

POLICY

Centre for
Mental Health



Mise en pratique du rétablissement

Une méthodologie en vue d'un changement organisationnel

Geoff Shepherd, Jed Boardman et Maurice Burns

Édition québécoise

« *S'il était adopté avec succès et complètement, le concept du rétablissement pourrait transformer les services de santé mentale et libérer le potentiel de milliers de personnes aux prises avec de la détresse psychologique. Les services devraient être conçus pour appuyer directement cette possibilité et les professionnels formés pour aider les gens à avoir une meilleure qualité de vie, mais cela ne se fera qu'au prix d'un changement considérable pour beaucoup d'organisations et d'individus.* »

Future Vision Coalition (juillet 2009)

Introduction

« Rétablissement » est un terme que les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale utilisent couramment pour décrire le combat qu'elles mènent afin d'avoir une vie significative et satisfaisante. Les principes du rétablissement fournissent maintenant un cadre conceptuel qui soutient l'évolution des services de santé mentale dans plusieurs pays (Australie, Nouvelle-Zélande, Irlande et États-Unis). En Angleterre, ces principes occupent une place prépondérante dans le récent document de politique du ministère de la Santé (Department of Health, 2009) intitulé *New Horizons* et ils ont reçu un large appui de la part des principaux ordres professionnels. Bien que ces principes ne constituent pas une nouvelle forme de *traitement* pouvant être appliqué aux individus pour qu'ils « se rétablissent », nous croyons que les services de santé mentale continueront de jouer un rôle central d'appui – ou de frein – à leur cheminement personnel vers le rétablissement. Le présent document décrit une méthodologie concrète pour aider les services de santé mentale et leurs partenaires locaux à faire une plus large place au rétablissement dans leur organisation et leur

pratique et à appuyer ainsi plus efficacement ce processus.

Il s'agit du troisième document d'une série découlant du projet sur le rétablissement dirigé par le Sainsbury Centre for Mental Health. Le premier document, *Faire du rétablissement une réalité* (Shepherd et coll., 2008) résumait les grands principes du rétablissement et leurs répercussions pour les praticiens. L'exposé de principe suivant, *Mise en pratique du rétablissement : un nouveau cadre pour le changement organisationnel* (Sainsbury Centre, 2009) présentait un cadre pour le changement organisationnel, qui comprenait 10 grands défis que les services de santé mentale devaient relever s'ils voulaient aller de l'avant et accorder plus d'importance au rétablissement (voir l'encadré 1). Le cadre a été élaboré à partir d'une série d'ateliers, organisés dans cinq établissements de services de santé mentale, qui ont permis de cerner les meilleures façons d'intégrer à la pratique habituelle les principes du rétablissement. Ont assisté à ces ateliers plus de 300 professionnels des services de santé mentale et des services sociaux, des gestionnaires et des représentants d'organisations locales indépendantes. Des usagers des services et des aidants ont aussi apporté une grande contribution.

Tous les établissements du système national de santé britannique (*NHS Trusts*) ayant participé aux ateliers s'étaient grandement efforcés de créer des services davantage axés sur le rétablissement et disposaient pour ce faire de l'appui et de l'engagement de leurs cadres supérieurs, jusqu'au niveau du conseil d'administration. Il était clair cependant qu'il n'existait pas d'approche globale unique ni de modèle unique d'un service entièrement axé sur le rétablissement. Les grands défis organisationnels précisés au cours des ateliers servent donc de point de départ pour

aider à instaurer des services complets et cohérents : ils ne constituent pas un plan détaillé pour la réussite. Il s'agit maintenant d'explorer quelle est au juste la meilleure façon de donner suite à ce programme de changement organisationnel.

Le présent document expose une méthodologie pour relever ces défis. Elle peut être appliquée à la fois par des fournisseurs locaux de services de santé mentale (qui relèvent du secteur public ou pas) et par des planificateurs (*commissioners*) de services de soins de santé et de services sociaux. Des établissements de services de santé mentale (et d'autres fournisseurs) peuvent l'utiliser dans le cadre d'un processus d'autoévaluation bien défini, ou encore pour faciliter les discussions entre des fournisseurs de services locaux et des planificateurs (*commissioners*) dans leurs tentatives conjointes de progresser vers des services davantage axés sur le rétablissement. Nous croyons que cette méthodologie constitue

un point de départ novateur pour des services véritablement centrés sur la personne.

Tout en reconnaissant que nous abordons des questions complexes de changement organisationnel, nous cherchons à décrire les défis et les processus avec clarté et d'une manière facile à comprendre. En agissant ainsi, nous espérons également fournir un langage commun qui aidera les fournisseurs à évaluer leurs progrès vers des services davantage axés sur le rétablissement en plus d'aider les planificateurs (*commissioners*) ainsi que les fournisseurs à travailler ensemble pour coproduire un changement de système. Ces notions font partie des directives sur la planification des soins et des services (*commissioning*) récemment diffusées par l'unité nationale d'amélioration de la santé mentale (*National Mental Health Development Unit*) (NMH DU/NHS Commissioning Support for London, 2009).

Encadré 1 : 10 grands défis organisationnels

- 1) Modifier la nature des interactions quotidiennes et la qualité de l'expérience
- 2) Offrir des programmes complets d'éducation et de formation animés par des usagers
- 3) Établir un centre d'éducation sur le rétablissement pour faire avancer les programmes
- 4) Veiller à un engagement organisationnel, créer la culture. Importance du leadership
- 5) Accroître la personnalisation et le choix
- 6) Changer la manière dont nous abordons l'évaluation et la gestion du risque
- 7) Redéfinir la participation de l'utilisateur
- 8) Transformer l'effectif
- 9) Appuyer le personnel dans son cheminement vers le rétablissement
- 10) Accroître les possibilités de se bâtir une vie au-delà de la maladie

(tiré de *Mise en pratique du rétablissement : un nouveau cadre pour le changement organisationnel*, Sainsbury Centre, 2009).

Élaboration de la méthodologie

C'est un groupe de planificateurs (*commissioners*) et de fournisseurs de services qui ont élaboré la méthodologie, notamment des représentants d'organisations relevant du secteur public ou pas et aussi avec la participation du Recovery Centre de l'Université de Hertfordshire. Le travail initial a également fait l'objet de discussions avec un groupe plus vaste de planificateurs (*commissioners*) régionaux dans l'Est de l'Angleterre. Le groupe du projet s'est concentré sur les résultats au « niveau des services », en faisant la distinction avec les résultats au « niveau de l'individu », lesquels peuvent être utilisés pour évaluer le rétablissement personnel, comme l'outil d'évaluation *Recovery Star* (Mental Health Providers Forum, 2008).

Au niveau organisationnel, plusieurs instruments et approches sont déjà disponibles pour mesurer la tendance au rétablissement. Il s'agit entre autres du *Developing Recovery Enhancing Environments Measure* (DREEM) (Ridgeway & Press, 2004), de l'outil *Recovery Self Assessment* (RSA) (O'Connell et coll., 2005), du *Scottish Recovery Indicator* (Scottish Recovery Network, 2009) et du *Recovery Promotion Fidelity Scale* (RPFS) (Armstrong & Steffen, 2009). Ces instruments sont tous utiles à leur manière, mais sont souvent très laborieux à utiliser et exigent beaucoup de temps (Dinniss et coll., 2007). En outre, certains décrivent simplement une bonne pratique *générale*, plutôt que d'être liés *expressément* aux principes du rétablissement; d'autres ont des problèmes de généralisation interculturelle des éléments. Aucun n'a été expressément conçu et créé pour être utilisé dans le contexte britannique (le *Scottish Recovery Network* s'en approche le plus). Il est donc nécessaire d'avoir un nouvel instrument pouvant être utilisé comme outil

d'autoévaluation ou comme élément d'un dialogue entre les planificateurs (*commissioners*) et les fournisseurs de services.

Points de vue des planificateurs (*commissioners*)

Il est ressorti clairement de nos discussions avec les planificateurs (*commissioners*) que beaucoup s'intéressaient à un simple système de mesures pouvant servir à coter les services locaux pour savoir dans quelle mesure ils sont axés sur le rétablissement et à les situer par rapport à des éléments de comparaison. Quoique cette attitude soit compréhensible, elle pose des problèmes considérables pour un ensemble de principes qui sont difficiles à définir de manière inéquivoque et qui ont des répercussions compliquées pour les processus et la pratique. Non seulement est-il ardu d'arriver à des descriptions passablement simplifiées, mais elles peuvent également être trompeuses et même nuire à l'innovation et au progrès.

Pour certains planificateurs (*commissioners*), l'immense quantité de documentation internationale et l'impressionnante variété des instruments existants d'évaluation des progrès organisationnels et individuels vers le rétablissement constituent des obstacles au changement organisationnel. D'autres voulaient adopter une approche du genre « choisir et combiner à la carte », sélectionnant des indicateurs et des mesures de résultat qui semblaient praticables et adaptées aux circonstances locales. Encore une fois, ce point de vue faisait ressortir la nécessité de créer une approche qui soit complète mais toujours aussi simple que possible et bien ajustée aux services locaux.

Dans le climat actuel d'incertitude économique et budgétaire, les planificateurs (*commissioners*) et les fournisseurs s'inquiétaient, ce qui est tout à fait compréhensible, de la perspective d'avoir à faire face à de futures réductions budgétaires et de la nécessité d'améliorer l'efficacité sans augmenter les coûts (Royal College of Psychiatrists, NHS Confederation Mental Health Network & London School of Economics and Political Science, 2009). Nous voulions donc faire en sorte que les services axés sur le rétablissement ne soient pas perçus comme valables seulement en période de conjoncture favorable; ainsi, la majorité des répercussions sur les services que suppose le cadre de changement organisationnel sont sans incidence sur les coûts. Il s'agit de modifier les *façons* de faire plutôt que d'injecter de nouvelles ressources. Certains changements ont même la possibilité de produire des économies à plus long terme; par exemple, une moins grande utilisation des services en raison de taux d'emploi plus élevés, ou la réduction de la masse salariale résultant des changements proposés à la composition (*skill mix*) des compétences professionnelles de l'effectif.

En outre, beaucoup de planificateurs (*commissioners*) se sont dit intéressés à utiliser certains des leviers de la récente réforme du système de santé pour orienter la performance des fournisseurs vers des services davantage axés sur le rétablissement. Par exemple :

- Le nouveau contrat national et uniformisé en santé mentale (Department of Health, 2010);
- Examiner comment établir les coûts d'une pratique axée sur le rétablissement et comment l'assortir de mesures incitatives dans la mise sur pied d'un système national de financement des services de santé mentale en fonction des résultats;

- Combiner les résultats du rétablissement au niveau individuel avec les changements au niveau des services dans un nouveau genre de cycle de planification des soins et des services (comme dans le cas du NMH DU/ NHS Commissioning Support for London, 2009);
- Incorporer un ensemble d'indicateurs provenant d'autres outils ou mesures comme l'ensemble d'indicateurs du programme national d'inclusion sociale (*National Social Inclusion Programme*, 2009);
- Utiliser le document *Commissioning for Quality and Innovation* (CQUIN) pour améliorer la qualité des services tout en axant sur le rétablissement (Department of Health, 2008).

Bon nombre de ces initiatives pourraient s'avérer utiles à long terme, mais il faudra du temps avant que la plupart d'entre elles soient bien établies et parfaitement rodées (par exemple, le nouveau tarif des services de santé mentale n'entrera pas en vigueur avant 2013-2014). Entre temps, toute la gamme des enjeux mis en lumière ici montre clairement que la planification (*commissioning*) des services de santé mentale en Angleterre se trouve actuellement dans une situation complexe qui évolue rapidement. Nous voulions donc mettre au point un outil qui aurait une valeur pratique immédiate pour les fournisseurs et les planificateurs (*commissioners*) et pour d'autres parties prenantes locales – y compris les usagers des services et leurs familles – et qui pourrait les aider à offrir, dès *maintenant*, des services davantage axés sur le rétablissement.

Une fois que le cadre aura été modifié et révisé grâce à des essais sur le terrain, nous espérons qu'il pourra éclairer l'élaboration d'un ensemble de normes destinées aux responsables de la réglementation comme la

« commission sur la qualité des soins » (*Care Quality Commission*) afin de clarifier leurs attentes sur la mise en place de services axés sur le rétablissement. Nous disposerions ainsi de mesures incitatives descendantes (*'top-down'*) nécessaires au changement organisationnel en plus de l'approche essentiellement ascendante (*'bottom-up'*) décrite ici. Or, les deux sont nécessaires si l'on veut obtenir des résultats cohérents et sur une grande échelle.

Comment utiliser la méthodologie

La méthodologie est plus particulièrement adaptée à la réalité britannique d'un service de santé mentale, mais nous croyons qu'elle pourrait fort bien intéresser des planificateurs (*commissioners*) et des concepteurs de services d'autres pays. Notre intention est qu'elle soit claire, systématique, sans être inutilement bureaucratique ou exiger un temps considérable. Nous avons adopté une approche systémique à la modification des services qui vise explicitement à inclure toutes les parties prenantes locales du système de santé mentale – le principal fournisseur du système de santé public, les fournisseurs du secteur indépendant local, les planificateurs (*commissioners*), les usagers des services et les aidants. La valeur ultime des systèmes locaux à aider les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale à se rétablir et à vivre leur vie comme ils le souhaitent dépendra à terme de la qualité du partenariat établi entre ces différents organismes.

La méthodologie aide ceux qui l'utilisent à mieux comprendre les principales idées (la vision) derrière ce qui constitue des services axés sur le rétablissement pour le secteur local, avant de commencer à élaborer une stratégie en vue d'instaurer les changements nécessaires pour mettre en œuvre ces services

et s'entendre sur des objectifs particuliers et des mesures précises. Les progrès sont ensuite surveillés et examinés, les plans révisés, de nouveaux plans rédigés, mis en œuvre, surveillés à nouveau, examinés et encore révisés. Cette forme de boucle d'audit interne (ou cycle du genre « planifier-faire-étudier-agir ») est recommandée comme étant le processus le plus efficace pour produire un changement organisationnel soutenu (Iles & Sutherland, 2001).

Évaluer les services dès le départ

Nous proposons d'utiliser la méthodologie dans un processus en deux phases exécutées conjointement par les fournisseurs (ou les fournisseurs et les planificateurs) et leurs partenaires locaux. Dans la première phase du processus, les parties prenantes tentent de se familiariser avec la complexité des idées qui sous-tendent chaque défi. Ils évaluent ensuite à quel stade d'évolution se situe le principal fournisseur de services de santé mentale, à l'aide d'une classification simple en trois points : stade 1 = engagement, stade 2 = développement, et stade 3 = transformation (voir l'encadré 2 à la page 7 et le cadre de changement organisationnel aux pages 11 à 32). Cette évaluation fournit un résumé de la situation actuelle et pourrait servir à des fins de comparaison, bien que son but primaire soit d'en arriver à une compréhension commune des concepts et de leurs répercussions pour le changement organisationnel. Les fournisseurs et autres partenaires locaux devraient s'inspirer de leurs perspectives différentes pour en arriver à un consensus au sujet du stade où ils en sont. Ils peuvent ensuite consigner le résultat dans le modèle A (voir page 31).

Après avoir terminé cette évaluation générale, les parties prenantes passent ensuite à la deuxième phase du processus. C'est à ce moment qu'ils s'entendent sur les priorités concernant le changement organisationnel. Ils établissent les priorités d'action dans quelques secteurs d'activité et conviennent d'un petit nombre d'objectifs **SMART** (**S**pécifiques, **M**esurables, ayant fait l'objet d'un **A**ccord, **R**éalistes, **T**emporels) afin de définir les cibles et de suivre les progrès. Une fois les objectifs fixés, on tentera de les atteindre, on surveillera les progrès, puis les objectifs seront fixés de nouveau pour être ensuite surveillés dans un cycle itératif.

S'entendre sur les priorités d'action

Il est clair que chacun des 10 grands défis organisationnels présente un programme de changement pouvant être considérable. Collectivement, ils offrent des possibilités de transformer les services d'une manière qui concorde beaucoup plus avec les priorités des usagers des services et de leurs familles, mais ils supposent aussi beaucoup de travail. Nous savons bien qu'il est peu probable (et irréaliste) de pouvoir s'attaquer immédiatement à l'ensemble des 10 défis. Il faudra mettre en œuvre sur plusieurs années une stratégie de changement organisationnel et limiter à un nombre réaliste (disons pas plus de cinq en même temps) le nombre de priorités fixées en tout temps. Les 10 grands défis ne sont pas énumérés suivant un ordre d'importance et nous n'avons aucune opinion particulière sur le défi à choisir pour commencer. Il est évident que tous les services locaux sont différents et qu'ils commenceront tous à un point différent. Il semblerait toutefois sensé de reconnaître les forces existantes et de renforcer les zones de faiblesses relatives.

D'après notre expérience de travail avec des établissements et d'autres agences de services de santé mentale qui sont déterminés à créer des services axés sur le rétablissement, nous avons l'impression que deux défis particulièrement importants devraient être pris en compte dès le début. Il s'agit des défis 3 et 4. En effet, si on néglige le défi organisationnel 3 (*Établir un centre d'éducation sur le rétablissement*), il n'y aura aucun point central pour offrir aux employés et usagers les programmes de formation qui sont nécessaires pour faire avancer l'organisation. Et si on néglige le défi organisationnel 4 (*Veiller à un engagement organisationnel*), il y a fort à parier que les initiatives de formation n'auront qu'une incidence limitée. Le leadership et l'engagement organisationnel sont toujours importants dans n'importe quel processus de changement organisationnel, et le virage vers des services qui font une large place au rétablissement ne fait pas exception (Whitley et coll., 2009).

Encadré 2 : Définitions des trois stades de la classification

Stade 1 : Engagement

L'organisation est clairement déterminée dans son intention d'offrir des services axés sur le rétablissement. Au niveau du conseil d'administration, on reconnaît que l'organisation a besoin de se transformer pour donner plus de place au rétablissement et on adhère entièrement à cette idée. On sait qu'il existe déjà de bonnes pratiques et on est déterminé à miser sur elles. Des plans d'offre de services axés sur le rétablissement ont été approuvés et un calendrier de mise en œuvre est en place, mais il y a eu peu de progrès jusqu'à maintenant. Nous croyons que la plupart des établissements commenceront à ce stade concernant la plupart des aspects.

Stade 2 : Développement

Des mesures sont en train d'être prises et il y a des preuves de progrès importants dans la pratique, la politique et la culture. De bons progrès sont réalisés dans la prestation de services axés sur le rétablissement dans certains secteurs, mais ce n'est pas uniforme dans toute l'organisation. Nous croyons que certains des établissements les plus avancés seront notés à ce stade en ce qui concerne quelques aspects du moins.

Stade 3 : Transformation

La vision en vue d'atteindre un changement important a été pleinement réalisée. La politique, les processus et la pratique nécessaires pour offrir un service axé sur le rétablissement sont enracinés à tous les niveaux de l'organisation – à partir du conseil d'administration jusqu'aux équipes et aux travailleurs de première ligne. Il y a des processus en place pour apporter des améliorations continues fondées sur l'apprentissage découlant de l'examen permanent. L'organisation collabore et intervient en amont avec toute une série d'autres partenaires afin de contribuer à une bonne santé mentale et au bien-être. Nous croyons que ce stade représentera un but à poursuivre pour la plupart des établissements concernant la plupart des aspects.

Suivre les progrès

Une fois qu'on est parvenu à un accord au sujet des objectifs à atteindre au niveau des services et que les actions, délais et responsabilités pour les atteindre sont décrits clairement, il est possible de suivre les progrès à l'aide d'un simple formulaire comme celui proposé au modèle B (voir page 32).

Pour aider à fixer et à faire le suivi (*monitoring*) des objectifs précis, nous avons donné des exemples d'indicateurs au niveau des services et des sources de données possibles pour chacun des défis organisationnels. Ces exemples sont censés être à titre indicatif plutôt que normatif, et d'autres indicateurs peuvent être substitués ou ajoutés s'ils reflètent mieux les objectifs choisis. Les fournisseurs et les planificateurs (*commissioners*) devraient déterminer localement quels indicateurs ils vont utiliser et dans quelle mesure les objectifs seront ambitieux. Ils disposent ainsi d'un maximum de flexibilité, dans un cadre clair et complet. D'autres publications récentes peuvent également être utiles comme les résultats et les indicateurs de service du programme national d'inclusion sociale (National Social Inclusion Programme, 2009).

Évolution future

La notoriété du rétablissement et les discussions sur la façon de mettre en pratique les concepts du rétablissement dans les services de santé mentale ont connu un essor considérable dans les dernières années. Des changements positifs se produisent dans beaucoup de secteurs de la pratique organisationnelle et dans l'offre de services. Dans le contexte de cette évolution récente, il est peu probable que l'exemple idéal d'une

bonne pratique recensé au début de 2010 soit encore valable dans cinq ans. En effet, si ce travail contribue à un véritable programme de transformation, il serait positif de constater qu'une grande partie de celui-ci semble nettement dépassée en 2015.

Dans l'élaboration de la méthodologie, certaines personnes ont proposé que nous devrions préciser les normes minimales plus en détail et mettre au point un outil qui ressemblerait davantage au mécanisme de certification de l'Organisation internationale de normalisation (voir www.iso.org), grâce auquel des normes peuvent être validées à l'externe et comparées entre les organisations. Bien que cela demeure une option pour l'avenir, nous croyons que ce n'est pas la meilleure façon de procéder pour le moment, car l'élaboration de ces genres de normes risque d'être trop limitée et stéréotypée. Cela risque également d'enfermer les fournisseurs locaux et les planificateurs (*commissioners*) dans une vision rigide de ce qui doit être essentiellement une évolution novatrice.

La méthodologie tente de décrire un processus constructif de coproduction entre les fournisseurs locaux et les planificateurs (*commissioners*), qui vise à transformer les services, en partenariat avec les usagers et les aidants, grâce à la mise en place d'aspects clés, choisis conjointement, d'une pratique axée sur le rétablissement. L'élément fondamental à la base de cette transformation sera donc le travail conjoint des systèmes locaux, fixant les priorités, convenant des objectifs, signant des contrats pour ensuite faire avancer le processus. C'est ce que nous devons faire si nous voulons en arriver à un système de planification de soins et de services de renommée mondiale (*World Class Commissioning*) dans le domaine de la santé mentale.

Le Centre Sainsbury, le NMH DU et le NHS Confederation procéderont maintenant à des essais sur le terrain de la méthodologie avec plusieurs planificateurs (*commissioners*) et fournisseurs dans le cadre des mesures d'action contenues dans le programme *New Horizons* (Department of Health, 2009, p. 56, Action 79). Nous allons réviser et modifier la méthodologie à la lumière de cette expérience. L'évolution future et les mises à jour seront affichées dans le site Web du Centre (www.centreformentalhealth.org.uk).

Cadre et modèles

Vous trouverez dans les pages suivantes le cadre de chacun des 10 grands défis organisationnels. Vous trouverez ensuite les modèles permettant d'aider les organisations à établir leurs priorités.

Remerciements

Commandé par le Centre Sainsbury, le présent document a été rédigé par Geoff Shepherd, Jed Boardman et Maurice Burns (National Mental Health Development Unit). Nous aimerions remercier les principaux collaborateurs suivants :

- Dr Glenn Roberts, Devon Partnership NHS Trust
- Tony Pethick, Home Group
- Jess Lievesley, NHS East of England
- Mark Jordan, Hertfordshire PCT/County Council
- Linda Seymour, Sainsbury Centre for Mental Health
- Jan Woodward, Hertfordshire Partnership NHS Foundation Trust

- Christopher Munt, Recovery Centre University of Hertfordshire
- Anne Markwick, Hertfordshire Partnership NHS Foundation Trust
- Jim Symington, National Mental Health Development Unit

Références

Armstrong, N.P. & Steffen, J.J. (2009) The Recovery Promotion Fidelity Scale: Assessing the organisational promotion of recovery. *Community Mental Health Journal*, 45, 163-170.

Department of Health (2008) *Using the Commissioning for Quality and Innovation (CQUIN) Payment Framework: For the NHS in England 2009/10*. London: Department of Health.

Department of Health (2009) *New Horizons: A shared vision for mental health*. London: Mental Health Division, Department of Health.

Department of Health (2010) *Guidance on the NHS Standard Contract for Mental Health and Learning Disability Services 2010/2011*. Gateway Reference 13323. London: Department of Health.

Dinnis, S., Roberts, G., Hubbard, C., Hounsell, J. & Webb, R. (2007) User-led assessment of a recovery service using DREEM. *Psychiatric Bulletin*, 31, 124-127.

Future Vision Coalition (2009) *A Future Vision for Mental Health*. London: NHS Confederation.

Iles, V. & Sutherland, K. (2001) *Organisational Change: A review for health care managers, professionals and researchers*. London: National Co-ordinating Centre for NHS Service

Delivery and Organisation (NCCSDO), London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Mental Health Providers Forum (2008) *The Mental Health Recovery Star Tool*. (<http://www.mhpf.org.uk/recoveryStar.asp>)

National Mental Health Development Unit/NHS Commissioning Support for London (2009) *Mental Health World Class Commissioning*. London: Commissioning Support for London. (<http://www.csl.nhs.uk>)

National Social Inclusion Programme (2009) Appendix C. Service Outcome Indicators, in *Outcomes Framework for Mental Health Services*. London: National Social Inclusion Programme. (<http://www.socialinclusion.org.uk/publications>)

O'Connell, M., Tondora, J., Croog, G., Evans, A. & Davidson, L. (2005) From rhetoric to routine: assessing perceptions of recovery-oriented practices in a state mental health and addiction system. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, **28**, 378-386.

Ridgeway, P.A. & Press, A. (2004) *Assessing the Recovery Commitment of your Mental Health Services: A user's guide for the Developing Recovery Enhancing Environments Measure (DREEM) – UK version 1 December, 2004*. Allott, P. & Higginson, P. (eds.) (mentalhealthrecovery@blueyonder.co.uk)

Royal College of Psychiatrists, NHS Confederation Mental Health Network & London School of Economics and Political Science (2009) *Mental Health and the Economic Downturn: National priorities and NHS solutions*. Occasional Paper OP70. London: Royal College of Psychiatrists.

Sainsbury Centre (2009) *Implementing Recovery: A new framework for organisational change*. Position paper. London: Sainsbury Centre for Mental Health.

Scottish Recovery Network (2009) *Scottish Recovery Indicator*. <http://www.scottishrecoveryindicator.net>

Shepherd, G., Boardman, J. & Slade, M. (2008) *Making Recovery a Reality*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.

Whitley, R., Gingerich, S., Lutz, W.J. & Mueser, K.T. (2009) Implementing the illness management and recovery program in community mental health settings: facilitators and barriers. *Psychiatric Services*, **60**, 202-209.

DÉFI ORGANISATIONNEL 1 :

Modifier la nature des interactions quotidiennes et la qualité de l'expérience

« Nous ne sommes pas des cas et vous n'êtes pas nos gestionnaires! » Un usager

Stade 1 : Engagement

Il existe un engagement à mettre en pratique le rétablissement et des plans sur la façon de le faire ont été approuvés

On reconnaît que les valeurs et les principes du rétablissement sont importants, mais peu de tentatives systématiques ont été faites pour les mettre en œuvre en modifiant le comportement des employés. Les employés (et les usagers des services ainsi que les aidants) connaissent les principes généraux, mais ne savent pas très bien quelles sont leurs répercussions pour la pratique. Les usagers ne sont généralement pas consultés sur la qualité des services offerts et sur le rendement des employés.

Stade 2 : Développement

Des mesures sont prises et il y a des preuves de changements importants dans la pratique, la politique et la culture

Il est clairement évident qu'on reconnaît que chaque rencontre importante de chaque membre du personnel doit refléter les principes du rétablissement et promouvoir ses valeurs – c'est-à-dire chercher à accroître la maîtrise de soi (« pouvoir d'agir » « *agency* »), augmenter les possibilités d'une vie au-delà de la maladie et valider l'espoir. Des tentatives ont été faites pour que ces principes se manifestent dans la pratique (p. ex. des projets pilotes impliquant des usagers des services dans la sélection et/ou l'évaluation du personnel), mais cela ne transparait pas dans la supervision ordinaire des employés. Des usagers participent à la sélection du personnel, mais ce n'est pas habituel.

Stade 3 : Transformation

Un changement important est entièrement réalisé; vaste restructuration du service; radicalement différent

Chaque rencontre significative de chaque membre du personnel vise à refléter les principes du rétablissement et en promouvoir les valeurs – accroître la maîtrise de soi (« pouvoir d'agir » « *agency* »), augmenter les possibilités d'une vie au-delà de la maladie et valider l'espoir. Chaque interaction reconnaît l'expertise non professionnelle et tente de réduire au minimum l'asymétrie qui peut exister au sein des rapports. Il y a eu des tentatives systématiques pour que ces principes se reflètent dans la pratique quotidienne (p. ex. des évaluations locales, l'utilisation des données de l'enquête nationale sur les patients [*National Patient Survey*], etc.). La supervision du personnel et les évaluations de rendement des employés accordent de l'importance à la qualité des interactions entre le personnel et les usagers. Les usagers participent couramment à la sélection du personnel. Les politiques en matière de ressources humaines valident la formation sur le rétablissement et font un lien entre cette formation et des possibilités d'avancement pour le personnel.

Exemples d'indicateurs des résultats (au niveau des services)

- Proportion d'employés formés dans une pratique de base axée sur le rétablissement;
- Adoption dans la politique et la pratique opérationnelles des dix principaux conseils du Centre Sainsbury pour une pratique axée sur le rétablissement;
- Enquêtes systématiques sur les perceptions des usagers (et des aidants) au sujet du comportement des employés relativement aux principes du rétablissement (p. ex. en utilisant des questions modifiées de l'enquête nationale sur les patients);
- Révision des systèmes de supervision et d'évaluation afin de promouvoir des interactions de la part des employés qui témoignent d'une action en partenariat avec les usagers des services;
- Proportion de cas où les usagers des services participent à la sélection des employés.

Sources de données possibles

- Données de l'enquête nationale sur les patients ou projets locaux semblables;
- Enquête systématique sur les points de vue des usagers (et des aidants) sur la qualité des interactions quotidiennes avec les employés et sur la mesure dans laquelle ces interactions reflètent les principes et les valeurs du rétablissement;
- Registres de la composition des jurys d'entrevue;
- Contrôle des évaluations du rendement et de la supervision des employés.

DÉFI ORGANISATIONNEL 2 :

Offrir des programmes complets d'éducation et de formation animés par des usagers

« J'ai fait partie de divers groupes, comme défenseur et représentant des usagers des services, et cela a été très bénéfique pour moi [...] j'ai eu l'impression que j'étais moins isolé et que je pouvais aider les autres. Ce sont les autres membres du service qui avaient vécu des expériences semblables aux miennes qui m'ont le plus aidé. » Un usager

Stade 1 : Engagement

Il existe un engagement à mettre en pratique le rétablissement et des plans sur la façon de le faire ont été approuvés

Il existe un engagement à accroître le nombre de bénéficiaires de l'enseignement et de la formation sur le rétablissement animés par des usagers, mais cela demeure fragmentaire. De la formation a été donnée, mais moins de 25 % des employés y ont participé. Il y a eu peu de tentatives d'intégrer dans la pratique l'apprentissage tiré des récits sur le rétablissement.

Stade 2 : Développement

Des mesures sont prises et il y a des preuves de changements importants dans la pratique, la politique et la culture

Une panoplie de preuves confirme la place de plus en plus grande que prend la formation sur le rétablissement animée par des usagers et des aidants, appuyée par une stratégie et une politique acceptées de tous. Environ 50 % des employés ont reçu de la formation sur les principes du rétablissement conçue et donnée par des usagers des services (et des aidants). Une certaine évaluation des répercussions de la formation est faite, mais pas de façon systématique. Le conseil d'administration approuve l'élaboration plus poussée d'une formation donnée par des usagers (et des aidants) et on cherche du financement.

Stade 3 : Transformation

Un changement important est entièrement réalisé; vaste restructuration du service; radicalement différent

Il existe une cohorte d'usagers formés qui agissent en tant que champions du changement pour intégrer le rétablissement dans l'organisation. Les usagers des services sont considérés comme des partenaires égaux dans une gamme complète de programmes d'éducation et de formation sur le rétablissement et un programme de formation sur le rétablissement exécuté par des usagers a trouvé du financement. Des usagers et des aidants sont engagés à contrat dans l'organisation pour donner de la formation aux employés sur les principes du rétablissement. Plus de 75 % des employés ont reçu une formation. Il y a un programme continu d'évaluation et de vérification visant à mesurer les répercussions de cette formation ainsi que les normes d'enseignement. Des changements positifs sont couramment apportés à la pratique à la suite de cette formation.

Exemples d'indicateurs des résultats (au niveau des services)

- Une cohorte d'usagers et d'aidants formateurs a été créée et ils conçoivent et exécutent ensemble les programmes;
- Un répertoire des usagers et des aidants formateurs agréés est en place;
- Du financement permanent a été trouvé pour mettre en œuvre les programmes de formation et d'éducation donnés par des usagers;
- Une formation par module est en train d'être planifiée pour veiller à la durabilité.

Sources de données possibles

- Vérification et évaluation systématiques pour cerner les répercussions de l'enseignement et de la formation donnés par des usagers et des aidants;
- Une évaluation est couramment faite lors des activités de formation et d'enseignement, et une analyse de cette évaluation est disponible sous forme de rapport;
- Répertoire des usagers et des aidants formateurs agréés;
- Protocoles pour montrer la participation à toutes les étapes de la formation et de l'enseignement.

DÉFI ORGANISATIONNEL 3 :

Établir un centre d'éducation sur le rétablissement pour faire avancer les programmes

« Le programme d'encadrement m'a aidé à préciser mes aspirations, à classer mes objectifs par ordre de priorité et à me rendre compte de ce que je pouvais atteindre d'une manière réaliste. Avant cela, je n'avais jamais été très enthousiaste et optimiste au sujet de l'avenir. » Un usager

Stade 1 : Engagement

Il existe un engagement à mettre en pratique le rétablissement et des plans sur la façon de le faire ont été approuvés

On reconnaît que les tentatives actuelles pour faire participer les usagers et les appuyer pour qu'ils offrent de la formation sur le rétablissement ont été entreprises de façon ponctuelle. On convient qu'il faut adopter une approche plus stratégique, mais bien peu a été fait pour élaborer cette approche ou examiner comment elle sera mise en œuvre sur le terrain. Il y a eu des discussions sur l'avantage de centraliser la formation et de travailler en partenariat avec des groupes de formation dirigés par des usagers, mais cela ne s'est pas encore concrétisé.

Stade 2 : Développement

Des mesures sont prises et il y a des preuves de changements importants dans la pratique, la politique et la culture

On planifie d'adopter une approche plus systématique pour appuyer les usagers des services dans la prestation d'une formation sur le rétablissement aux employés. On envisage la signature de contrats officiels (p. ex. avec un fournisseur du secteur indépendant local) pour fournir ce genre de service et on prévoit miser sur ce modèle. On a entrepris l'examen des programmes existants exécutés par des usagers dans le but de les reconcentrer dans un centre de service afin de promouvoir la pratique axée sur le rétablissement dans toute l'organisation.

Stade 3 : Transformation

Un changement important est entièrement réalisé; vaste restructuration du service; radicalement différent

Un centre d'éducation sur le rétablissement a été créé dans l'organisation. Ce centre est doté d'usagers formateurs et dirigé par eux; il offre du soutien et de la formation aux usagers des services pour qu'ils forment les employés sur les principes du rétablissement destinés aux équipes et aux unités de soins. (Ses services peuvent être offerts ou non par une organisation d'usagers/formateurs du secteur indépendant et externe.) Le centre offre aussi des programmes afin de former des usagers des services en tant que « pairs professionnels » pour travailler aux côtés des professionnels traditionnels en santé mentale à titre de personnel en soins directs. Des ententes pour la gestion, la supervision et le soutien de ces employés sont coordonnées par les employés du centre. Le centre offre des cours sur le rétablissement et sur les possibilités d'autogestion aux usagers des services, à leurs familles et aux aidants. Divers liens sont établis vers des cours généraux dans la communauté de même que des cheminements vers des cours et d'autres possibilités d'apprentissage.

Exemples d'indicateurs des résultats (au niveau des services)

- Établissement d'un centre d'éducation sur le rétablissement doté d'un financement stable et employant au moins trois ou quatre usagers formateurs;
- Des compétences, des normes et du soutien sont précisés pour des travailleurs pairs aidants;
- Le centre d'éducation sur le rétablissement est actif dans la formation et le soutien de 50 usagers des services chaque année en tant que pairs professionnels dans le service (et d'autres services locaux, des secteurs publics et indépendants);
- Emploi de multiples pairs professionnels dans les équipes existantes (y compris dans les unités de soins psychiatriques).

Sources de données possibles

- Documentation des programmes de formation offerts par le centre d'éducation sur le rétablissement, le plan de formation, le nombre d'employés et d'usagers des services formés ou soutenus;
- Vérification auprès des employés et des usagers des services pour connaître leur satisfaction au sujet des programmes offerts par le centre;
- Preuve d'ententes de partenariat avec des organismes externes comme les départements d'université, des collèges, etc.;
- Nombre de cours de formation animés par des pairs complétés;
- Nombre de pairs spécialistes formés sur les normes et compétences acceptées.

DÉFI ORGANISATIONNEL 4 :

Veiller à un engagement organisationnel, créer la culture. Importance du leadership

« Nous avons pris l'engagement d'offrir des services qui misent sur la résilience intérieure de l'individu et sur ses stratégies d'adaptation et non pas de proposer des interventions qui affaiblissent ou répriment ces qualités innées d'espoir et de potentiel. » Énoncé de mission d'un établissement

Stade 1 : Engagement

Il existe un engagement à mettre en pratique le rétablissement et des plans sur la façon de le faire ont été approuvés

On reconnaît dans toute l'organisation que la culture doit évoluer et passer d'une approche axée sur les problèmes (concentration sur la maladie et les symptômes) à une approche axée sur les forces. Des plans sont en place pour revoir les filières internes (systèmes d'aiguillage, évaluations, approche du programme sur les soins, planification des congés de l'hôpital, etc.) afin qu'elles soient davantage axées sur le rétablissement, mais peu de progrès ont été faits. Des individus déterminés dirigent la mise en œuvre des principes du rétablissement, mais ils sont isolés et intégrés au niveau des équipes ou au niveau des cadres supérieurs, mais pas les deux en même temps.

Stade 2 : Développement

Des mesures sont prises et il y a des preuves de changements importants dans la pratique, la politique et la culture

Le conseil d'administration a approuvé une stratégie sur le rétablissement, y compris les valeurs et les principes fondamentaux. Cela transparaît dans le contenu des publications externes et internes. L'organisation est active à tous les niveaux pour communiquer son approche en matière de rétablissement. Il y a des preuves que le conseil d'administration a suivi des ateliers, que des employés ont présenté des exposés et suivi des programmes de formation. Des forums sur le rétablissement ont été créés en partenariat avec des usagers des services. Certaines filières internes (systèmes d'aiguillage, évaluations, approche du programme sur les soins, planification des congés de l'hôpital, etc.) ont été réorganisées, avec la participation des usagers, afin de soutenir les processus du rétablissement. Bien qu'il existe plusieurs initiatives de rétablissement, on reconnaît que le changement culturel ne s'est pas encore produit à tous les niveaux et dans toutes les parties de l'organisation. Le suivi (*monitoring*) de la pratique du rétablissement ne figure pas dans la supervision des employés.

Stade 3 : Transformation

Un changement important est entièrement réalisé; vaste restructuration du service; radicalement différent

Les concepts du rétablissement sont évidents à tous les niveaux de l'organisation. Le conseil d'administration fait preuve d'un solide leadership et agit pour que ces concepts se reflètent à tous les niveaux de la gestion et chez les employés de première ligne. On reconnaît la nécessité d'établir des partenariats avec les usagers des services pour que l'expertise professionnelle ne domine pas la sagesse de l'expérience vécue. Les services favorisent un environnement d'espoir et d'optimisme reconnaissant l'unicité et les forces de chaque individu. Les valeurs du rétablissement sont intégrées dans chaque

processus de la politique et de la gestion opérationnelles y compris dans le recrutement, la supervision, l'évaluation du rendement et la vérification. Toutes les principales filières internes (systèmes d'aiguillage, évaluations, approche du programme sur les soins, planification des congés de l'hôpital, etc.) ont été réorganisées avec la collaboration des usagers afin de mieux appuyer les processus du rétablissement.

Exemples d'indicateurs des résultats (au niveau des services)

- Les politiques et les procédures montrent un engagement organisationnel;
- Preuve que les filières internes ont été revues, en collaboration avec les usagers, et restructurées afin de mieux appuyer les processus du rétablissement;
- L'enregistrement des processus de soins reflète un changement dans l'approche culturelle qui tend vers une approche axée sur les forces;
- L'organisation a mis en place une évaluation courante de l'expertise et de la satisfaction des usagers et prend les mesures nécessaires en fonction de la rétroaction reçue;
- Utilisation courante des mesures des résultats du rétablissement individuel.

Sources de données possibles

- Enquêtes nationales et locales auprès des usagers des services;
- Vérification des indicateurs du rendement des employés convenus à l'échelle locale par rapport aux résultats souhaités précisés par des usagers et des aidants;
- Les pratiques de recrutement reflètent la volonté de nommer des employés ayant des antécédents d'expérience vécue (voir le défi organisationnel 8);
- Des politiques révisées d'évaluation et de gestion des risques;
- Les communications et les publications internes et externes reflètent les valeurs du rétablissement;
- Dossiers des cas (pour les mesures des résultats du rétablissement).

DÉFI ORGANISATIONNEL 5 :

Accroître la personnalisation et le choix

« J'ai maintenant l'impression d'être aux commandes de ma vie et de mon bien-être. » Un usager

Stade 1 : Engagement

Il existe un engagement à mettre en pratique le rétablissement et des plans sur la façon de le faire ont été approuvés

On reconnaît qu'il faut modifier la manière traditionnelle de planifier les soins afin d'accorder beaucoup plus de place aux priorités des usagers et à l'atteinte de leurs buts dans la vie, mais il n'y a aucun suivi actif de cela. Il y a bien une certaine utilisation des instruments, comme le *Wellness Recovery Action Plan* (WRAP - plan d'action pour le rétablissement de la santé), mais leur utilisation n'est pas généralisée. Il y a eu quelques tentatives d'augmenter l'utilisation des budgets personnels, mais là encore ce n'est pas répandu.

Stade 2 : Développement

Des mesures sont prises et il y a des preuves de changements importants dans la pratique, la politique et la culture

Il y a une évolution marquée vers davantage de personnalisation et de choix pour ce qui est des options de traitement et de gestion des soins. Les nouvelles politiques témoignent d'une approche révisée concernant la prise de décision concertée et la planification conjointe. Il y a des preuves que plus de 50 % des usagers ont l'impression de participer activement à l'orientation de leur processus concernant l'approche du programme de soins et de décider du contenu de leur plan de soins. L'organisation a produit tout un éventail de publications et d'informations pour appuyer les approches axées sur l'autogestion. Il y a eu une augmentation considérable du recours aux paiements directs et aux budgets personnels. Il y a également eu un élargissement important de l'utilisation des directives anticipées convenues conjointement (p. ex. les plans conjoints en situation de crise). Des tentatives sont faites pour intégrer les objectifs du WRAP (plan d'action pour le rétablissement de la santé) dans les plans de soins.

Stade 3 : Transformation

Un changement important est entièrement réalisé; vaste restructuration du service; radicalement différent

La planification et la prestation de tous les services sont conçues pour tenir compte des circonstances uniques, de l'histoire, des besoins, des préférences exprimées et des capacités de chaque usager. Il y a une nette insistance sur les buts dans la vie par opposition aux buts du traitement des symptômes. Les usagers sont systématiquement soutenus dans le contrôle et la direction de leurs propres plans de soins à un niveau auquel ils se sentent à l'aise. Plus de 75 % d'entre eux estiment qu'ils sont consultés et qu'ils jouent un rôle dans le processus. Les politiques organisationnelles affirment que les usagers des services devraient diriger leur propre processus de soins. Et s'il y a lieu, ils obtiennent du soutien pour le faire (p. ex. défense des droits). Le WRAP (plan d'action pour le rétablissement de la santé) et les plans conjoints en situation de crise sont couramment utilisés. Il y a une évaluation continue pour mesurer l'engagement organisationnel à l'égard de la personnalisation et du choix.

Exemples d'indicateurs des résultats (au niveau des services)

- Preuve que tous les cheminements thérapeutiques ont été examinés afin de préciser les éléments où des choix peuvent être faits et des décisions prises en concertation, p. ex. les options de traitement, la médication, le choix du clinicien;
- Disponibilité de services de défense des droits;
- Progrès vers des objectifs convenus concernant les budgets personnels;
- Des postes spécialisés sont créés pour aider à mettre en œuvre le plan de personnalisation, entre autres des postes de courtiers (pour les budgets individuels), des postes de défenseurs des droits, etc.;
- Des publications sont disponibles pour aider les usagers à faire des choix éclairés sur les options de traitement (médical, psychologique et social);
- Les politiques sont révisées pour insister sur la personnalisation dans la planification des soins et sur l'incitation à l'autogestion;
- Les structures de la gouvernance clinique incluent la promotion de la personnalisation et du choix en tant qu'éléments permanents.

Sources de données possibles

- Des données au sujet du recours aux budgets individuels (statistiques et mesure de l'évolution du changement);
- Statistiques sur ceux qui reçoivent des services de défense des droits;
- Politiques et procédures organisationnelles en rapport avec le choix et la personnalisation;
- Enquêtes auprès des usagers des services (enquête nationale sur les patients) pour savoir dans quelle mesure l'utilisateur fait l'expérience du choix, du pouvoir d'agir (*agency*) et du contrôle;
- Brochures d'information;
- Contenu des cours de formation montrant la place privilégiée accordée à la personnalisation.

DÉFI ORGANISATIONNEL 6 :

Changer la manière dont nous abordons l'évaluation et la gestion du risque

« Il y a inévitablement une possibilité de risque lorsque les gens qui sont maîtres de leur destin prennent des décisions au sujet de leurs propres vies. » Ministère de la Santé

Stade 1 : Engagement

Il existe un engagement à mettre en pratique le rétablissement et des plans sur la façon de le faire ont été approuvés

L'organisation est sensibilisée à la valeur des systèmes et des procédures qui appuient des politiques ouvertes et transparentes d'évaluation et de gestion des risques dans un cadre axé sur le rétablissement. Certains employés connaissent bien cette approche et des tentatives sont faites pour que les usagers participent au processus, mais tout cela est fragmentaire (moins de 25 % des employés participent). Il y a une ambivalence au sujet de la valeur de prendre un risque positif, et cela n'a pas fait l'objet de discussions au niveau du conseil d'administration ou d'une politique générale. Le personnel continue de se soucier du risque, comme si c'était quelque chose qui le concerne seul.

Stade 2 : Développement

Des mesures sont prises et il y a des preuves de changements importants dans la pratique, la politique et la culture

On reconnaît le besoin de sécurité en même temps qu'on favorise activement la prise de risques « positifs ». L'organisation a adopté des procédures officielles qui soutiennent des politiques ouvertes et transparentes d'évaluation et de gestion des risques dans un cadre axé sur le rétablissement, mais celles-ci n'ont pas été mises en œuvre dans l'ensemble de l'organisation. Ces questions ont fait l'objet de discussions au niveau du conseil d'administration, mais aucune politique claire en a résulté. On a commencé à former le personnel et près de 50 % des employés appliquent des politiques qui font intervenir les usagers dans leur propre évaluation des risques.

Stade 3 : Transformation

Un changement important est entièrement réalisé; vaste restructuration du service; radicalement différent

L'organisation est dotée de systèmes et de procédures qui soutiennent des politiques ouvertes et transparentes d'évaluation et de gestion des risques dans un cadre axé sur le rétablissement. Le processus fait régulièrement appel aux usagers et à leur connaissance d'eux-mêmes pour préparer des plans de gestion sûrs et efficaces. Tous les employés connaissent parfaitement bien cette approche de l'évaluation et de la gestion des risques et sont à l'aise avec elle. Il y a une détermination claire de la part de l'organisation dans son ensemble de valoriser la prise de risques positifs et une volonté d'examiner les incidents et d'apprendre de ceux-ci en plus d'appuyer les employés plutôt que de les blâmer si des incidents fâcheux se produisent. Le conseil d'administration a bien expliqué cette détermination de l'organisation aux employés, laquelle se manifeste d'ailleurs dans la réalité. L'organisation a réussi à concilier la nécessité d'équilibrer son devoir de diligence pour fournir des services sûrs et sa détermination à favoriser une approche positive à l'évaluation et à la gestion des risques.

Exemples d'indicateurs des résultats (au niveau des services)

- Les employés ont reçu de la formation dans l'application des principes du rétablissement à l'évaluation et à la gestion des risques et cette formation est intégrée dans l'initiation de tout nouvel employé;
- Les procédures d'évaluation et de gestion des risques (approche du programme de soins) contiennent une attente claire selon laquelle les usagers participeront régulièrement à ces processus et que cela fera l'objet de vérifications systématiques;
- La formation sur l'utilisation de plans conjoints pour assurer le bien-être a été donnée et l'utilisation de ces plans fait partie de la pratique courante;
- L'organisation examine régulièrement les comptes rendus d'incidents graves et fâcheux dans la perspective de tirer des leçons de ces incidents plutôt que de jeter le blâme sur quelqu'un;
- Les politiques de gestion des risques témoignent d'une évolution vers l'appui à une prise de risques positifs tout en veillant à une gouvernance organisationnelle appropriée et à l'adhésion à une pratique sûre et aux exigences réglementaires.

Sources de données possibles

- Dossiers de la formation du personnel;
- Résultats de la vérification de l'approche du programme de soins;
- Dossiers de la gouvernance clinique;
- Politiques du conseil d'administration.

DÉFI ORGANISATIONNEL 7 :

Redéfinir la participation de l'utilisateur

« Rien à propos de nous sans nous. » (« *Nothing about us without us* ») Un usager

Stade 1 : Engagement

Il existe un engagement à mettre en pratique le rétablissement et des plans sur la façon de le faire ont été approuvés

L'organisation a accepté que les usagers (et les aidants) devraient jouer un rôle important dans la planification et la prestation des soins, mais il est encore évident que les décisions finales reviennent aux professionnels. Il y a des preuves de changements systématiques afin de renforcer le rôle des usagers et des aidants comme partenaires des soins, mais les connaissances et l'expertise de ces derniers sont toujours perçues comme secondaires plutôt que primaires. Les principes de la participation des usagers sont acceptés, mais sans que cela se retrouve dans un véritable partenariat.

Stade 2 : Développement

Des mesures sont prises et il y a des preuves de changements importants dans la pratique, la politique et la culture

L'organisation a accepté le rôle des usagers (et des aidants), en tant que partenaires égaux dans les soins. Une politique émanant du conseil d'administration sur la participation des usagers à tous les paliers de l'organisation, à partir des soins cliniques jusqu'à la planification stratégique, a été approuvée et est en train d'être mise en œuvre. Cette reconnaissance des contributions centrales des usagers et des aidants se reflète dans les politiques et les procédures régissant la prestation des soins individuels et le travail des équipes. Près de 50 % des employés comprennent comment adapter leur rôle pour être des éducateurs (*coaches*) et des mentors plutôt que des thérapeutes traditionnels.

Stade 3 : Transformation

Un changement important est entièrement réalisé; vaste restructuration du service; radicalement différent

L'organisation a clairement accepté le rôle des usagers (et des aidants) en tant que partenaires égaux dans les soins. Elle reconnaît que leurs connaissances et leur expérience sont essentielles (experts par l'expérience) et qu'ils peuvent avoir – ainsi que leurs réseaux – des solutions à beaucoup de problèmes que les employés trouvent les plus difficiles. Cette reconnaissance de la nécessité d'établir des partenariats se reflète clairement dans les politiques et la pratique à tous les niveaux – chez les praticiens individuels, dans les équipes et chez les gestionnaires. Tous les employés comprennent comment mettre en application leur expertise dans le contexte d'un partenariat plus égal dans la prestation des soins et ils sont à l'aise avec leur nouvelle position (« d'être disponibles, sans être dans une position de supériorité » « *on tap, not on top* »). L'organisation révisé sans cesse ses processus dans l'établissement de partenariat avec les usagers et place continuellement la barre plus haute pour ce qui est de l'élargissement du rôle des usagers dans le contrôle des processus des soins. Personne n'y voit un désaveu des responsabilités professionnelles, ni une dévalorisation de l'expertise professionnelle, mais bien une forme supérieure de la pratique professionnelle.

Exemples d'indicateurs des résultats (au niveau des services)

- Les usagers (et les aidants) disent qu'ils se sentent consultés en tant que véritables partenaires de la prestation des soins. Ils rapportent un style de travail où les employés partagent leur expertise et leur expérience plutôt que de forcer l'attention;
- Le langage du partenariat est invariablement utilisé dans les documents écrits produits par l'organisation pour décrire les processus de prestation des soins et des services;
- Les usagers et les aidants ont signé des plans de soins pour confirmer qu'ils ont participé au processus de planification des soins à un niveau individuel;
- Des plans solides sont en place pour veiller à ce que les usagers et les aidants participent pleinement à la planification des services et aux structures de gouvernance.

Sources de données possibles

- Dossiers de formation des employés;
- Données de l'enquête nationale sur les patients ou enquêtes locales semblables;
- Rétroaction informelle de la part d'individus (p. ex. *Patient Governors*);
- Les politiques et procès-verbaux du conseil d'administration, les bulletins, les communiqués, etc.;
- La vérification des plans de soins;
- Les rapports du Conseil des patients, les rapports du conseil d'administration, les notes des réunions des réseaux de participation locale (LINKs).

DÉFI ORGANISATIONNEL 8 :

Transformer l'effectif

« Mes rencontres avec le dernier professionnel qui s'est occupé de moi me laissaient un sentiment d'impuissance; il n'était question que de mes symptômes. Quand je vous vois, nous parlons ensemble de mes aspirations et je suis rempli d'optimisme. » Un usager

Stade 1 : Engagement

Il existe un engagement à mettre en pratique le rétablissement et des plans sur la façon de le faire ont été approuvés

Le conseil d'administration et les cadres supérieurs ont reconnu que la transformation de l'effectif pourrait exiger de modifier la composition et l'équilibre des compétences entre les professionnels traditionnels de la santé mentale et les personnes dont l'expertise provient d'une expérience vécue. Il y a des exemples d'employés ayant une expérience vécue qui sont embauchés dans des rôles d'aidants, p. ex. les travailleurs affectés au soutien et au rétablissement (*Support Time and Recovery (STR) workers*), mais ces cas sont isolés qui bénéficient de peu de soutien et de supervision de la part des gestionnaires. Les services des ressources humaines et de la santé au travail n'ont pas été restructurés, et personne n'a réfléchi aux questions de l'avancement professionnel pour les pairs.

Stade 2 : Développement

Des mesures sont prises et il y a des preuves de changements importants dans la pratique, la politique et la culture

L'établissement de soins psychiatriques et de services de santé mentale possède des plans clairs qui aboutiront à la création de rôles de pairs spécialistes dans toute l'organisation. Ces plans comprennent des descriptions d'emploi claires, la détermination de ressources de formation, de responsabilités en matière de supervision et de gestion, des stratégies pour le placement dans des équipes, des calendriers pour l'exécution des tâches, etc. Un petit nombre d'usagers des services ont été nommés à des postes rémunérés dans l'effectif, mais sur une échelle limitée (de cinq à dix postes éparpillés dans l'organisation). Des plans sont en place pour des projets pilotes qui permettront une contribution plus intensive (au moins deux usagers par équipe) avec un soutien de gestion approprié. Les questions concernant l'avancement professionnel des pairs spécialistes ont fait l'objet de discussions. L'établissement de soins psychiatriques a commencé à solutionner des problèmes précis en matière de ressources humaines et de santé au travail associés au recrutement d'un nombre plus grand de personnes ayant une expérience directe des problèmes de santé mentale pour les intégrer dans l'effectif.

Stade 3 : Transformation

Un changement important est entièrement réalisé; vaste restructuration du service; radicalement différent

L'organisation a pleinement accepté le fait que des personnes ayant une expérience directe de la maladie mentale peuvent, avec une formation et un soutien appropriés, apporter une contribution importante à l'effectif. La plupart des équipes ont un nombre égal de pairs professionnels qui travaillent aux côtés d'autres professionnels. Les pairs spécialistes sont perçus comme ayant des qualifications et une expérience particulières différentes de celles des professionnels traditionnels de la santé mentale

mais égales à celles-ci. La rémunération et le statut qui leur sont accordés correspondent donc à leur expérience et à leur expertise dans l'exécution de ce rôle. Les processus des ressources humaines et les évaluations en matière de santé au travail ont été ajustés de sorte à ne pas créer d'obstacles à l'emploi des personnes ayant des problèmes de santé mentale (comme l'exige la loi pour contrer la discrimination fondée l'handicap [*Disability Discrimination Act - DDA*]) et aux objectifs prévus dans l'entente du service public britannique (*Public Service Agreement-16*). Des ententes claires sont en place en vue de la supervision et de l'avancement professionnel.

Exemples d'indicateurs des résultats (au niveau des services)

- Détermination claire de la responsabilité de la prestation de la formation et du soutien destinés aux pairs professionnels (p. ex. accord de partenariat avec un fournisseur spécialiste externe);
- Descriptions claires du poste et des qualifications convenues par tous pour les pairs professionnels;
- Des pairs spécialistes seront le premier point de contact chaque fois que c'est possible à chaque étape du cheminement thérapeutique;
- Nombre d'employés embauchés comme pairs spécialistes;
- Nombre de personnes ayant des problèmes de santé mentale employées dans l'effectif actuel (objectif 16 du *Public Service Agreement*) dont on fait un suivi régulier.

Sources de données possibles

- Des politiques révisées en matière de gestion des ressources humaines, de santé au travail et de casiers judiciaires afin d'éliminer les obstacles à l'emploi;
- Dossiers de dotation;
- Données des ressources humaines sur la composition (*skill mix*) des compétences et les tendances;
- Données sur le recrutement consignées pour la loi pour contrer la discrimination fondée sur l'handicap [*Disability Discrimination Act - DDA*].

DÉFI ORGANISATIONNEL 9 :

Appuyer le personnel dans son cheminement vers le rétablissement

« Écoutez ce que j'ai à dire et appuyez moi pour le faire. » Un membre du personnel

Stade 1 : Engagement

Il existe un engagement à mettre en pratique le rétablissement et des plans sur la façon de le faire ont été approuvés

On sait que beaucoup d'employés ont eux-mêmes vécu la maladie mentale et le rétablissement, mais cela reste largement non reconnu et ils ne sont pas encouragés à utiliser ces expériences pour inspirer leur pratique de travail. L'aveu de problèmes de santé mentale constitue encore une honte considérable pour les employés et rien de tout cela n'a été abordé en privé ou dans le cadre de la formation sur le rétablissement. Les employés ont reçu peu d'aide pour réfléchir à la façon de trouver des moyens différents de faire profiter de leur expertise.

Stade 2 : Développement

Des mesures sont prises et il y a des preuves de changements importants dans la pratique, la politique et la culture

L'organisation reconnaît la nécessité d'appuyer les employés dans la divulgation de leur expérience vécue de la maladie mentale et cela devient une partie facultative de la formation sur le rétablissement. L'organisation reconnaît la nécessité d'avoir des possibilités dans la supervision individuelle d'aborder ces questions. L'organisation élabore une approche commune avec les employés pour faire connaître sa vision au sujet du rétablissement. En général, les employés disent qu'ils se sentent inclus dans ce processus et qu'ils peuvent voir une orientation claire pour l'avenir.

Stade 3 : Transformation

Un changement important est entièrement réalisé; vaste restructuration du service; radicalement différent

Les employés ne craignent pas le discrédit ou les préjugés de la part de collègues dans le milieu de travail s'ils divulguent, dans des circonstances appropriées, leur expérience personnelle de la maladie mentale. Tous les employés ont reçu une initiation et une formation appropriées ainsi que du soutien pour les aider à utiliser leurs connaissances et leurs expériences personnelles afin d'aider les autres et d'optimiser leur propre bien-être. L'organisation dispose de mesures complètes pour optimiser la santé des employés et pour régler de façon constructive les problèmes de santé du personnel (p. ex. services accrus en matière de santé au travail). Les qualités personnelles et l'expérience antérieure des employés sont valorisées et incluses dans les critères de sélection. L'organisation reconnaît officiellement l'engagement et la créativité des employés et les fait participer pleinement à la mise en œuvre de la vision sur le rétablissement.

Exemples d'indicateurs des résultats (au niveau des services)

- Des améliorations exhaustives en matière de politique et de pratique qui témoignent de la nécessité d'optimiser la santé mentale des employés, p. ex. des programmes d'aide aux employés pour favoriser leur autonomie et leur autogestion en matière de santé;

- Des enquêtes anonymes sur la satisfaction des employés, avec des preuves qu'on donne suite aux résultats;
- Des modifications aux pratiques de recrutement afin de considérer positivement la valeur de l'expérience vécue chez les employés tout comme les qualifications officielles;
- Un engagement au niveau du conseil d'administration à l'égard des principes véhiculés par les employeurs sensibilisés à la santé mentale (www.mindfulemployer.net).

Sources de données possibles

- Documents de la stratégie du conseil d'administration, preuve de comptes rendus courants sur le bien-être des employés;
- Politiques des ressources humaines et de la santé au travail;
- Réapparition de la maladie chez les employés;
- Enquêtes sur le moral des employés;
- Taux de maladie/de roulement des employés;
- Réponses aux enquêtes auprès des employés.

DÉFI ORGANISATIONNEL 10 :

Accroître les possibilités de se bâtir une vie au-delà de la maladie

« Je ne suis plus ma maladie. » Un usager

Stade 1 : Engagement

Il existe un engagement à mettre en pratique le rétablissement et des plans sur la façon de le faire ont été approuvés

L'organisation dispose d'une stratégie interinstitutions pour promouvoir l'inclusion sociale, mais peu de progrès concrets ont été réalisés. L'organisation est en train d'examiner (ou a examiné) avec les usagers et les aidants ce qu'il faut mettre en place dans la communauté pour appuyer le rétablissement. Des partenariats efficaces existent effectivement avec des fournisseurs du secteur indépendant (logement, emploi, éducation, etc.), mais c'est inégal. De façon analogue, du travail a été fait pour réduire les préjugés dans la communauté, mais cela manque relativement de direction et demeure trop général pour avoir des répercussions précises. Le soutien en milieu de travail, fondé sur des données probantes (*Individual Placement and Support* - placement et soutien individuels) n'est pas largement accessible.

Stade 2 : Développement

Des mesures sont prises et il y a des preuves de changements importants dans la pratique, la politique et la culture

L'organisation dispose d'une stratégie de renforcement du soutien communautaire traditionnel (y compris le logement, l'emploi, les loisirs et la promotion de la santé mentale) et fait de bons progrès sur le plan de la mise en œuvre. L'organisation dispose de partenariats efficaces pour fournir un accès amélioré à l'emploi rémunéré. Elle a commencé à nommer, dans certaines équipes, des spécialistes en emploi formés dans le placement et le soutien individuels. Les politiques opérationnelles ont été révisées afin de promouvoir l'intégration communautaire des personnes à leur sortie de l'hôpital psychiatrique. Tous les usagers ont un plan bien établi qu'eux-mêmes et leurs aidants estiment sûr et apte à contribuer à leur rétablissement. Du travail a été fait pour réduire les préjugés et la discrimination dans certains organismes clés (p. ex. logement, employeurs, police et voisinage). Ce sont des usagers convenablement formés qui ont dirigé ces projets.

Stade 3 : Transformation

Un changement important est entièrement réalisé; vaste restructuration du service; radicalement différent

L'organisation reconnaît que la pleine citoyenneté et l'intégration dans la communauté sont essentielles pour favoriser le rétablissement individuel. Elle a créé toute une gamme de partenariats efficaces avec des organismes externes pour aider les individus à se bâtir une vie pour eux-mêmes, indépendante des services officiels de santé mentale. L'accent est mis sur la promotion d'un hébergement fixe, l'établissement et le maintien de relations, un emploi rémunéré et la formation en plus de l'inclusion complète dans des activités communautaires ordinaires. Des réseaux d'entraide ont été établis pour soutenir l'inclusion dans la communauté. Une importance particulière est accordée à la valeur d'un emploi rémunéré et des travailleurs du placement et du soutien individuels ont été nommés dans toutes les équipes. On s'est également penché sur les questions de la promotion de la santé et du bien-être

dans diverses cultures. L'organisation soutient l'inclusion sociale grâce à une gamme complète d'activités ciblées de lutte contre les préjugés dans les communautés qu'elle sert. Ce sont des usagers convenablement formés qui dirigent ces projets et un suivi actif est assuré.

Exemples d'indicateurs des résultats (au niveau des services)

- Des partenariats avec des spécialistes de l'emploi et de la formation sont en place;
- Suivi régulier des taux d'usagers qui obtiennent et conservent un emploi rémunéré (objectif 16 du *Public Service Agreement* – entente du service public britannique);
- Nombre de spécialistes de l'emploi formés pour offrir des services de placement et de soutien individuels dans chaque équipe;
- Nombre de plans de soins assortis d'évaluations adéquates des besoins en emploi et de plans d'action appropriés;
- D'autres indicateurs du *Public Service Agreement* - entente du service public britannique (p. ex. 8, 15 et 21) aussi font l'objet d'un suivi régulier et les résultats intégrés dans des plans d'action;
- Vérification régulière par l'organisation de l'efficacité des plans de congé de l'hôpital à soutenir le rétablissement;
- Utilisation de l'ensemble des indicateurs du programme national d'inclusion sociale (2009).

Sources de données possibles

- Information sur le principal indicateur de performance concernant l'objectif 16 de l'entente du service public britannique quant au nombre de personnes occupant un emploi et ayant un hébergement fixe;
- Ententes au niveau des services avec des fournisseurs d'emploi et d'autres partenaires;
- Taux d'obtention de congé des services;
- Questionnaires sur la satisfaction des usagers et des aidants concernant les ententes sur le congé de l'hôpital;
- Ensemble de données sur les indicateurs des résultats du service du programme national d'inclusion sociale (NSIP- National Social Inclusion Programme, 2009).

MODÈLE A

La personne responsable au chapitre du rétablissement à l'intérieur du principal fournisseur de services doit remplir ce formulaire, en collaboration avec les parties prenantes au niveau local - groupes d'utilisateurs et d'aidants, fournisseurs du secteur indépendant et planificateurs (*commissioners*) - après avoir discuté des défis organisationnels (1-10). Ces discussions doivent être ouvertes et honnêtes et aboutir à un consensus au sujet du classement approprié selon les trois stades d'évolution. Il est possible de « coter » chaque défi, mais le but principal est de s'entendre sur les priorités et le point de départ pour un plan d'action plus détaillé, plus poussé (voir modèle B).

Défi organisationnel	Stade 1	Stade 2	Stade 3	Priorité d'action (1-10)	Commentaires
	(cochez-en un)				
1. Modifier les interactions quotidiennes					
2. Programmes complets d'éducation et de formation animés par des usagers					
3. Établir un centre d'éducation sur le rétablissement					
4. Veiller à un engagement organisationnel					
5. Accroître la personnalisation et le choix					
6. Modifier la manière d'évaluer et de gérer le risque					
7. Redéfinir la participation de l'utilisateur					
8. Transformer l'effectif					
9. Appuyer le personnel dans son cheminement vers le rétablissement					
10. Se bâtir une vie au-delà de la maladie					

MODÈLE B

Une fois que le modèle A a été rempli, le présent formulaire sert à préparer des plans d'action précis en regard de défis organisationnels particuliers. Il faut convenir ensemble des objectifs locaux, des calendriers et des sources de données à l'appui.

DÉFI ORGANISATIONNEL :
STADE ACTUEL Stade 1 [] Stade 2 [] Stade 3 [] (Veuillez en cocher un) Décrire :
Objectifs locaux (convenus par les planificateurs (<i>commissioners</i>) et les fournisseurs) 1. 2.
Actions précises requises pour faire des progrès concernant les objectifs avant le prochain examen 1. 2. 3. Sources de données à l'appui :

À propos des auteurs

Le **professeur Geoff Shepherd** est *Senior Policy Adviser* au Centre. Psychologue clinicien de formation, il est également professeur invité au Health Service and Population Research Department de l'Institute of Psychiatry.

Le **docteur Jed Boardman** est *Senior Policy Adviser* au Centre. Il travaille comme psychiatre consultant en plus d'être *Senior Lecturer* en psychiatrie sociale au South London and Maudsley NHS Foundation Trust ainsi qu'à l'Institute of Psychiatry. Il est le responsable de la section sur l'inclusion sociale au Royal College of Psychiatrists.

Maurice Burns est *Programme Manager* pour le World Class Mental Health Commissioning Programme au National Mental Health Development Unit. Travailleur social de formation, il a occupé le poste de directeur des services de santé mentale dans deux NHS Trusts.

© Sainsbury Centre for Mental Health, 2010.

Les destinataires (à l'exception des revues) sont libres de copier et d'utiliser le contenu du présent document, pourvu que la source soit convenablement mentionnée.

Centre for Mental Health
134-138 Borough High Street
London SE1 1LB
www.centreformentalhealth.org.uk

Photographie de la couverture : F.R.A. Taylor

Version originale :

Implementing Recovery : A methodology for organisational change. Sainsbury Centre for Mental Health: London, 2010.

Édition québécoise

Traduction :

Lucie Landry et Paul Di Biase

Revision :

Catherine Briand, Simon Cloutier, Sonia Côté, Daniel Gélinas, Janina Komaroff, Myra Piat

Production:

Katherine Hall, Centre for Mental Health

© 2012 Institut universitaire
de santé mentale Douglas

6875, boulevard LaSalle
Montréal (Québec) Canada
H4H 1R3
Tél. : (514) 761-6131
Télécopieur : (514) 888-4067
<http://www.douglas.qc.ca/>

Citation recommandée:

Shepherd, G., Boardman, J. et Burns, M. (2010) *Mise en pratique du rétablissement : une méthodologie en vue d'un changement organisationnel*, Sainsbury Centre for Mental Health, London. Traduction en 2012 du document *Implementing Recovery : A methodology for organisational change*, Institut universitaire de santé mentale Douglas, Montréal.

Déposé à la bibliothèque nationale du Québec.

ISBN 978-2-923185-14-9

Funded by the
Canadian Institutes of
Health Research
Project KPE 109140

