milieu étudié entraîne la minimisation possible de l'impact de certains acteurs ou groupe d'acteurs tels les syndicats. Suite aux commentaires des acteurs interviewés, les syndicats devront être observés plus en profondeur dans une étude ultérieure. Cette recherche décrit, enfin, un contexte particulier. La transférabilité des résultats n'est pas adressée mais pourrait être évaluée lors d'une prochaine vague d'entrevues. L'étude et la comparaison de sites différents devront être faits et permettraient ainsi d'étudier mieux la transférabilité.

Cette analyse de cas permet de voir l'importance des aspects organisationnels impliqués dans un processus d'implantation. Le modèle d'analyse qualitative suggéré permet d'entrevoir l'utilité d'évaluer ces aspects en cours d'implantation, favorisant ainsi non seulement l'élaboration et l'implantation du SIM mais également sa croissance et sa longévité. Par contre, il faut garder en tête le tableau # 1 se souvenant ainsi que cette étude n'évalue pas au complet le processus d'implantation mais laisse vacantes plusieurs sphères à évaluer dans des projets ultérieurs: les ressources consacrées, les intrants au niveau régional, les résultats aux différents niveaux tels l'impact sur la qualité de vie des bénéficiaires et l'intensivité des soins donnés pour ne nommer que ces exemples.

L'étude de cas décrit des différences d'implantation selon les milieux. Le choix des acteurs rencontrés lors de cette étude de cas a été d'adapter un modèle de soins déjà connu plutôt que de l'adopter intégralement. Certains concluent qu'une plus grande fidélité au modèle PACT est associée à une plus grande efficacité (McGrew 1995). Il y a absence de consensus dans la littérature à ce niveau comme déjà mentionné lors de l'introduction (Witheridge, 1991). Cette étude nous permet d'établir un regard de base sur un processus d'implantation toujours en cours et surtout soulève des hypothèses de recherche à explorer ultérieurement. Dans un premier temps, l'implantation pourrait être plus difficile car nécessitant une modification de l'environnement; cette adaptation réussie du milieu pourrait être le gage d'un enracinement assurant une longévité au programme. Est-ce que l'adaptation d'un modèle sera préférable à son adoption? Comment évoluera la forme de cette adaptation? Comment les structures des équipes se stabiliseront et sous quelles formes? Verra-t-on une émergence plus grande d'un leadership de gestion chez le psychiatre ou plutôt le développement de solutions alternatives? Voici autant d'hypothèses à scruter dans des études futures portant sur l'implantation de programmes de soins intensifs donnés dans la communauté et qui pourront faire l'objet de la prochaine vague d'entrevues.

Bibliographie

Allness D.J., Knoedler W.H.: The Pact Model of Community-Based Treatment for Persons with Severe and Persistent Mental Illness: A Manual for PACT Start-Up. 1998 Programs of Assertive Community Treatment, Inc.

Andrews G, Teesson M, Stewart G, Hoult J: Follow-up of Community Placement of the Chronic Mentally Ill in New South Wales. *Hospital and Community Psychiatry* 1990; 41 (2): 184-188.

Bachrach L.L.: On Exporting and Importing Model Programs, *Hospital and Community Psychiatry* 1988; 39: 1257-1258.

Benoit F et Lesage A: L'implantation du suivi intensif dans la communauté: des leçons à tirer du passé. *Canadian Journal of Psychiatry* 1999 (accepté pour publication).

Burns BJ, Santos AB: Assertive Community Treatment: An Update of Randomized Trials. *Psychiatric Services* 1995; 46 (7): 669-675.

Contandriopoulos AP, Souteyrand Y: L'hôpital Stratégie: Dynamiques locales et offre de soins. Montrouge; John Libbey 1996.

Draine J: A Critical Review of Randomized Field Trials of Case Management for Individuals With Serious and Persistent Mental Illness. *Research on Social Work Practice* 1997; 7 (1): 32-52.

Drake R., Burns B.J.: Special section on assertive community treatment: An introduction. *Psychiatric Services* 1995; 46: 667-678.

Gélinas D: Points de repère pour différentier la gestion de cas du suivi intensif dans le milieu auprès de personnes souffrant de troubles mentaux graves. *Santé Mentale au Québec* 1998; XXIII, 2, 17-47.

Goering P., Cochrane J., Durbin J.: Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale, document de discussion. Ministère des Travaux Publics et Services Gouvernementaux, Canada 1997.

Gouvernement de l'Ontario, Ministère de la Santé, Soins en établissement et services communautaires. Assertive Community Treatment Guideline. July 1997.

Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la planification et de l'évaluation. Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale, document de consultation, 1998.

Hoult J: Dissemination in New South Wales of the Madison model in: Marks IM, Scott RA: *Mental Health Care Delivery: innovations, impediments and implementations*. Cambridge, England; Cambridge University Press 1990.

- Hinnings R, Greenwood R (1988): *The Dynamics of Strategic Change*. Oxford; Blackwell.
- Huberman AM, Miles MB: *Analyse des données qualitatives*. De Boek-Université. Bruxelles 1991.
- McGrew JH, Bond GR: Critical Ingredients of Assertive Community Treatment: Judgments of the Experts. *The Journal of Mental Health Administration* 1995; 22 (2): 113-125.
- Meisler N., Detrick A., Tremper R.: Statewide dissemination of the Training in Community Living Program. *Administration and Policy in Mental Health* 1995; 23(1): 71-76.
- Reinharz Daniel: *Analyse organisationnelle et évaluation de la désinstitutionnalisation dans un hôpital psychiatrique*; Thèse de doctorat déposée en 1998. Département d'administration de la santé; Faculté de Médecine.
- Schmidt-Posner J, Jerrel JM: Qualitative Analysis of Three Case Management Programs. *Community Mental Health Journal* 1998; 34 (4): 381-392.
- Stein L.I., Santos A.B.: *Assertive Community Treatment of Persons with Severe Mental Illness*. Norton ed. 1998, first edition.
- Stein L.I.: Innovating Against the Current. *New Directions for Mental Health Services* 1992; 56: 5-22.
- Stein L.I., Test M.A.: Alternative to mental hospital treatment, I: Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry* 1980; 37: 392-397.
- Tansella M et Thornicroft G: A Conceptual framework for mental health services: the matrix model. *Psychological Medicine*, 1998; 28: 503-508.
- Test MA: Community-based treatment models for adults with severe and persistent mental illness. Chapitre 15 dans *Mental Health Research: Implications for Practice* 1998. J.B.W. Williams et K. Ell., pages 420 à 436.
- Van der Maren JM: *Méthode de recherche pour l'éducation*. Montréal: PUM; Bruxelles: De Boek-Université, 2^e édition, 1996.
- Witheridge TF: The Active Ingredients of Assertive Outreach. *New Directions for Mental Health Services* 1991; 52: 47-64.

REMERCIEMENTS

Avec toute mon appréciation pour la généreuse collaboration de tous les membres de l'équipe SIM sans qui cette recherche aurait été impossible à réaliser. Un merci particulier au docteur A. Lesage, directeur de recherche, pour ses conseils et commentaires constructifs.