

**MISE EN PRIORITÉ DES PRATIQUES CLINIQUES ET DE GESTION  
ASSOCIÉES À L'APPROCHE DU RÉTABLISSEMENT**

*Rapport préparé pour l'UETMIS de l'IUSMQ par*

*Diane Lalancette, M.A. psychologue*

*Agente de planification, programmation et recherche*

*et*

*Alain Rioux, Ph D,*

*Directeur adjoint à la qualité et à la performance*

OCTOBRE 2013

## REMERCIEMENTS

---

L'unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (JETMIS) remercie les personnes qui ont collaboré à la préparation de ce rapport.

### LES MEMBRES DU COMITÉ DIRECTEUR SUR LE RÉTABLISSEMENT

Monsieur Sylvain Bélanger, chef de service

Monsieur Éric Bilocq, conseiller au comité des usagers

Monsieur Jean-François Champoux, conseiller à la direction des ressources humaines

Madame Louise Dionne, directrice adjointe aux soins et services cliniques

Docteur Paul Jacques, psychiatre

Monsieur Karl Johnson, président du conseil multidisciplinaire

Madame Francine Koenig, coordonnatrice de projet à la direction des soins et services cliniques (DSSC)

Docteur Pierre Laliberté, directeur des services professionnels et hospitaliers

Madame Francine Lavoie, coordonnatrice au développement et à l'innovation-DRH

Madame Julie Lesage, directrice adjointe des services hospitaliers

Madame Louise Marchand, chef d'unité par intérim

Madame Mélanie Marquis, présidente du conseil des infirmières et infirmiers

Monsieur Aurèle Martin, parent-représentant de la Boussole

Docteure Marie-Luce Quintal, psychiatre

Monsieur Alain Rioux, directeur adjoint à la qualité, gestion des risques, ETMIS

Madame France St-Hilaire, service des communications

Madame Marie-Josée Thibodeau, représentante du CIIA

Monsieur Luc Vigneault, pair aidant consultant

Docteur Carol Villeneuve, président du CMDP

## **LES MEMBRES DU COMITÉ D'EXPERTS**

Monsieur Sylvain Bélanger, chef de service réadaptation (DSPH)

Madame Marianne Turmel, utilisatrice de services

Madame Michèle Tourigny, directrice générale adjointe

Monsieur Luc Vigneault, pair aidant consultant

Monsieur Jean-Pierre Langevin, représentant de la Boussole

Madame Lyne Beauregard, ASI

Madame Anne Giguère, chef d'unités

Docteur Evens Villeneuve, chef du département de psychiatrie

Madame Louise Dionne directrice adjointe aux soins de longue durée

Docteur Marie-Luce Quintal psychiatre

## **AUTRES COLLABORATEURS**

Monsieur Rodolphe Arsenault, agent de planification, programmation et recherche pour l'aide apporté au traitement statistique

Monsieur François Chassé, agent de planification, programmation et recherche pour l'aide à la traduction

Madame Karen Giguère, agente de planification, programmation et recherche pour l'aide à la traduction

Monsieur Langis Lemieux, coordonnateur à la programmation et à l'évaluation des programmes clientèle pour l'aide à la traduction et à la passation des échelles

Madame Mélinda Morency, technicienne en documentation, pour la recherche documentaire dans les bases de données

Madame Louise Dubé, adjointe à la direction, pour la mise en page du document

Un remerciement spécial est adressé à l'ensemble des personnes ayant complété l'échelle de mise en priorité des pratiques cliniques et de gestion associées au rétablissement et donné leur autorisation à l'utilisation des données.

## **AVANT-PROPOS**

---

L'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ) a pour mission de soutenir et de conseiller les décideurs (gestionnaires, cliniciens, professionnels) dans la prise de décision relative à la meilleure allocation des ressources visant l'implantation d'une technologie, d'une pratique nouvelle ou la révision d'une pratique existante à laquelle s'ajoute une nouvelle problématique.

Un rapport d'évaluation consiste en une évaluation approfondie d'une technologie et d'un mode d'intervention en santé réalisée à partir d'une synthèse des connaissances tirées d'une revue exhaustive de la documentation.

### **L'ÉQUIPE DE L'UETMIS**

Madame Louise Dubé adjointe à la direction

Madame Andrée Fortin, agente de planification, programmation et recherche

Madame Karen Giguère, agente de planification, programmation et recherche

Madame Diane Lalancette, agente de planification, programmation et recherche

Monsieur Alain Rioux, directeur adjoint à la qualité, gestion des risques, ETMIS

Ce document présente les informations disponibles au 31 janvier 2011 pour la recherche de pratiques cliniques et de gestion associées à l'approche du rétablissement selon la méthodologie retenue.

Ce document n'engage en aucune façon la responsabilité de l'IUSMQ, de son personnel et des professionnels à l'égard des informations transmises. En conséquence, l'IUSMQ, les membres du groupe de travail de même que les membres du comité scientifique ad hoc ne pourront être tenus responsables en aucun cas de tout dommage de quelque nature que ce soit au regard de l'utilisation ou de l'interprétation de ces informations.

### **DIVULGATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS**

Aucun conflit d'intérêt n'a été rapporté.

## SOMMAIRE

---

Le rétablissement constitue une tendance mondiale ayant principalement pour but de favoriser la participation des personnes atteintes d'un problème de santé mentale à l'amélioration de la qualité des services et à leur qualité de vie. En accord avec les propositions de l'Organisation mondiale en santé (OMS) de même qu'avec le *Plan d'action ministériel en santé mentale 2005-2010 : La force des liens* recommandant d'accorder la priorité au rétablissement de la personne dans sa globalité, l'Institut universitaire en santé mentale de Québec a prévu, dans son *Plan stratégique 2011-2015 : Croire faire viser*, de poursuivre l'implantation du rétablissement au sein de son établissement. Afin de permettre la réalisation de cet objectif, un comité directeur a été mis sur pied en mars 2010 duquel est attendu non seulement le développement d'une vision commune de la notion de rétablissement, mais aussi la détermination de pratiques cliniques et de gestion reconnues et documentées en cohérence avec l'approche du rétablissement. L'unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) de l'IUSMQ a été sollicitée par ce dernier dans le but de répertorier les pratiques cliniques et de gestion associées à l'approche du rétablissement.

L'UETMIS a donc effectué un inventaire des pratiques en matière de rétablissement retrouvées dans la littérature. Par la suite, un classement de même qu'une mise en priorité de ces pratiques ont été réalisés à partir d'un processus de consultation auprès d'experts, d'utilisateurs de services, de proches, de partenaires et du comité directeur sur le rétablissement. De cet exercice, 21 pratiques cliniques et de gestion associées à l'approche du rétablissement ont été retenues. Au cours des prochains mois, ces dernières seront intégrées au plan d'action permettant de poursuivre l'implantation de l'approche du rétablissement au sein de l'IUSMQ.

# TABLE DES MATIÈRES

---

REMERCIEMENTS.....	II
AVANT-PROPOS .....	IV
SOMMAIRE .....	V
TABLE DES MATIÈRES .....	VI
LISTE DES TABLEAUX.....	VIII
LISTE DES ANNEXES .....	IX
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES.....	X
RÉSUMÉ.....	1
QUESTION DÉCISIONNELLE .....	1
<i>Questions d'évaluation</i> .....	1
INTRODUCTION.....	4
1.1. QUESTION DÉCISIONNELLE.....	5
1.1.1. <i>Questions d'évaluation</i> .....	5
2.1. PRATIQUES CLINIQUES ET DE GESTION ASSOCIÉES À L'APPROCHE DU RÉTABLISSEMENT .....	6
2.2. DÉFINITION DU RÉTABLISSEMENT .....	8
3.1. HISTORIQUE .....	9
4.1. PRATIQUES CLINIQUES ET DE GESTION ASSOCIÉES À L'APPROCHE DU RÉTABLISSEMENT .....	11
4.1.1 <i>Recherche documentaire</i> .....	11
4.1.2 <i>Indicateurs de rétablissement</i> .....	12
4.2. DÉFINITION DU RÉTABLISSEMENT .....	18
4.2.1 <i>Recherche documentaire</i> .....	18
4.2.2 <i>Définition retenue</i> .....	23
5.1. <i>Pratiques cliniques et de gestion associées à l'approche du rétablissement retrouvées dans la littérature : une mise en priorité nécessaire</i> .....	24
5.2. <i>Définition du rétablissement: élaboration d'une définition temporaire pour l'IUSMQ</i> .....	24
5.3. <i>Pratiques cliniques et de gestion associées à l'approche du rétablissement : priorités d'implantation par l'IUSMQ pour la prochaine année</i> .....	24
5.5. <i>Ce qu'il reste à faire</i> : .....	25
CONCLUSION .....	26

ANNEXES.....	27
RÉFÉRENCES .....	51

## **LISTE DES TABLEAUX**

---

Tableau 1 – Critères PIPOH .....	5
Tableau 2 - Diagramme de sélection des articles dans les bases de données .....	11
Tableau 3 – Articles répondant à l'ensemble des critères de recherche.....	12
Tableau 4 – 20 pratiques cliniques et de gestion associées à l'approche du rétablissement prioritaires toutes catégories de personnes confondues .....	14
Tableau 5 – Pratiques cliniques et de gestion associées à l'approche du rétablissement devant être mises en priorité par l'IUSMQ .....	16
Tableau 6 – Diagramme de sélection des articles dans les bases de données.....	18
Tableau 7 – Définition du rétablissement selon les auteurs suggérés par le comité d'experts.....	19

## **LISTE DES ANNEXES**

---

Annexe 1 – Processus de mise en priorité des pratiques cliniques et de gestion.....	27
Annexe 2 – Formulaire de consentement .....	28
Annexe 3 – Indicateurs organisationnels de rétablissement.....	29
Annexe 4 – Échelle de mise en priorité des indicateurs d’implantation .....	32
Annexe 5 – Échelle de mise en priorité des pratiques cliniques et de gestion.....	45

## LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES

---

IUSMQ Institut universitaire en santé mentale de Québec

UETMIS Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé

OMS Organisation mondiale en santé

PIPOH *Population, Intervention, Professionnels/personnels concernés, Objectifs, Health care setting* i.e.

ASI Assistant du supérieur immédiat

# RÉSUMÉ

---

## INTRODUCTION

Le rétablissement constitue une tendance mondiale ayant principalement comme but de favoriser la participation des personnes atteintes d'un problème de santé mentale à l'amélioration de la qualité des services qu'ils reçoivent et de leur qualité de vie. En accord avec les propositions de l'Organisation mondiale en santé (OMS) de même que le *Plan d'action ministériel en santé mentale 2005-2010 : La force des liens* qui recommande d'accorder la priorité au rétablissement de la personne dans sa globalité, l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ) a prévu, dans son *Plan stratégique 2011-2015 : Croire faire viser*, de poursuivre l'implantation du rétablissement au sein de son établissement. Afin de permettre la réalisation de cet objectif, un comité directeur a été mis sur pied en mars 2010. Il est attendu de ce dernier non seulement le développement d'une vision commune de la notion de rétablissement, mais aussi la détermination de pratiques cliniques et de gestion reconnues et documentées en cohérence avec l'approche du rétablissement.

### Question décisionnelle

Quelles sont les pratiques cliniques et de gestion associées à l'approche du rétablissement devant être mises en priorité pour la prochaine année afin de favoriser l'implantation du rétablissement à l'IUSMQ?

### Questions d'évaluation

- i) Quelles sont les pratiques cliniques et de gestion associées à l'approche du rétablissement retrouvées dans la littérature?
  - a. Quels sont les indicateurs organisationnels?
  - b. Quelles sont les pratiques cliniques et de gestion associées à ces indicateurs?
- ii) Quelles sont les principales définitions du rétablissement retrouvées dans la littérature?
  - a. Quelles sont les principales composantes de ces définitions?
  - b. Quelle est la définition retenue à l'Institut?
- iii) Quelles sont les pratiques cliniques et de gestion associées à l'approche du rétablissement que l'Institut devrait mettre en priorité pour la prochaine année?
  - a. Quelles sont les pratiques prioritaires pour les administrateurs, utilisateurs de services, professionnels et partenaires?
  - b. Quelles sont les pratiques prioritaires pour le comité directeur sur le rétablissement?

## MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION

Une recherche documentaire a été réalisée de novembre 2010 à janvier 2011 auprès de différentes sources de données électroniques faisant état des données probantes et des recherches scientifiques. Les bases de données ainsi consultées sont Cochrane, Medline (Pubmed), PsycInfo et Cinahl. La recherche documentaire s'est limitée aux articles rédigés en français et en anglais. De plus, une recherche auprès des auteurs clés en ce qui a trait au

rétablissement et suggérés par le comité directeur sur le rétablissement de l'Institut a également été effectuée. Les membres de ce comité ont validé le processus d'évaluation à chacune de ses étapes.

La majeure partie des pratiques cliniques et de gestion répertoriées dans la littérature, étant principalement rédigée en langue anglaise, a d'abord été traduite par deux traducteurs indépendants puis validée par deux experts en rétablissement. Les pratiques répertoriées ont par la suite été regroupées selon la classification proposée par W. Sowers (2005) et soumises à un comité d'experts composé de 10 personnes. Ces experts avaient le mandat d'effectuer une mise en priorité afin d'en permettre une première réduction statistique. De cet exercice, une échelle réduite des pratiques a été obtenue puis présentée à 9 groupes de personnes afin d'obtenir leur avis quant à celles devant être privilégiées dans le processus d'implantation du rétablissement au sein de l'Institut. Enfin, les pratiques cliniques et de gestion associées à l'approche du rétablissement ressortant de ce processus rigoureux ont été présentées et déposées au comité directeur sur le rétablissement le 23 janvier 2012 pour consultation, approbation et mise en priorité finale.

## RÉSULTATS

Dans le présent exercice, une définition temporaire du rétablissement a été déterminée par des experts du comité directeur sur le rétablissement et validée par ce dernier. La définition du rétablissement ainsi retenue est celle proposée par William Anthony (1993) soit :

**« Processus profondément personnel et unique de changement de ses propres attitudes, valeurs, sentiments, objectifs, habiletés et rôles. Façon de vivre une vie satisfaisante, pleine d'espoir d'y contribuer même avec les limites causées par la maladie. Développement d'un nouveau sens et d'une nouvelle raison d'être à sa vie à mesure qu'un individu dépasse les effets catastrophiques de la maladie mentale ».**

Il a été également convenu de compléter cette définition par un élément mentionné par la Commission de la santé mentale du Canada (2009) soit :

**« Ce processus s'appuie sur les forces individuelles, familiales, culturelles et communautaires et témoigne des antécédents et des traditions propres à chaque personne ».**

Par ailleurs, la recherche documentaire a permis de répertorier, dans la littérature consultée, un total de 189 pratiques cliniques et de gestion. Après traduction, classification et hiérarchisation par le comité d'experts, 67 de ces pratiques ont d'abord été retenues. Par la suite, ces dernières ont été présentées à 9 groupes constitués de professionnels et d'intervenants en soins et services cliniques, de professionnels et d'employés de services administratifs et de soutien, d'utilisateurs de services, de gestionnaires, de partenaires de même que de médecins et pharmaciens totalisant 152 personnes. De cet exercice, les 20 pratiques cliniques ayant obtenu les pourcentages plus élevés quant à leur priorité d'implantation, soit immédiate et prioritaire, par l'ensemble des personnes consultées ont été retenues. De plus, afin de pallier la faible représentativité de certaines catégories de personnes, une classification des pratiques par catégories de répondants a également été réalisée et considérée.

Enfin, l'ensemble de ces données a été présenté au comité directeur sur le rétablissement. Après discussion et consultation, six catégories de pratiques ont été identifiées par les membres du comité comme devant être intégrées au plan d'action du processus d'implantation de l'approche du rétablissement au sein de l'IUSMQ au cours de la prochaine année soient :

1. Participation active des utilisateurs de services au traitement de leur maladie et dans la structure organisationnelle;
2. Mesures de contrôle;
3. Optimisation des pairs aidants;

4. Gestion des risques;
5. Communauté;
6. Dépistage des troubles concomitants.

Chacune de ces catégories est constituée d'une série de pratiques cliniques et de gestion associées à l'approche du rétablissement pour un total de 21 pratiques. Dans les prochains mois, ces dernières seront soumises à un comité ad hoc afin d'établir un plan d'action permettant leur mise en application à l'Institut. De plus, pour chacune de ces pratiques, des stratégies de déploiement seront établies et des indicateurs de mesure associés seront déterminés.

## **DISCUSSION**

Le relevé de littérature a permis de répertorier un grand nombre de pratiques cliniques et de gestion qui s'avèrent d'une importance significative en ce qui a trait à l'implantation de l'approche du rétablissement dans une organisation. Ces dernières constituent des éléments considérés nécessaires au rétablissement par les auteurs. Ainsi, leur mise en place permet de s'assurer que les principales composantes de l'approche soient respectées. Elles représentent également des indications en ce qui a trait à la mesure de l'évolution de son implantation. Ces deux aspects ne peuvent être négligés dans la perspective où les instigateurs de l'implantation du rétablissement à l'IUSMQ souhaitent s'assurer de bien faire les bonnes choses de même que de l'avancement des travaux. Cependant, leur nombre considérable nécessite une hiérarchisation de façon à rendre plus réaliste leur mise en place dans le contexte organisationnel actuel. C'est pourquoi le comité directeur sur le rétablissement et l'UETMIS, en collaboration avec les personnes consultées, ont retenu les pratiques jugées prioritaires à cette étape du processus d'implantation. De plus, l'exercice aura permis à un bon nombre de gens de s'impliquer dans le processus ce qui peut également s'avérer déterminant dans la réalisation des étapes suivantes. Enfin, les pratiques cliniques et de gestion n'ayant pas été retenues pour la prochaine année ne seront pas oubliées. Ainsi, elles représentent des objectifs futurs en ce qui a trait à la poursuite du processus d'implantation de l'approche du rétablissement entrepris.

## **CONCLUSION**

L'identification et la hiérarchisation des pratiques cliniques et de gestion associées à l'approche du rétablissement a été réalisée à partir d'une recherche rigoureuse dans la littérature et d'un travail de consultation générale des catégories de personnes concernées par le processus. Ainsi, 21 pratiques cliniques ont été considérées prioritaires pour la prochaine année. Le processus d'évaluation étant maintenant complété, ces résultats deviennent maintenant des outils de travail pour les professionnels, partenaires et utilisateurs de services dans la poursuite de l'implantation de l'approche du rétablissement au sein de l'IUSMQ.

## INTRODUCTION

---

L'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ) a prévu, dans son *Plan stratégique 2011-2015 : Croire faire viser*, de poursuivre l'implantation du rétablissement au sein de son établissement. Afin de permettre la réalisation de cet objectif, un comité directeur a été mis sur pied en mars 2010.

Dans le cadre de la collaboration de l'unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (UETMIS) à la prise de décision, le comité directeur sur le rétablissement et la direction générale adjointe lui a confié un mandat d'évaluation en mars 2010. Le comité était à la recherche de pratiques cliniques et de gestion pouvant lui permettre non seulement d'implanter l'approche du rétablissement au sein de l'établissement conformément aux pratiques recommandées mais aussi d'en mesurer l'évolution. Cette demande a été priorisée par la direction générale de l'IUSMQ.

En novembre 2010, l'UETMIS a débuté ses travaux de recherche selon la méthodologie entendue avec le comité directeur. La présente démarche était notamment requise pour soutenir la prise de décision du comité directeur sur le rétablissement quant aux pratiques cliniques et de gestion devant être priorisées pour la prochaine année à l'IUSMQ.

# 1. QUESTION DÉCISIONNELLE ET QUESTIONS D'ÉVALUATION

---

## 1.1. Question décisionnelle

Quelles sont les pratiques cliniques et de gestion associées à l'approche du rétablissement devant être mises en priorité pour la prochaine année afin de favoriser l'implantation du rétablissement à l'IUSMQ?

### 1.1.1. Questions d'évaluation

- i) Quelles sont les pratiques cliniques et de gestion associées à l'approche du rétablissement retrouvées dans la littérature?
  - a. Quels sont les indicateurs organisationnels?
  - b. Quelles sont les pratiques cliniques et de gestion associées à ces indicateurs?
- ii) Quelles sont les principales définitions du rétablissement retrouvées dans la littérature?
  - a. Quelles sont les principales composantes de ces définitions?
  - b. Quelle est la définition retenue à l'Institut?
- iii) Quelles sont les pratiques cliniques et de gestion associées à l'approche du rétablissement que l'Institut devrait mettre en priorité pour la prochaine année?
  - a. Quelles sont les pratiques prioritaires pour les administrateurs, utilisateurs de service, professionnels et partenaires?
  - b. Quelles sont les pratiques prioritaires pour le comité directeur sur le rétablissement?

Ces questions d'évaluation ont été formulées à l'aide des critères spécifiés dans l'acronyme PIPOH (*Population, Intervention, Professionnels/personnels concernés, Objectifs, Health care setting* i.e. lieu d'intervention et contexte organisationnel) (tableau 1).

Tableau 1 : Critères PIPOH

<b>Population</b>	-Adultes en institution psychiatrique présentant une problématique de santé mentale
<b>Intervention</b>	-Pratiques cliniques et de gestion associées à l'approche du rétablissement
<b>Professionnels/personnes concernées</b>	-Utilisateurs de services -Professionnels -Gestionnaires de l'IUSMQ -Partenaires
<b>Objectifs</b>	-Obtenir une échelle de pratiques cliniques et de gestion associées à l'implantation de l'approche du rétablissement -Favoriser l'implantation de l'approche du rétablissement
<b>Health care setting</b>	-Institut universitaire en santé mentale de Québec

## **2. MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION**

---

La méthodologie de l'UETMIS est basée sur une recherche de données probantes dans la littérature scientifique en ce qui a trait à l'implantation de l'approche du rétablissement complétée par un processus de mise en priorité pour l'IUSMQ. La recherche de données probantes a été effectuée en ce qui a trait aux questions d'évaluation se rapportant aux indicateurs, aux pratiques cliniques et de gestion de même qu'à la définition du rétablissement. La mise en priorité des pratiques pour l'IUSMQ a été effectuée auprès d'experts et de personnes concernées. Pour cet exercice, une définition provisoire du rétablissement a été établie afin d'en assurer une compréhension commune. Enfin, l'ensemble de la démarche a été réalisée en collaboration avec le comité directeur sur le rétablissement.

### **2.1. Pratiques cliniques et de gestion associées à l'approche du rétablissement**

La détermination des pratiques cliniques et de gestion a été réalisée à partir d'un recensement des connaissances disponibles dans la littérature et d'un processus de consultation. Cet exercice comportait les étapes suivantes : recherche documentaire, sélection d'études, évaluation de la pertinence, extraction des données, traduction et classification des données, validation et hiérarchisation par un comité d'experts ad hoc, établissement des priorités par une consultation générale et finalement, présentation auprès du comité directeur sur le rétablissement et choix de priorités (voir ANNEXE 1).

#### **2.1.1 Recherche documentaire : sources d'information et critères**

Une recherche documentaire a été réalisée par une technicienne en documentation dans différentes sources de données électroniques faisant état des données probantes et de recherches scientifiques. Les bases de données scientifiques Medline (Pubmed), Cochrane, CINAHL et PsycINFO ont été consultées du mois de novembre 2010 à janvier 2011. Les mots clés utilisés pour ces recherches ont été : « indicators », « recovery » et « mental health ».

De plus, afin d'élargir la démarche d'exploration, il a été convenu de recourir également à l'utilisation des documents correspondant au sujet de recherche et ayant été rendus disponibles pour le grand public sur Internet par les instances concernées par le rétablissement. Enfin, une consultation d'articles provenant d'auteurs reconnus pour leur contribution au concept du rétablissement et suggérés par les membres du comité d'experts a également été effectuée.

Les articles retenus dans cette recherche documentaire présentaient une énumération d'indicateurs associés à l'approche du rétablissement et concernaient spécifiquement le traitement d'une population adulte atteinte de problématiques de santé mentale. Les articles se rapportant à une population atteinte d'une problématique spécifique de santé mentale ou ne présentant pas de manière explicite une série d'indicateurs ont été exclus.

#### **2.1.2 Sélection des articles**

La sélection des articles a été effectuée par un évaluateur. Cette première sélection a été réalisée à partir des titres et des résumés des articles selon les critères de sélection préalablement déterminés (Tableau 2).

### 2.1.3 Évaluation de la pertinence des articles

L'évaluation de la pertinence des articles retenus a été réalisée par un évaluateur. Parmi les articles consultés, ceux retenus présentaient une liste d'indicateurs cliniques et de gestion détaillée.

### 2.1.4 Extraction des indicateurs

Un évaluateur a procédé à l'extraction des indicateurs pour chacun des articles retenus.

### 2.1.5 Traduction et classification des indicateurs

Les indicateurs retenus étant principalement écrits en langue anglaise, ils ont dû être traduits en langue française afin d'en assurer une compréhension uniforme à l'IUSMQ, constituée essentiellement d'une population francophone. Une première traduction a été effectuée de façon indépendante par 2 évaluateurs agents de planification, programmation et recherche. Par la suite, une validation à l'aveugle des traductions a été réalisée par deux spécialistes en réadaptation connaissant bien les nuances en ce qui a trait à l'utilisation des concepts entre les terminologies américaines, anglaises et celles utilisées au Québec.

Enfin, les indicateurs ont été classés, le texte uniformisé, les doublons retirés et le tout intégré dans une **échelle de mise en priorité des pratiques cliniques et de gestion associé à l'approche du rétablissement** pour en faciliter la compréhension.

### 2.1.6 Comité d'experts ad hoc

La liste des pratiques ainsi obtenue a été présentée au comité sur le rétablissement pour validation de cette dernière et prise de décision quant à la suite du processus. En réponse à la suggestion du comité, il a été convenu pour l'étape suivante, de mettre sur pied un comité « ad hoc » composé d'experts connaissant bien l'organisation, la philosophie de l'approche et son niveau d'implantation à l'IUSMQ. L'objectif de cette étape était d'effectuer une réduction statistique du nombre de pratiques afin de faciliter la consultation générale. Pour chaque item, les personnes consultées devaient indiquer son niveau de priorité dans la démarche d'implantation de l'approche du rétablissement à l'Institut de même que son niveau d'implantation actuel.

### 2.1.7 Consultation générale

Au cours des mois de novembre et décembre 2011, une échelle réduite des pratiques cliniques et de gestion associées à l'approche a été soumise à la consultation de professionnels et d'intervenants en soins et services clinique, de professionnels et d'employés aux services administratifs et de soutien, de partenaires, d'utilisateurs de services, de médecins et pharmaciens et de gestionnaires. Les personnes ayant choisi de participer à cette consultation ont signé un formulaire de consentement (ANNEXE 2).

### 2.1.8 Comité directeur sur le rétablissement

Une compilation statistique des résultats du sondage a été effectuée au cours du mois de janvier 2012. L'ensemble des pratiques cliniques a d'abord été classé selon le pourcentage de personnes consultées leur ayant attribué un une priorité d'implantation allant de rapide (prochaine année) à prioritaire (immédiate). Par la suite, les pratiques ainsi priorisées de même que la démarche poursuivie ont fait l'objet d'une présentation au comité d'experts constitué des membres du comité directeur de rétablissement. À la lumière des résultats obtenus, ces derniers ont procédé à la détermination de pratiques devant être mises en priorité par l'organisation

## 2.2. Définition du rétablissement

Afin d'assurer une compréhension commune du concept de rétablissement, il a été convenu avec le comité directeur sur le rétablissement d'élaborer et d'intégrer une définition provisoire à l'exercice d'établissement de priorités en ce qui concerne le processus d'implantation des pratiques cliniques et de gestion associées à l'approche du rétablissement. Pour ce faire, une revue de la littérature a été entreprise, présentée au comité directeur sur le rétablissement et complétée par une consultation auprès d'experts.

### 2.2.1 Recherche documentaire : sources d'information et critères

La recherche documentaire a d'abord été réalisée par une technicienne en documentation à partir des bases de données Cochrane, Medline (Pubmed) et PsycINFO de novembre 2010 à janvier 2011. De plus, afin d'élargir la démarche d'exploration, il a été convenu de recourir également à l'utilisation d'articles publiés dans des revues québécoises par des auteurs spécifiquement reconnus par le comité d'experts. Les mots clés utilisés sont : « définition », « recovery », « mental health ». Les articles retenus présentaient une définition explicite du rétablissement pour une population adulte atteinte d'une problématique de santé mentale (critères de sélection).

### 2.2.2 Sélection des articles

Les articles ont été sélectionnés par un évaluateur. Cette sélection a été réalisée à partir des titres et des résumés d'articles en respectant les critères de sélection préalablement déterminés.

### 2.2.3 Comité directeur sur le rétablissement

La démarche d'extraction des données à partir des articles retenus a été présentée au comité. Cependant, afin de répondre dans les meilleurs délais à la demande, il a été convenu de limiter l'extraction des définitions aux articles publiés par les auteurs reconnus par le comité. Ainsi, le processus d'extraction des définitions de l'ensemble des articles provenant des bases de données dans le cadre de ce projet a été interrompu.

### 2.2.4 Extraction des définitions

Un évaluateur a procédé à l'extraction des définitions du rétablissement retrouvées dans les articles publiés par les auteurs proposés par les membres du comité d'experts. De plus, à ces définitions, d'autres définitions provenant de la littérature grise<sup>1</sup> ont été ajoutées.

### 2.2.5 Comité d'experts ad hoc

Un comité d'experts ad hoc a été mis sur pied afin de convenir d'une définition provisoire du rétablissement dans le cadre de ce projet. L'ensemble des définitions recueillies auprès des auteurs a été présenté au comité lors d'une rencontre et un consensus a été obtenu sur une définition. Par ailleurs, il a été convenu que cette définition serait inscrite sur la page frontispice de l'échelle de mise en priorité des pratiques cliniques et de gestion associées à l'approche du rétablissement.

---

<sup>1</sup> Documents publiés pour un public restreint et difficilement repérables dans les bases de données courantes. Il s'agit, par exemple, de présentations à des congrès, d'évaluations de technologies de la santé réalisées par des hôpitaux ou de certains documents gouvernementaux.

### 3. INFORMATIONS GÉNÉRALES CONCERNANT LE RÉTABLISSEMENT EN SANTÉ MENTALE

---

#### 3.1. Historique

L'approche du rétablissement trouverait ses origines, selon certains auteurs (Davidson, L., Rakfeldt, J., Strauss, J., 2010; Morrissey, J.P., Goldman, H.H., 1986), dans le **traitement moral** instauré au 18<sup>e</sup> siècle par William Tuke en Angleterre et Philippe Pinel en France. Ce modèle de traitement, actif de 1790 à 1890, résultait principalement d'observations de personnes malades provenant de familles aisées qui bénéficiaient, à l'époque, d'un traitement privilégié dans les maisons de retraite ou de convalescence. Alors que le taux de rétablissement de ces personnes mieux nanties était estimé à près de 90%, celui des personnes réfugiées dans les asiles s'avérait pratiquement nul puisqu'elles étaient considérées comme incurables.

Messieurs Pinel et Turk, de même que d'autres personnes dont Dorothée Dix (1840) et Jean Baptiste Pussin, croyant que la bienveillance et le respect pouvaient aider toutes les personnes atteintes à se rétablir, tentèrent d'instaurer ce traitement au sein des asiles. Ils prirent donc l'initiative de mettre en place une atmosphère chaleureuse et familiale où les personnes recevaient non seulement un traitement médical, mais participaient également à des thérapies occupationnelles de même qu'à des activités à caractère religieux. De plus, toutes menaces de violence physique étaient, dans une large mesure, abandonnées.

Par la suite, Adolf Meyer (1840-1911) a proposé une alternative à l'hospitalisation et au traitement moral. Ainsi, ce dernier considérait la maladie mentale comme les autres maladies de sorte que, pour lui, les personnes qui en sont atteintes pouvaient se rétablir. Meyer croyait également qu'en dépit de la maladie, subsistait chez la personne une partie à laquelle il convenait de s'adresser pour favoriser son rétablissement. En outre, bien qu'il ait cru, comme ses prédécesseurs (Pinel, Dix, Turk et autres), que la maladie soit née d'un problème d'interaction entre les personnes et leur environnement social, contrairement à eux, il estimait préférable, comme Jane Addams (sociologue américaine ayant vécu de 1860-1935), de ne pas les soustraire de leur milieu, mais de plutôt les habiliter à négocier et à se diriger progressivement dans leur contexte de vie.

Par ailleurs, les premiers balbutiements de ce qui est appelé aujourd'hui les **pairs aidants** étaient déjà présents à cette époque. Ainsi, l'embauche de personnes ayant présenté une problématique de santé mentale à titre d'intervenants ou dans le processus de sélection du personnel avait été instaurée à l'époque de Philippe Pinel et Jean-Baptiste Pussin (1745-1811) et a été reprise par Harry Stack Sullivan (1892-1949). De même, Jane Addams (1860-1935) avait également considéré qu'il était préférable de permettre aux personnes atteintes de ne plus recevoir les soins passivement. Elle estimait alors préférable de les impliquer dans le traitement en faisant notamment appel à leur créativité ceci, tout en leur offrant l'opportunité de poursuivre leurs propres rêves en en faisant bénéficier les autres. Toutefois, parallèlement à ces efforts, l'ère de l'industrialisation a pour sa part largement contribué au débordement des asiles occasionnant du même coup un manque de ressources. Cette situation a eu pour effet de préciser la fonction des asiles, soit de garder et de protéger tout en reléguant au deuxième plan le traitement (Morrissey, J.P., Goldman, H.H., 1986).

Le concept de rétablissement puise donc ses fondements dans le passé, mais prend davantage son essor dans les années 1980. Il prend ses assises dans la convergence d'études empiriques, de récits de personnes utilisatrices de services psychiatriques et de praticiens de la réadaptation (Lauzon, G., Lecomte, Y., 2002). À cette époque, deux courants contribuent principalement à son développement. Le premier repose sur des constats qui ont ébranlé la perception traditionnelle de la chronicité des maladies mentales. Ainsi, durant les années 1980 et 1990, de nombreuses études longitudinales démontraient que le devenir

des personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie n'était pas aussi sombre que celui dépeint par les théoriciens des années antérieures. En effet, d'après ces études, un très grand nombre des personnes atteintes se rétablissaient et occupaient à nouveau des rôles sociaux gratifiants (Ciompi, L., 1980a, 1980b; Davidson, L., McGlashan, T.H., 1997; Eggers, C., Bunk, D., 1997; Harding, C., 1986; Harding, C. et coll., 1992; Marengo, J. et coll. 1991; McGlashan, T.H., 1988). Aussi, des études ont démontré que 25% à 65% des personnes atteintes d'un trouble mental grave incluant la schizophrénie, observaient une réduction significative de leurs symptômes ce qui leur permettait d'occuper des rôles sociaux valorisants (Harding et coll. 1987; Davidson, L., et coll. 2005).

Le deuxième courant correspond à la prise de parole des personnes utilisatrices de services qui dénonçaient les traitements psychiatriques de même que le système de soins qui favorisait la passivité et le maintien dans la maladie (Davidson, L. et coll. 2005; Chamberlin, J., 1978). Ainsi, les premiers écrits sur le rétablissement apparaissent principalement sous forme de témoignages de personnes utilisatrices de services. Celles-ci y ont abondamment souligné la subjectivité et la singularité de l'expérience du rétablissement qui s'avèrent être de plus en plus reconnues à titre de phénomènes importants dans la promotion d'un état de bien-être chez les personnes avec des troubles mentaux (Jacobson, N., Greenley, D., 2001). Enfin, bien que parfois conflictuels en raison de leurs valeurs et croyances, la conjugaison des efforts de ces trois types de citoyens : usagers, militants et praticiens donna naissance au mouvement « recovery » ou de « rétablissement » (Lauzon, G., Lecomte, Y., 2002).

À ce jour, aucun consensus n'existe concernant la définition du rétablissement en santé mentale ou quant aux meilleurs moyens de le promouvoir (Félix, A. 2012; Jacobson, N., Greenley, D., 2001; Davidson, L. et coll., 2005; Bonney, S., Stickley, T., 2008). Toutefois, il est convenu que ces caractéristiques les plus courantes passent par trois aspects soient : le médical ou clinique (diminution ou gestion des signes et des symptômes souvent par le biais d'une médication ou de traitements), le psychologique (acceptation de la maladie, redéfinition ou transformation du moi, acquisition d'un contrôle, réappropriation du pouvoir, autonomie), le social (aspiration à une vie satisfaisante et une reconnaissance citoyenne). Par ailleurs, il semble y avoir consensus en ce qui a trait au but des soins orientés vers le rétablissement, soit de ne pas pousser les personnes atteintes en marge de la société et de réclamer leur citoyenneté en tant qu'acteurs libres et autonomes.

Enfin, le courant de pensée que constitue le rétablissement en santé mentale répond à la fois à des motifs humanitaires et économiques (Jacobson, N., 2004). À l'instar des approches précédentes, il tente de corriger le traitement inhumain subi par les personnes atteintes d'un trouble mental grave dont la violation de leurs droits et de leur dignité. De même, il se veut une réponse au climat de restriction de coûts des vingt dernières années en Amérique du Nord de même qu'à l'inefficacité des fonds publics dépensés pour les services offerts aux personnes atteintes (Jacobson, N. 2004; Jacobson, N., 2007). Toutefois, ce modèle nécessite d'importants changements au sein du réseau de santé, notamment dans la dispensation des soins, afin d'en favoriser son développement. À ce jour, il n'y a pas de consensus sur ce que signifie exactement le rétablissement en santé mentale ni en ce qui a trait à son application (Davidson, L., O'Connell, M.J., Tondora, J., Styron, T., Kangas, K., 2006; Davidson, L., Roe, D., 2007; Roberts, G., Wolfson, P., 2004; Jacobson, N., Greenley, D., 2001).

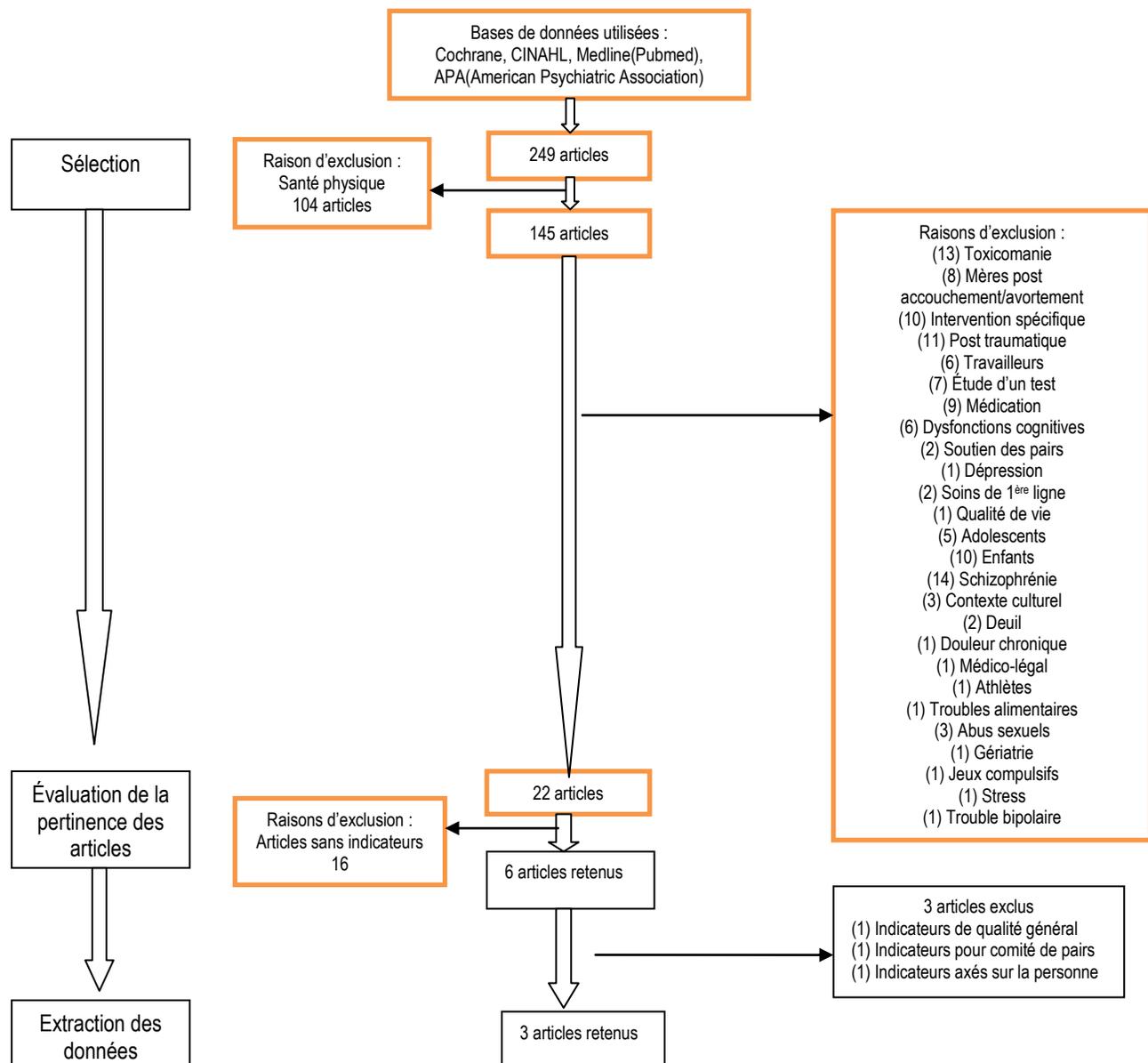
## 4. RÉSULTATS

### 4.1. Pratiques cliniques et de gestion associées à l'approche du rétablissement

#### 4.1.1 Recherche documentaire

Parmi les 249 articles retrouvés dans les bases de données (**Tableau 2**), 22 répondaient aux critères de sélection initiaux et ont été retenus pour une lecture plus approfondie. De ces derniers, trois articles, comportant 107 indicateurs, ont finalement été retenus. Par ailleurs, la consultation de la littérature grise a permis de retrouver deux articles desquels il a été possible de prélever 59 indicateurs (**Tableau 3**). Enfin, parmi les auteurs recommandés par les membres du comité d'experts, trois articles ont été retenus permettant d'y relever 66 indicateurs.

**Tableau 2 : Diagramme de sélection des articles dans les bases de données**



#### 4.1.2 Indicateurs de rétablissement

Un total de 232 indicateurs a été retrouvé à partir de la recherche documentaire (**Tableau 3**). Parmi ceux-ci, 200 indicateurs étaient rédigés en langue anglaise. Ces derniers ont été traduits en langue française par deux agents de planification, programmation et recherche indépendants puis validés par deux experts. Enfin, les pratiques identifiées ont été regroupées selon la typologie retrouvée dans l'article de W. Sowers (2005) (**ANNEXE 3**) préalablement retenu pour les indicateurs qu'il y proposait. Cette classification permettait l'intégration de l'ensemble des indicateurs retrouvés, bien qu'après consultation des experts, cette dernière a été légèrement adaptée. Enfin, certains indicateurs ayant été mentionnés par plus d'un auteur, leurs doublons ont dû être retirés.

**Tableau 3 : Articles répondant à l'ensemble des critères de recherche**

	Articles	Indicateurs identifiés
<b>Origine</b>		
<b>Bases de données</b>	1. Kaufman, PA. (2010). <b>Transformation to recovery-oriented service delivery in a community mental health center</b> . Dissertation Abstracts international: Section B: The Sciences and Engineering.	44
	2. Nelson, G., Lord, J., Ochocka, J. (2001). <b>Empowerment and mental health in community: Narratives of psychiatric consumers/survivors</b> . Journal of community & Applied Social Psychology.	10
	3. Sowers, W, American Association of Community Psychiatrists, Quality Management Committee (2005). <b>Tranforming systems of care: The American Association of Community Psychiatrists Guidelines for Recovery Oriented Services</b> . Community Mental Health Journal. 41(6), 757-74.	53
<b>Littérature grise</b>		
	4. Dumont, J.M., Ridgway, P., Onken, S.J., Doman, D.H., Ralph, R.O. (2005). <b>Recovery Oriented Systems Indicators Measure (ROSI)</b> .	23
	5. O'Connell, T.E., Croog, & Davidson (2003). <b>Recovery Self-Assessment</b> : CEO/Agency Director Version.	36
<b>Auteurs recommandés par le comité d'experts</b>		
	6. Anthony, W., (2006). <b>A Recovery-Oriented Service System : Setting Some System-Level Standards</b> . Recovery from Severe Mental Illnesses. Edited by Larry Davidson, Courtenay Harding and Leroy Spaniol. 6, pp 340-357.	34
	7. Anthony, W., (2002). <b>Pour un système de santé axé sur le rétablissement » Douze points de repère pour l'organisation d'ensemble des services</b> . Santé mentale au Québec, XXVII, 1, 102-113.	12
	8. Provencher, H., Griose-SM, CSSS de la Vielle Capitale, Centre hospitalier Robert-Giffard (2008). <b>Le paradigme du rétablissement : 2. Le modèle préliminaire d'organisation des services orientés vers le rétablissement (MOPROSOR) : Introduction et présentation détaillée du cadre d'orientation</b> . Le Partenaire, vol. 16, no 1.	20
	<b>Total des indicateurs retrouvés</b>	232

Un total de 189 indicateurs ont été finalement regroupés dans une **Échelle de mise en priorité des pratiques cliniques et de gestion associées à l'approche du rétablissement (ANNEXE 4)**. Toutefois, ce

nombre important ne permettait pas une consultation générale des personnes intéressées. En conséquence, en juin 2011, l'échelle a été soumise à un comité d'experts (groupe focus) composé de la directrice générale adjointe, d'un psychiatre, d'un pair aidant, du chef du département de psychiatrie, d'une utilisatrice de service, d'un représentant d'un organisme communautaire, d'une ASI, d'une chef d'unité, d'une chef de programme de même que d'un représentant des ressources humaines à des fins de priorisation. La moyenne obtenue en ce qui a trait à la priorité d'implantation estimée par les personnes consultées est de 3,15/5 et l'écart type est de 1,485. Compte tenu de l'étendu des résultats et du très petit groupe de personnes consultées, ces données avaient peu de signification. C'est pourquoi, il a été convenu de retenir les pratiques cliniques et de gestion ayant obtenu un niveau d'implantation rapide (prochaine année) et prioritaire (immédiate) pour 70% des répondants.

Une échelle de mise en priorité des pratiques cliniques et de gestion associées à l'approche du rétablissement comportant 67 items a ainsi été obtenue (**ANNEXE 5**). Celle-ci a été soumise à un large processus de consultation générale. Au total, neuf rencontres de groupes de discussion ont été effectués totalisant 161 personnes. Cependant, la totalité des questionnaires recueillis n'a pu être utilisé. Ainsi, cinq questionnaires ont dû être rejetés en raison de l'absence de consentement à utiliser les données par les personnes les ayant complétés. De plus, trois questionnaires ont dû être rejetés parce que les personnes n'ont inscrit aucune réponse (une personne ayant précisé que le questionnaire ne s'appliquait pas à elle). Enfin, un questionnaire a été complété pour une deuxième fois par un même individu de sorte que le deuxième a été retiré. Ces neuf questionnaires n'ont pas été utilisés pour le calcul statistique.

Finalement, 152 questionnaires sur les 161 recueillis ont pu être utilisés pour le présent exercice. Ainsi, 10 utilisateurs de services, 8 pharmaciens/médecins, 77 professionnels et intervenants en soins et services cliniques, 19 professionnels et employés de services administratifs et de soutien, 25 gestionnaires et 13 partenaires ont participé à l'exercice de mise en priorité des pratiques cliniques et de gestion. De cet exercice, les 20 pratiques ayant obtenu un pourcentage plus élevé de l'ensemble des personnes consultées ont été retenues. Par la suite, les données ont été comptabilisées selon la catégorie de personnes ayant participé au sondage. Cet exercice avait principalement comme objectif de compenser pour la faible représentativité de certains groupes. Ainsi, les pratiques ayant été mises en priorité par les utilisateurs de services de même celles des partenaires ont fait l'objet d'une attention particulière afin de s'assurer que les résultats obtenus de l'ensemble des personnes consultées étaient également le reflet de ce qu'ont indiqué ces deux catégories de répondants. La concordance étant ainsi assurée, les résultats obtenus ont été présentés au comité directeur sur le rétablissement (**Tableau 4**).

Le 23 janvier 2012, le comité directeur sur le rétablissement de l'IUSMQ a reçu la liste de vingt pratiques cliniques et de gestion associées à l'approche du rétablissement issues du processus. À la lumière de l'ensemble de ces résultats, de leur expertise quant à l'approche du rétablissement de même que de leur compréhension de son implantation dans l'organisation, le comité directeur a statué quant aux pratiques devant être mises en priorité par l'Institut universitaire en santé mentale de Québec pour la prochaine année. Ainsi, il a été convenu de la pertinence de débiter l'implantation de l'approche du rétablissement dans l'organisation par vingt et une pratiques regroupées selon six catégories soient : la participation active des utilisateurs de services dans le traitement de leur maladie et dans la structure organisationnelle, les mesures de contrôle, l'optimisation des pairs aidants, la gestion des risques, la communauté et le dépistage des troubles concomitants (**Tableau 5**).

Tableau 4 : 20 pratiques cliniques et de gestion associées à l'approche du rétablissement prioritaires toutes catégories de personnes confondues

Pratiques cliniques et de gestion associées à l'approche du rétablissement	Thèmes	Catégories	Pourcentage général	% Util. Serv.	% Méd/Pharm	% Soins Serv./Clin.	% Serv. Adm./Sout.	% Gestion.	% Parten.
1. L'utilisation de l'isolement et de la contention des utilisateurs de services présentant une menace claire pour eux-mêmes ou pour autrui s'appuie sur les plans de traitement (PTI, PI, PSI) et les politiques de l'établissement.	Traitement et services	Traitement sous la contrainte ( <i>coercition</i> ) / Contention et isolement	88.1	62.5	87.5	87.8	83.3	100	92.3
2. L'établissement propose des plans de crise prévoyant une gradation des interventions et permettant de désamorcer les crises.	Traitement et services	Traitement sous la contrainte ( <i>coercition</i> ) / Contention et isolement	86.4	77.8	100	84.2	83.3	95.7	84.6
3. Les membres du personnel de l'établissement aident les utilisateurs de services à réaliser leurs aspirations et leurs objectifs.	Traitement et services	Processus de planification / outil de coordination	84.5	80	57.1	84.2	77.8	91.7	100
4. Une révision post incident (debriefing) est réalisée après tous les incidents exigeant un isolement ou une contention.	Traitement et services	Traitement sous la contrainte ( <i>coercition</i> ) / Contention et isolement	84.2	75	75	81.8	82.4	95.7	92.3
5. Les membres du personnel de l'établissement croient au potentiel de rétablissement des utilisateurs de services et en leur capacité de faire leurs propres choix de traitement et d'objectifs de vie.	Traitement et services	Processus de planification / outil de coordination	83.2	90	87.5	80.3	77.8	83.3	100
6. Tout le personnel susceptible d'être confronté à des incidents imprévisibles est formé quant à l'utilisation de techniques de pacification et d'alternatives à l'isolement/contention.	Traitement et services	Traitement sous la contrainte ( <i>coercition</i> ) / Contention et isolement	83.0	77.8	75	84.2	83.3	78.3	92.3
7. L'établissement offre des services et du soutien individualisés orientés vers la communauté.	Traitement et services	Organisation des services	82.1	70	75	85.7	84.2	66.7	100
8. Les relations entre les membres du personnel et les utilisateurs de services sont justes et équitables.	Traitement et services	Processus de planification / outil de coordination	81.9	80	50	88.2	77.8	70.8	92.3
9. La présence de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie est détectée par des procédures de dépistage reconnues.	Traitement et services	Intégration-dépendances et santé mentale	81.6	70	100	85.3	76.5	79.2	69.2
10. Un soutien adapté est offert à la personne en vue de la réalisation de ses projets de vie tout au long de son rétablissement, respectant ses choix, son parcours unique et son héritage culturel.	Traitement et services	Offre de service	81.5	70	75	89.6	57.9	83.3	76.9
11. L'établissement évalue le pourcentage d'heures d'isolement des utilisateurs de services.	Traitement et services	Traitement sous la contrainte ( <i>coercition</i> ) / Contention et isolement	81.4	75	87.5	77.3	72.2	95.7	92.3
12. Les membres du personnel de l'établissement aident les gens à établir des liens avec la communauté.	Soutien	Maintien dans la communauté	80.8	80	75	81.3	82.4	73.9	92.3
13. Les services de santé physique et mentale et les services de soutien font partie de l'ensemble des services orientés vers le rétablissement.	Traitement et services	Offre de service	79,9	70	87.5	83.1	70.6	75	84.6

Pratiques cliniques et de gestion associées à l'approche du rétablissement	Thèmes	Catégories	Pourcentage général	% Util. Serv.	% Méd/Pharm	% Soins Serv./Clin.	% Serv. Adm./Sout.	% Gestion.	% Parten.
14. La direction renforce constamment la vision du rétablissement et les normes de pratique qui y sont associées.	Administration	Mission et vision/ plan stratégique	79.3	80	75	78.9	77.8	76	92.3
15. Tous les membres du personnel, anciens et nouveaux, sont formés aux meilleures pratiques.	Administration	Ressources organisationnelles/ Enseignement et formation continue	78.4	80	87.5	88	58.8	64	69.2
16. Les membres du personnel de l'établissement respectent les choix et préférences des utilisateurs de services.	Traitement et services	Processus de planification / outil de coordination	78.2	77.8	50	76	77.8	83.3	100
17. Le matériel de formation est développé en accord avec les données actuelles de la littérature sur le rétablissement.	Administration	Ressources organisationnelles/ Enseignement et formation continue	78.0	80	75	81.6	66.7	72	84.6
18. L'établissement s'assure que les utilisateurs de services et leur famille connaissent et ont recours aux services de soutien offerts aux pairs et aux familles.	Soutien	Accessibilité/ Services à la famille	77.9	88.9	87.5	77.3	70.6	73.9	84.6
19. Les gestionnaires sont fortement motivés et exercent un leadership incontestable dans la réorganisation de services orientés vers le rétablissement.	Traitement et services	Organisation des services	77.0	70	71.4	75	52.9	91.7	100
20. Un processus est en place pour informer les utilisateurs de services des options de traitements et des services disponibles et pour en discuter les avantages et les inconvénients avant l'élaboration de leur plan de traitement (PTI, PI, PSI).	Traitement et services	Processus de planification / outil de coordination	76.6	80	100	69.3	82.4	78.3	92.3

**Tableau 5 : Pratiques cliniques et de gestion associées à l'approche du rétablissement devant être mises en priorité par l'IUSMQ au cours de la prochaine année selon le comité directeur sur le rétablissement.**

Catégories	Pratiques cliniques et de gestion associées à l'approche du rétablissement	Thèmes	Catégories initiales	% général	% Util. Serv.	% Méd/ Pharm	% Soins Serv./ Clin.	% Serv. Adm./ Sout.	% Gestion.	% Parten.
Participation active des utilisateurs de services dans le traitement de sa maladie et dans la structure organisationnelle	1. Les membres du personnel de l'établissement aident les utilisateurs de services à réaliser leurs aspirations et leurs objectifs.	Traitement et services	Processus de planification / outil de coordination	84.5	80.0	57.1	84.2	77.8	91.7	100.0
	2. Les membres du personnel de l'établissement croient au potentiel de rétablissement des utilisateurs de services et en leur capacité de faire leurs propres choix de traitement et d'objectifs de vie.	Traitement et services	Processus de planification / outil de coordination	83.2	90.0	87.5	80.3	77.8	83.3	100.0
	3. Les relations entre les membres du personnel et les utilisateurs de services sont justes et équitables.	Traitement et services	Processus de planification / outil de coordination	81.9	80.0	50.0	88.2	77.8	70.8	92.3
	4. Un processus est en place pour informer les utilisateurs de services des options de traitements et des services disponibles et pour en discuter les avantages et les inconvénients avant l'élaboration de leur plan de traitement (PTI, PI, PSI).	Traitement et services	Processus de planification / outil de coordination	76.6	80.0	100.0	69.3	82.4	78.3	92.3
	5. Les personnes utilisatrices et les membres de la famille sont sollicités afin de donner leur point de vue à l'égard de la qualité des services.	Administration	Amélioration continue de la qualité/ évaluation des résultats	76.2	90.0	75.0	75.3	50.0	88.0	84.6
	6. Les membres du personnel de l'établissement aident activement les utilisateurs de services à développer des objectifs de carrière et de vie qui vont au-delà de la gestion des symptômes et de la stabilisation de la maladie.	Traitement et services	Processus de planification/ outil de coordination	71.1	80.0	62.5	72.4	72.2	62.5	76.9
	7. L'établissement reconnaît et souligne l'atteinte des objectifs des utilisateurs de services.	Traitement et services	Processus de planification/ implication des utilisateurs de services	65.8	80.0	42.9	60.5	88.2	65.2	69.2
	8. Les utilisateurs de services en rétablissement peuvent discuter de leurs intérêts et de leurs besoins sexuels et spirituels.	Traitement et services	Processus de planification/ implication des utilisateurs de services	65.1	80.0	50.0	64.9	50.0	69.6	76.9
	9. Les utilisateurs de services prennent plus d'initiatives.	Traitement et services	Processus de planification/ implication des utilisateurs de services	61.2	80.0	62.5	57.9	64.7	60.9	61.5

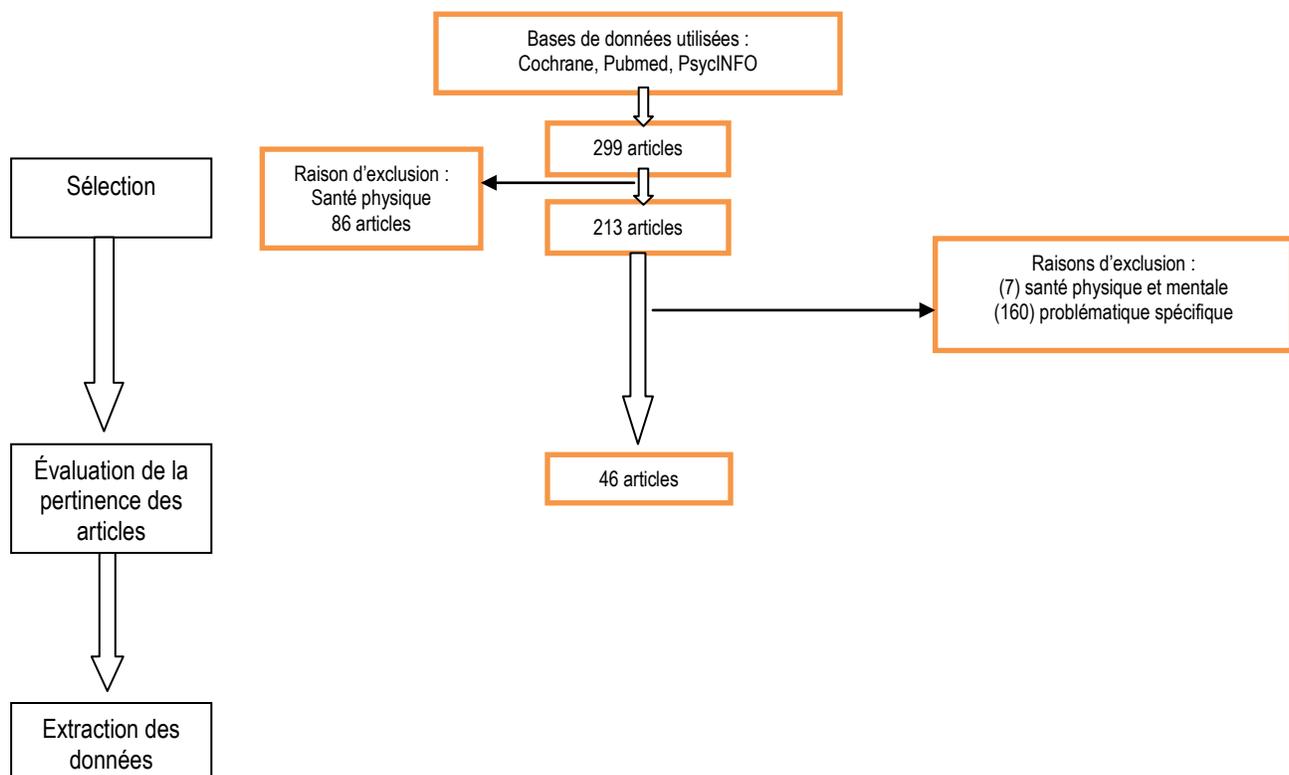
Catégories	Pratiques cliniques et de gestion associées à l'approche du rétablissement	Thèmes	Catégories initiales	% général	% Util. Serv.	% Méd/ Pharm	% Soins Serv./ Clin.	% Serv. Adm./ Sout.	% Gestion.	% Parten.
Mesures de contrôle	1. L'utilisation de l'isolement et de la contention des utilisateurs de services présentant une menace claire pour eux-mêmes ou pour autrui s'appuie sur les plans de traitement (PTI, PI, PSI) et les politiques de l'établissement.	Traitement et services	Traitement sous la contrainte ( <i>coercition</i> ) / Contention et isolement	88.1	62.5	87.5	87.8	83.3	100.0	92.3
	2. Une révision post incident (debriefing) est réalisée après tous les incidents exigeant un isolement ou une contention.	Traitement et services	Traitement sous la contrainte ( <i>coercition</i> ) / Contention et isolement	84.2	75.0	75.0	81.8	82.4	95.7	92.3
	3. L'établissement évalue le pourcentage d'heures d'isolement des utilisateurs de services.	Traitement et services	Traitement sous la contrainte ( <i>coercition</i> ) / Contention et isolement	81.4	75.0	87.5	77.3	72.2	95.7	92.3
Optimisation des pairs aidants	1. Le nombre d'emplois occupés par des pairs aidants certifiés sera accru (en nombre et en équivalent temps complet).	Soutien	Soutien des pairs	49.7	80.0	62.5	50.7	41.2	34.8	50.0
Gestion des risques	1. L'établissement propose des plans de crise prévoyant une gradation des interventions et permettant de désamorcer les crises.	Traitement et services	Traitement sous la contrainte ( <i>coercition</i> ) / Contention et isolement	86.4	77.8	100.0	84.2	83.3	95.7	84.6
	2. Tout le personnel susceptible d'être confronté à des incidents imprévisibles est formé quant à l'utilisation de techniques de pacification et d'alternatives à l'isolement/contention.	Traitement et services	Traitement sous la contrainte ( <i>coercition</i> ) / Contention et isolement	83.0	77.8	75.0	84.2	83.3	78.3	92.3
Communauté	1. L'établissement offre des services et du soutien individualisés orientés vers la communauté.	Traitement et services	Organisation des services	82.1	70.0	75.0	85.7	84.2	66.7	100
	2. Les membres du personnel de l'établissement aident les gens à établir des liens avec la communauté.	Soutien	Maintien dans la communauté	80.8	80.0	75.0	81.3	82.4	73.9	92.3
	3. L'établissement s'assure que les utilisateurs de services et leur famille connaissent et ont recours aux services de soutien offerts aux pairs et aux familles.	Soutien	Accessibilité/ Services à la famille	77.9	88.9	87.5	77.3	70.6	73.9	84.6
	4. Une gamme de services continus est accessible aux grands utilisateurs de services.	Soutien	Maintien dans la communauté	67.8	80.0	75.0	69.3	64.7	60.9	61.5
Dépistage des troubles concomitants	1. La présence de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie est détectée par des procédures de dépistage reconnues.	Traitement et services	Intégration-dépendances et santé mentale	81.6	70.0	100.0	85.3	76.5	79.2	69.2
	2. Des services d'abus de substances et de santé mentale sont disponibles dans la communauté pour les utilisateurs de services.	Traitement et services	Intégration-dépendances et santé mentale	68.2	80.0	87.5	77.3	50.0	54.2	46.2

## 4.2. Définition du rétablissement

### 4.2.1 Recherche documentaire

Parmi les 299 articles retrouvés dans les bases de données (**Tableau 6**), 46 répondaient aux critères de sélection initiaux et ont été retenus pour une lecture plus approfondie. Toutefois, il a été convenu avec les membres du comité d'experts de ne pas aller plus avant dans cette partie de la recherche documentaire afin de répondre plus rapidement aux objectifs du processus en cours. Ainsi, il a été décidé de déterminer une définition spécifiquement pour le processus d'établissement de priorités quant aux indicateurs de rétablissement à partir d'une recherche documentaire limitée aux publications d'auteurs reconnus en matière de rétablissement.

**Tableau 6 : Diagramme de sélection des articles dans les bases de données**



Un total de sept articles publiés par les auteurs proposés par le comité d'experts et contenant des définitions quant au rétablissement, a été retrouvé. À ces derniers, onze articles de la littérature grise ont été ajoutés. Ainsi, dix-huit définitions ou éléments de définition extraits des articles retenus ont été proposés aux membres du comité d'experts ad hoc le 17 octobre 2011 dans le but d'effectuer un choix (**Tableau 7**).

Tableau 7 : Définitions du rétablissement selon les auteurs suggérés par le comité d'experts

Auteurs	Article	Définition	Composantes du rétablissement selon l'auteur
1. Provencher, Hélène (2002)	L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques. Santé Mentale Québec	Le rétablissement est défini comme la transcendance des symptômes, des limites fonctionnelles et des handicaps sociaux rattachés au trouble mental. Cette transcendance se manifeste par des transformations d'ordre multidimensionnel et implique l'activation de processus personnel, interpersonnel et sociopolitique permettant le renouvellement d'un sens à l'existence, la performance des rôles sociaux significatifs et l'amélioration du bien-être et de la qualité de vie.	<p><b>1. Re-définition et expansion du soi :</b> Correspond à un soi évoluant vers une plus grande reconnaissance de ses forces et faiblesses et une plus grande complexité.</p> <p><i>Processus de deuil associé à la présence d'un trouble mental</i> Caractérisé par l'acceptation et l'espoir l'utilisation de stratégies adaptatives, le pouvoir d'agir et la défense de ses droits (self-advocacy). La personne attache une plus grande importance à « qui elle veut être » plutôt qu'à « celle qu'elle n'est plus ». Elle réévalue positivement les écarts entre son fonctionnement actuel et antérieur, est motivée et capable de miser sur ses forces actuelles et s'engage activement dans la construction du nouveau soi.</p> <p><i>Processus de découverte d'un nouveau soi</i> Découverte des facettes intactes du soi, de facettes auparavant inconnues et inexploitées. Acceptation graduelle du trouble mental. Définition de la personne en dehors du trouble mental. Emmagasiner et mise en action des ressources personnelles. Utilisation du soi en tant qu'agent de soutien.</p> <p><i>Complexité du soi</i> Réfère aux multiples représentations cognitives du soi. Varie d'une personne à l'autre.</p> <p><b>2. Relation à l'espace temporel</b> <i>Espoir</i> : 5 dimensions : une relation de réciprocité, un sentiment de compétences personnelles, un état de bien-être émotionnel, des objectifs significatifs de vie, un sens « du possible ». <i>Spiritualité</i> : La personne en voie de rétablissement fait appel à ses croyances spirituelles pour interpréter positivement des événements difficiles de vie, donner un sens à son existence et surmonter des moments pénibles.</p> <p><b>3. Pouvoir d'agir</b> <i>Niveau psychologique</i> Composante intrapersonnelle (perception de contrôle qu'a l'individu sur son environnement) Composante interactionnelle (compréhension éclairée des facteurs socio-politiques influençant l'atteinte de ses objectifs) Composante comportementale (attitude proactive dans l'exercice de ses choix) <i>Niveau organisationnel</i> (se rapporte aux valeurs, structures et règles de fonctionnement de ressources qui favorisent l'appropriation du pouvoir) <i>Niveau communautaire</i> (actions collectives visant à améliorer la qualité de vie des communautés)</p> <p><b>4. Relation aux autres</b> <i>Relations avec les membres de la famille</i> <i>Relations avec les pairs</i> : groupes d'entraide <i>Relations avec les intervenants</i> : respect du caractère unique de chaque démarche de rétablissement, rapport non hiérarchisé où l'intervenant devient consultant ou agent facilitateur. <i>Relations avec les services de santé et de soutien</i> : intégration des services, interventions dans le milieu de vie de la personne, participation obligatoire des personnes dans l'évaluation ponctuelle et continue des services.</p>
2. Jacobson, Nora (2001)	What Is Recovery? A Conceptual Model and Explication	The word recovery refers both to internal conditions-the attitudes, experiences, and processes of change of individuals who are recovering-and external conditions-	<p>Hope : espoir en ses capacités de rétablissement Healing : reconnaître la partie de soi malade et contrôler les symptômes de la maladie Empowerment : reprise du pouvoir sur sa vie (autonomie, responsabilité, courage d'oser sortir</p>

Auteurs	Article	Définition	Composantes du rétablissement selon l'auteur
		the circumstances, events, policies, and practices that may facilitate recovery. Together, internal and external conditions produce the process called recovery. These conditions have a reciprocal effect, and the process of recovery, once realized can itself become a factor that further transforms both internal and external conditions.	de la routine rassurante) Connection : Réinsertion dans la communauté. Relation rétablie avec la communauté
3. Jacobson, Nora (2001)	What Is Recovery? A Conceptual Model and Explication	Recovery refers to both internal conditions experienced by persons who describe themselves as being in recovery—hope, healing, empowerment, and connection—and external conditions that facilitate recovery—implementation of the principle of human rights, a positive culture of healing and recovery oriented.	
4. Deegan, PE (1997)	Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities	Recovery is a process, not an end point or a destination. Recovery is an attitude, a way of approaching the day and the challenges I face. Being in recovery means that I know that I have certain limitations and things I can't do. Everyone's journey of recovery is unique.	Le rétablissement est un processus, pas un point final ou une destination. Le rétablissement est une attitude, une façon d'approcher chaque jour et les défis auxquels j'ai à faire face. Être en rétablissement veut dire que je sais que j'ai de certaines limitations et des choses que je ne peux pas faire. Le voyage de chaque personne dans le rétablissement est unique.
5. Anthony, William (1993) dans Jacobson, santé mentale au Québec (2007)	Dans : Politiques et pratiques en santé mentale. Comment intégrer le concept du rétablissement	Processus profondément personnel et unique de changement de ses propres attitudes, valeurs, sentiments, objectifs, habiletés, et rôles. Façon de vivre une vie satisfaisante, pleine d'espoir d'y contribuer même avec les limites causées par la maladie. Développement d'un nouveau sens et d'une nouvelle raison d'être à sa vie à mesure qu'un individu dépasse les effets catastrophiques de la maladie mentale	
6. Anthony, William (1993)	Recovery from mental illness : The guideline vision of mental health service system in the 1990', Psychosocial rehabilitation journal, 16, 11-23 Dans Vers le rétablissement et le bien-être. Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale	Façon de mener une vie satisfaisante, prometteuse et productive, malgré les limites imposées par la maladie.	
7. Vigneault – Quintal (2008)	En voie de publication	<i>Le Rétablissement prend d'abord racine dans la souffrance incommensurable d'un univers devenu chaotique puis germe à partir des rêves et des désirs qui surgissent. Il se développe souvent sans bruit à partir des actions posées quotidiennement avec détermination et combativité soutenu par les compagnons rencontrés sur la route. Il atteint sa maturité avec la paix qui s'installe graduellement à l'intérieur de la personne qui ose alors, malgré ses peurs, être à nouveau elle – même, c'est à dire une personne – merveilleusement ordinaire.</i>	
Articles provenant de la littérature grise			

Auteurs	Article	Définition	Composantes du rétablissement selon l'auteur
1. Scottish Recovery Network (2009)		"Recovery is being able to live a meaningful and satisfying life, as defined by each person, in the presence or absence of symptoms. It is about having control over and input into your own life. Each individual's recovery, like his or her experience of the mental health problems or illness, is a unique and deeply personal process."	
2. Noiseux (2010)	The processus of recovery of people with mental illness : the perspectives of patients, family, members and care providers : part 1	The recovery process depends on constructing meaning around mental illness experiences and is based on each individual's dynamic context (e.g. social network, relationship), life experiences and other social determinants (e.g., symptoms, environment).	
3. Ruth O. Ralph PhD, Edmund S. Munskie School of Public Service, University of Southern Maine (2000)	A Synthesis of a Sample of Recovery Literature	Processus menant à l'apprentissage de moyens pour faire face aux défis de tous les jours, pour surmonter nos incapacités, pour apprendre des habiletés, pour vivre indépendamment et pour contribuer à la société.	Facteurs internes: lies à l'intérieur des utilisateurs, conscience des effets négatifs entraînés par la maladie, reconnaissance du besoin de changer, aperçu de comment le changement peut débiter et la détermination de se rétablir. Soins auto-gérés : comment l'utilisateur gère sa propre santé mentale et comment il s'adapte aux difficultés et aux barrières se dressant devant lui. Facteurs externes : interrelation avec les autres; le soutien fourni par la famille, les amis et les professionnels; la présence de personnes convaincues qu'elle peut s'adapter à la maladie mentale et se rétablir. Responsabilisation : Combinaison de facteurs internes et externes- où la force interne est combinée à l'interrelation afin de s'aider, de plaider en sa faveur et de réaliser l'importance de ce qui arrive à nous-même et aux autres
4. Harding et coll. (1994).	Empirical correction of seven myths about schizophrenia with implication for treatment. Acta Psychiatr Scand, 90, (suppl 384), 140-146.	Le critère universel pour le rétablissement est défini par l'absence de signes et de symptômes de toute maladie mentale, par l'absence de médication, par le fait de travailler, par de bonnes relations avec la famille et les amis, par une bonne intégration dans la communauté et par un comportement ne permettant pas de détecter que la personne ait déjà été hospitalisée par un problème psychiatrique.	
5. SAMHSA, Consensus Statement on Mental Health Recovery (2006)	Voices of transformation : Developing Recovery-Based Statewide Consumer/Survivor Organisations (Traduit par Charles Rice : Le rétablissement tel que défini par le mouvement des utilisateurs de services américains	Le rétablissement en santé mentale est un parcours de rémission et de transformation habilitant la personne ayant un problème de santé mentale à vivre une vie épanouie dans une communauté qu'il, ou qu'elle, a choisi tout en s'efforçant d'actualiser son plein potentiel.	
6. O'Hagan (2001)	Recovery Competencies for New Zealand Mental Health Workers	La capacité de bien vivre en présence ou en l'absence de sa maladie mentale (ou peu importe le nom choisi par la personne pour décrire son expérience)	
7. Commission de la santé mentale du Canada (2009)	Vers le rétablissement et le bien-être. Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale	Le rétablissement comprend donc un processus de croissance et de transformation selon lequel la personne surmonte la grande détresse souvent associée aux troubles mentaux et à la maladie mentale et acquiert de nouvelles	Trouver et préserver l'espoir : croire en soi, avoir le sentiment de pouvoir accomplir des choses, être optimiste quant à l'avenir. Retrouver une identité positive : trouver une nouvelle identité tenant compte de la maladie, tout en conservant un sentiment fondamental positif quant à soi-même. Se bâtir une vie significative : comprendre et accepter la maladie, trouver un sens à sa vie malgré la maladie, prendre sa vie en main et s'impliquer dans la communauté.

Auteurs	Article	Définition	Composantes du rétablissement selon l'auteur
		<p>forces et de nouvelles façons d'être. Il s'agit d'un long parcours dans lequel les gens découvrent ou redécouvrent leurs forces et travaillent à l'atteinte de la meilleure qualité de vie possible. Ce processus s'appuie sur les forces individuelles, familiales, culturelles et communautaires et témoigne des antécédents et des traditions propres à chaque personne.</p>	Être responsable et avoir le contrôle : se sentir en contrôle de sa vie et de sa maladie
8. Kirk (2002) Adopté par le MSSS en 2010		Processus qui permet à l'individu malade de développer ou de restaurer une identité positive et riche de sens malgré la condition qui l'afflige, puis de reconstruire sa vie en dépit ou dans les limites imposées par son état	
9. Spaniol (1994) dans Davidson, (2005)	Recovery from severe mental illness : Research evidence and implication for practice. Center for psychiatric Rehabilitation, Boston, Vol 1, 484p.	Le rétablissement est un processus par lequel la personne reconstruit et développe des nouvelles interdépendances personnelle, sociale, environnementale et spirituelle dans leurs vies. C'est un processus d'ajustements de leur propre attitude, sentiments, perceptions et buts dans la vie, et, un processus d'auto découverte, d'auto renouveau et de transformation.	
10. Gouvernement du Québec	Plan d'action en santé mentale 2005-2010	La perspective du rétablissement est souvent décrite comme la croyance dans les capacités des personnes de prendre le contrôle de leur vie et de leur maladie (plutôt que de laisser la maladie contrôler leur vie)	
11. Rapp, 2004	Le suivi communautaire : approche axée sur les forces. Le suivi communautaire en santé mentale. Psychologie. Presses de l'université d'Ottawa, pp. 31-65	L'approche du rétablissement vise l'auto prise en charge (empowerment) de la personne ayant un trouble de SM, pour laquelle son autonomie se manifeste par le recouvrement de son interdépendance entre celle-ci et son environnement.	

#### 4.2.2 Définition retenue

La consultation du comité ad hoc a permis de retenir une définition provisoire soit celle proposée par William Anthony (1993) :

**« Processus profondément personnel et unique de changement de ses propres attitudes, valeurs, sentiments, objectifs, habiletés et rôles. Façon de vivre une vie satisfaisante, pleine d'espoir d'y contribuer même avec les limites causées par la maladie. Développement d'un nouveau sens et d'une nouvelle raison d'être à sa vie à mesure qu'un individu dépasse les effets catastrophiques de la maladie mentale».**

De plus, les membres du comité ont choisi de compléter cette dernière par un élément proposé par la Commission de la santé mentale du Canada (2009) soit :

**« Ce processus s'appuie sur les forces individuelles, familiales, culturelles et communautaires et témoigne des antécédents et des traditions propres à chaque personne».**

Enfin, il a été convenu que cette définition soit retenue pour le présent exercice et n'engageait nullement l'établissement à l'adopter de manière définitive.

## 5. DISCUSSION

---

L'implantation de l'approche du rétablissement au sein d'une organisation nécessite la considération d'un ensemble de composantes et la mesure de ces dernières afin de s'assurer que ce qui est implanté soit bien ce qui est souhaité. C'est dans ce contexte que le comité directeur sur le rétablissement a mandaté l'UETMIS de l'IUSMQ afin de favoriser la prise de décision en ce qui a trait au choix des pratiques cliniques et de gestion devant être mises en priorité pour l'implantation du rétablissement à l'IUSMQ au cours de la prochaine année. Le processus d'évaluation entrepris par l'UETMIS, en collaboration avec le comité directeur sur le rétablissement, a permis d'identifier les pratiques cliniques et de gestion associées à l'approche du rétablissement retrouvées dans la littérature de même que d'élaborer une définition du rétablissement. Enfin, c'est à partir de ces deux éléments que la consultation générale, suivie de celle des membres du comité directeur, a permis de mettre en priorité les pratiques cliniques et de gestion considérées prioritaires au processus d'implantation en cours à l'IUSMQ.

### 5.1. Pratiques cliniques et de gestion associées à l'approche du rétablissement retrouvées dans la littérature : une mise en priorité nécessaire

La recherche documentaire, selon les critères de recherche retenus, a permis de répertorier 189 pratiques cliniques et de gestion qui s'avèrent d'une importance certaine en ce qui a trait à l'implantation de l'approche du rétablissement dans une organisation. Au cours du processus d'évaluation entrepris par l'UETMIS, ce nombre considérable de pratiques a été colligé et classé dans une échelle appelée « *Échelle de mise en priorité des indicateurs d'implantation de l'approche du rétablissement* ». Cette dernière contient des indications essentielles en ce qui a trait à la mesure de l'évolution de l'implantation du rétablissement au sein d'une organisation. Ainsi, les instigateurs de l'implantation de l'approche au cœur de l'IUSMQ pourront y référer afin d'appuyer leurs efforts en s'assurant d'implanter des pratiques conformes à l'approche du rétablissement de même que de l'avancement des travaux. De plus, les responsables d'autres organisations souhaitant faire de même pourront également y référer. Cependant, le nombre considérable de pratiques requerra une mise en priorité tenant compte des particularités des milieux concernés afin de rendre le processus d'implantation du rétablissement réaliste et accessible. De plus, l'implication des partenaires, professionnels et utilisateurs de services s'avère essentielle afin de favoriser leur collaboration au processus de même que de s'assurer de la pertinence des étapes d'implantation au regard des particularités de l'organisation.

### 5.2. Définition du rétablissement: élaboration d'une définition temporaire pour l'IUSMQ

La consultation d'articles d'auteurs reconnus en matière de rétablissement a permis de répertorier un nombre important de définitions elles-mêmes constituées de différentes composantes. Ces dernières se sont avérées utiles pour l'élaboration d'une définition temporaire du rétablissement par les experts mandatés par le comité directeur. La définition ainsi obtenue a facilité le processus de mise en priorité des pratiques cliniques et de gestion associées à l'approche du rétablissement en clarifiant le concept auprès des personnes consultées. De plus, elle a contribué à accroître la compréhension de l'approche du rétablissement. Enfin, elle constitue une première étape vers l'adoption par l'IUSMQ d'une définition consensuelle d'un concept déterminant en ce qui a trait à la réorganisation des services aux personnes soit: le rétablissement.

### 5.3. Pratiques cliniques et de gestion associées à l'approche du rétablissement : priorités d'implantation par l'IUSMQ pour la prochaine année

Le processus d'évaluation de l'UETMIS de l'IUSMQ a permis au comité directeur sur le rétablissement de mettre en priorité les pratiques cliniques et de gestion associées à l'approche du rétablissement considérées importantes à cette étape du processus d'implantation. Cette mise en priorité, résultant d'un processus de consultation rigoureux duquel 21 pratiques issues de l'*Échelle de mise en priorité des*

*pratiques cliniques et de gestion associées à l'approche du rétablissement* ont émergé, devrait contribuer à rendre plus réaliste leur mise en place dans le contexte organisationnel actuel. En outre, l'exercice de consultation aura permis à un bon nombre de professionnels, gestionnaires, partenaires et utilisateurs de services de s'impliquer dans le processus de mise en priorité ce qui peut s'avérer déterminant quant à leur implication dans la réalisation des étapes suivantes. La mise en place de ces pratiques constitue un pas vers l'optimisation des services offerts aux utilisateurs de services de l'IUSMQ.

Enfin, les pratiques cliniques et de gestion n'ayant pas été retenues pour la prochaine année parmi les 189 pratiques répertoriées, ne seront pas oubliées. Ainsi, ces dernières représentent des objectifs futurs en ce qui a trait à la poursuite de l'implantation du rétablissement au sein de l'IUSMQ.

### **5.5. Ce qu'il reste à faire :**

Dans les prochains mois, les pratiques cliniques et de gestion priorisées seront soumises à un comité ad hoc afin d'établir un plan d'action permettant leur mise en application à l'IUSMQ. De plus, pour chacune de ces pratiques, des stratégies de déploiement seront établies et des indicateurs de mesure retenus.

## CONCLUSION

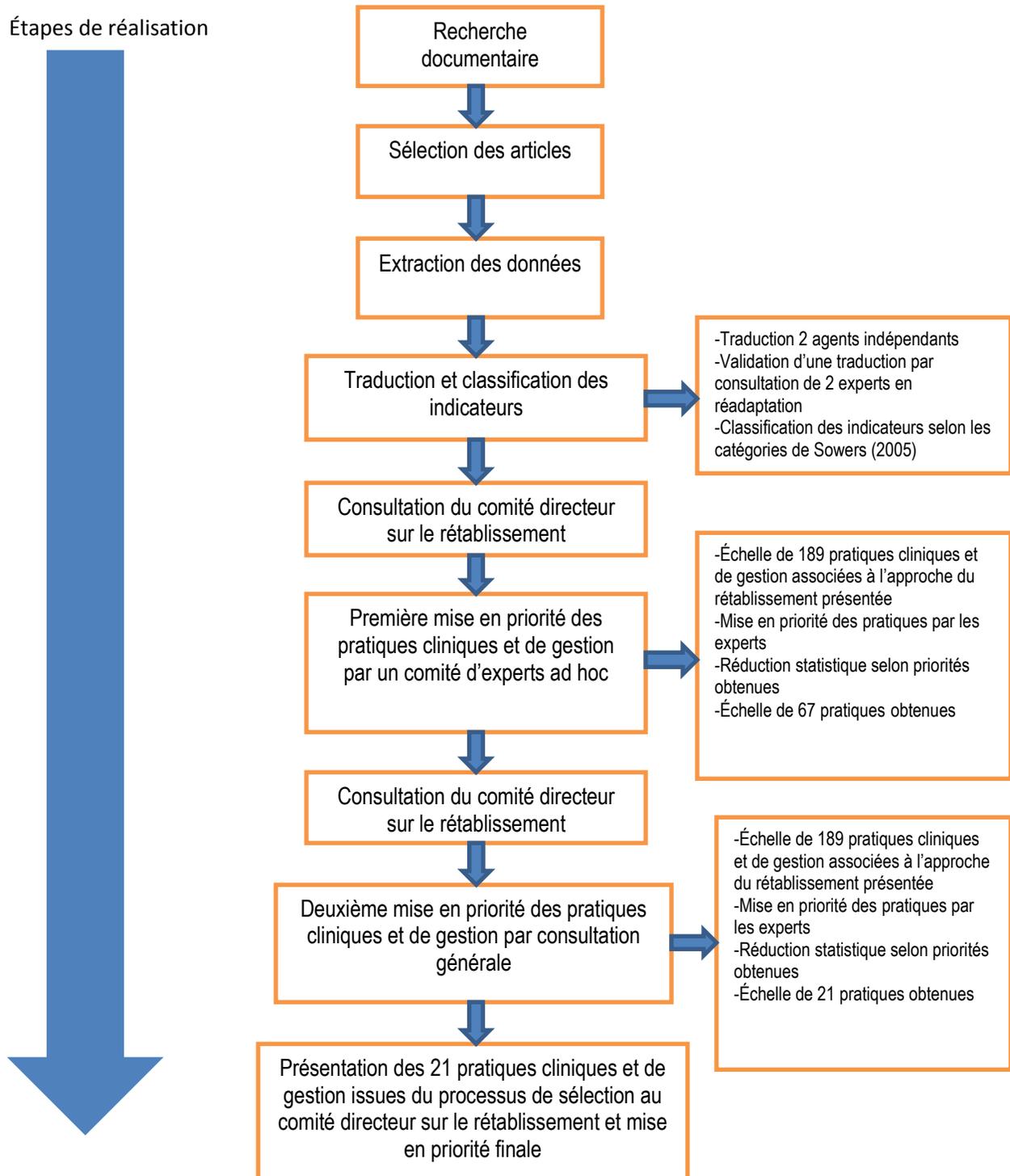
---

L'identification et la mise en priorité des pratiques cliniques et de gestion associées à l'approche du rétablissement a été réalisée non seulement à partir d'une recherche rigoureuse dans la littérature, mais aussi d'un exercice de consultation générale auprès des catégories de personnes intéressées par le processus. Ainsi, 21 pratiques cliniques ont été priorisées pour la prochaine année afin de favoriser l'implantation de l'approche du rétablissement au sein de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec. Loin de terminer le travail, cette démarche s'inscrit dans un processus au cours duquel, l'ensemble des professionnels, collaborateurs, partenaires et utilisateurs de services pourront contribuer à intégrer le rétablissement au cœur des services de l'IUSMQ.

## ANNEXE 1-PROCESSUS DE MISE EN PRIORITÉ DES PRATIQUES CLINIQUES ET DE GESTION

Processus de mise en priorité des pratiques cliniques et de gestion

Étapes de réalisation



## ANNEXE 2-FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

---



### - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT -

#### Institut universitaire en santé mentale de Québec

---

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, accepte de participer librement à la mise en priorité de pratiques cliniques et de gestion associées à l'approche du rétablissement.

#### Je comprends que :

1. Le but de cet exercice consiste à identifier, parmi une liste de pratiques cliniques et de gestion associées à l'approche du rétablissement qui me sont soumises, celles que j'estime être prioritaires pour l'Institut universitaire en santé mentale de Québec.
2. Ma participation implique que je donne mon opinion sur 67 énoncés. Répondre à ce questionnaire prend environ 30 minutes.
3. Je demeure parfaitement libre de participer à cette évaluation et je peux en tout temps, sans avoir à fournir de raison, mettre fin à ma participation **sans aucun préjudice**.
4. Tous les renseignements présents sur le questionnaire sont traités de manière **confidentielle**. Les données des questionnaires sont compilées pour obtenir des résultats de groupe et il demeurera toujours impossible pour quiconque d'identifier les réponses que j'aurais pu donner. Les questionnaires complétés sont conservés dans un classeur verrouillé et seront détruits lorsque le traitement des données sera terminé.

\_\_\_\_\_  
Signature du participant

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du responsable (témoin)

\_\_\_\_\_  
Date

**Personne à contacter en cas de besoin** : Monsieur Alain Rioux, directeur adjoint à la qualité et à la performance (poste 6114)

## ANNEXE 3-INDICATEURS ORGANISATIONNELS DE RÉTABLISSEMENT

---

### Indicateurs organisationnels de rétablissement (189) Synthèse des thèmes et catégories

#### THÈME : TRAITEMENT ET SERVICES

1. Organisation des services : *Les services offerts par l'établissement sont orientés vers le rétablissement et tiennent compte de l'autonomie de l'utilisateur de services et l'impliquent dans la prise de décision concernant l'allocation des ressources et le développement des services. Les modalités de début et de fin des services sont claires et discutés avec la personne dès son entrée.*
2. Offre de service : *L'établissement offre une variété de modalités de traitement (individuel, groupe, soutien des pairs, approche globale, traitements substitutifs, soins médicaux) qui reposent sur les principes du rétablissement reconnus. Les services offerts devraient inclure des options flexibles et adaptées aux particularités de l'individu quant au traitement, à la rééducation et aux compétences. La prévention, le maintien de la santé et les principes d'autogestion de la maladie devrait être la philosophie directrice pour tous les services cliniques offerts. Des liens sont mis en place avec la communauté.*
3. Politique : *Les politiques de l'établissement sont orientées vers le rétablissement et tiennent compte de l'intégration des utilisateurs de services, des familles, du soutien des pairs, de l'enseignement à la gestion de la maladie et de la gestion de crises. Elles encouragent les programmes à être orientées vers le rétablissement.*
4. Compétences culturelles : *Les traitements et services offerts reconnaissent et respectent les croyances et coutumes des individus dans ses efforts de rétablissement. Des représentants des communautés culturelles présentes dans la population sont intégrés au sein des équipes de traitement et les intervenants possèdent des compétences pour intervenir avec ces populations.*
5. Processus de planification/outil de coordination : *Un mécanisme de collaboration continu est instauré dans la planification et l'élaboration de tous types de plans de traitement entre les utilisateurs de services et l'organisation. Les membres du personnels favorisent la participation de l'utilisateur de service, respectent ses choix et les aident à réaliser leurs objectifs.*
6. Processus de planification/implication des utilisateurs de services : *Des efforts pour favoriser l'implication des utilisateurs de services sont faits même lors des moments où ces derniers sont plus atteints par la maladie tant en ce qui a trait au traitement, aux services, etc. L'occasion de faire des choix devraient être fournies à la personne toutes les fois que possible.*
7. Intégration/dépendances et santé mentale : *L'établissement offrent des services intégrés pour les troubles concomitants (toxicomanie et santé mentale) qui respectent les principes de rétablissement. Des procédures efficaces de références coordonnées vers les organismes partenaires pour le traitement sont établies.*
8. Traitement sous la contrainte (coercition)/Contention et isolement : *Des efforts sont faits et mesurés afin de minimiser voir éliminer l'utilisation de la contrainte (dont l'isolement/contention/environnement restreint) dans le traitement et ce, autant que possible. Lorsque ces mesures sont utilisées, elles le sont dans le respect, la rigueur et la compassion et pour des périodes les plus courtes possibles.*

**THÈME : ADMINISTRATION**

1. Mission et vision/plan stratégique : *La mission de l'établissement est clairement articulée afin que les services de l'établissement et les efforts de la direction soient orientés vers le rétablissement. Elle incorpore l'environnement social global de la personne utilisatrice de services et ces dernières ont notamment un rôle de leadership au sein du conseil d'administration et sont significativement représentées au sein des équipes de traitement et du personnel de l'organisation. La mission devrait inclure dans sa vision que les individus atteints de maladie mentale peuvent réorienter leur vie vers un processus de rétablissement.*
2. Ressources organisationnelles : *Les structures organisationnelles responsables de services orientés vers le rétablissement devraient être supportées par les gestionnaires de l'organisation afin de créer un environnement politique favorable au développement de ses services. Cela devrait notamment se traduire, au moins en partie, par un financement adéquat afin de rencontrer les besoins d'une telle organisation de services. Un soutien financier adéquat devrait également être prévu afin d'assurer la participation du client dans l'aménagement de services orientés vers le rétablissement (i.e. en fournissant une compensation appropriée pour la contribution experte de la personne) et pour créer des opportunités d'engagement des utilisateurs de services.*
3. Enseignement et formation continue : *Une compréhension commune et exacte des principes du rétablissement de même que des aspirations et objectifs du client par les professionnels qui dispensent les services est essentielle à l'implantation des services orientés vers le rétablissement. Les processus d'enseignement et de formation continue sont développés en collaboration avec les utilisateurs de services et les formateurs dans un cadre non clinique.*
4. Amélioration continue de la qualité : *Ceux plus intimement impliqués dans les activités et services de l'organisation sont mieux placés pour identifier les opportunités d'amélioration et de développement de même que pour évaluer. C'est pourquoi, des processus sont mis en place afin d'assurer un partenariat égal et à tous les niveaux entre les utilisateurs de services et les professionnels dans l'amélioration continue des services. Les utilisateurs de services sont des partenaires au même niveau que les autres devraient être supportés avec compensation adéquate pour les services qu'ils fournissent au même titre que les participants professionnels.*
5. Évaluation des résultats : *Les services de santé deviennent plus imputables quant aux résultats obtenus. Les services orientés vers le rétablissement doivent donc développer des indicateurs témoignant non seulement de l'atteinte concrète des objectifs du rétablissement mais aussi des variables reliées au progrès des utilisateurs de services dans leur rétablissement et leur croissance personnelle. Les aspects de l'expérience doivent se traduire en des termes mesurables et quantifiables afin notamment de fournir une indication claire et juste de la qualité de vie des personnes dans l'offre de services.*

**THÈME : SOUTIEN**

1. Défense des droits et soutien des pairs : *L'établissement favorise la participation active des utilisateurs de services aux organismes de défense des droits et intérêts de la personne. Des liens sont établis entre l'établissement, les utilisateurs de services et les organismes locaux de défense des droits et intérêts. Un réseautage entre les utilisateurs de services avec d'autres personnes dans la même situation pouvant servir de modèle ou de mentor.*
2. Accessibilité : *L'établissement favorise le développement de ressources disponibles afin d'améliorer l'accès aux services pour les utilisateurs de services. Des procédures sont en place afin de faciliter les références vers d'autres programmes et services dont des services auxquels l'établissement ne peut notamment répondre.*
3. Services à la famille : *Des efforts sont faits quant à l'implication des familles et des activités de psychoéducation familiale sont offertes afin d'aider la personne utilisatrice de service dans son rétablissement. En élargissant la compréhension de membres de famille du processus de rétablissement et de leur rôle dans stimulation de*

*l'autonomie de la personne utilisatrice de services, ils peuvent être davantage engagés dans le développement des compétences de la personne et soutenir activement ses efforts de rétablissement.*

4. Travail et éducation : *Une gamme substantielle d'opportunités d'emploi et de formation devraient être disponible aux utilisateurs de services qui souhaitent élargir leur expérience et leur indépendance. L'établissement soutient les aspirations des utilisateurs de services et les guidera vers les processus favorisant l'accomplissement de leurs aspirations professionnelles plutôt que renvoyer de telles aspirations comme irréaliste.*
5. Logement : *Une gamme complète de type de logement répondant aux besoins immédiats et favorisant l'indépendance, le choix et la progression est disponible et offerte aux utilisateurs de services. Des objectifs concernant l'intégration d'une habitation permanente pour les personnes utilisatrice de services sans domicile fixe sont élaborés.*
6. Maintien dans la communauté : *Les services offerts favorisent le maintien dans la communauté notamment par un soutien adapté aux personnes, la connaissance des services offerts dans la communauté, le développement de liens avec la communauté, etc.*

## ANNEXE 4-ÉCHELLE DE MISE EN PRIORITÉ DES INDICATEURS D'IMPLANTATION

---

### Échelle de mise en priorité des indicateurs d'implantation de l'approche du rétablissement

---

#### INSTRUCTIONS :

La série d'items que nous vous présentons dans ce questionnaire est extraite d'articles répertoriés dans le cadre de notre relevé de littérature sur les « indicateurs d'implantation de l'approche du rétablissement ». Ils proviennent d'articles rédigés par les auteurs suivants : Anthony, Dumont, Kaufman, Nelson, O'Connel, Provencher et Sowers.

Comme nous avons choisi de modifier le moins possible les indicateurs proposés par ces auteurs, les formulations peuvent varier. Parfois, l'item présente un indicateur bien précis et à d'autres occasions l'indicateur est plus flou et moins opérationnel même s'il peut être tout aussi important. Cet exercice sert à identifier les indicateurs que nous jugeons prioritaires. Si un indicateur est retenu, nous pourrions rendre sa définition plus opérationnelle. Ainsi, le degré de précision d'un indicateur ne devrait pas influencer votre évaluation de ce dernier.

En plus d'identifier le niveau de priorité des indicateurs, nous aimerions vous poser une seconde question portant sur le niveau d'implantation actuelle de cet indicateur. Cette mesure bien que subjective pourra nous aider à suivre la progression de nos travaux et à choisir les indicateurs que nous allons prioriser.

*- Pour chacun des items des pages suivantes, il y a deux questions à répondre.*

#### QUESTION NO.1 – NIVEAU DE PRIORITÉ

Sur une échelle de 1 à 5, dans laquelle 5 représente le niveau de priorité maximale, quel est le niveau de priorité de cet item dans notre démarche l'implantation de l'approche du rétablissement à l'institut?

1. Implantation facultative
2. Implantation à long terme (d'ici 5 ans)
3. Implantation à moyen terme (2 prochaines années)
4. Implantation rapide (prochaine année)
5. Implantation prioritaire (immédiate)

#### QUESTIONS NO.2 – NIVEAU D'IMPLANTATION

Sur une échelle de 1 à 5, selon laquelle 5 signifie que l'item est déjà complètement implanté, quel est le niveau actuel d'implantation de cet item à l'Institut d'après vous?

1. Implantation non débutée
2. Implantation débutée mais incomplète (moins de 50%)
3. Implantation complétée partiellement (plus de 50%)
4. Implantation complétée mais nécessitant de rappel
5. Implantation complétée et stable

*- À chacune des questions, encerclez le chiffre correspondant à votre réponse.*

NOM ET PRÉNOM : \_\_\_\_\_ TITRE D'EMPLOI ET FONCTION : \_\_\_\_\_

		1. Niveau de priorité					2. Niveau d'implantation					
		Min.	→	Max.		Min.	→	Max.		Min.	→	Max.
<b>THÈME : TRAITEMENT ET SERVICES</b>												
<b>1. Organisation des services</b>												
1.	Les utilisateurs de service, les familles et les proches participent aux décisions concernant l'allocation des ressources et le développement des services.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
2.	Les principes du rétablissement et les pratiques sont adaptés aux particularités de chaque population recevant des services de l'établissement (ex. les jeunes, les personnes âgées, diversités culturelles et linguistiques, etc.).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
3.	Les critères de sortie ou de fin des services sont clairement définis et discutés avec les utilisateurs des services lors de leur entrée dans l'établissement.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
4.	Les services offerts favorisent le développement des intérêts des utilisateurs de services en ce qui concerne les loisirs et les passe-temps.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
5.	L'établissement offre des services et du soutien individualisés orientés vers la communauté.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
6.	Dans l'établissement, les utilisateurs de services qui vont mieux reçoivent autant d'attention que ceux éprouvant des difficultés.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
7.	Pour chacun des services offerts, des protocoles d'intervention assurent un minimum de repères de même qu'un dispositif d'information apte à recueillir des données utiles et servant à mesurer l'impact des services sur les utilisateurs de services.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
8.	La transformation des services orientés vers le rétablissement nécessite la révision de l'ensemble des modes de gestion.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
9.	Les gestionnaires sont fortement motivés et exercent un leadership incontestable dans la réorganisation de services orientés vers le rétablissement.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
10.	Des approches intersectorielles avec d'autres systèmes de service (par exemple : éducation, travail, justice) sont mises en place pour offrir toute la gamme de services orientés vers le rétablissement.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
11.	L'intégration des services est réalisée en effectuant une gestion de suivi communautaire (case management), et en fonction d'une description spécifique des résultats attendus. Les bénéficiaires pour les utilisateurs de services de même que leur participation au processus sont les pivots de l'intégration des services.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
<b>2. Offre de service</b>												
1.	L'établissement offre une variété de modalités de traitement (c.-à-d. groupes, soutien par les pairs, approche globale, traitements substitutifs, soins médicaux) parmi lesquels les utilisateurs de services peuvent choisir.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
2.	L'offre de service repose sur une vision de l'expérience du rétablissement qui fait consensus auprès des divers acteurs, que ce soit sur le plan individuel, organisationnel ou territorial.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
3.	L'essentiel des services à offrir est identifié par chaque unité et doit être observable et mesurable (par exemple : le nombre de crises, le pourcentage de personnes employées).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
4.	Les services de santé physique et mentale et les services de soutien font partie de l'ensemble des services orientés vers le rétablissement.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	

		1. Niveau de priorité					2. Niveau d'implantation				
		Min.	→	Max.	Min.	→	Max.				
5.	Les services de soutien offerts par les pairs sont disponibles dans des ressources « par et pour » et dans des ressources qui ne sont pas gérées par des pairs (par exemple : Centre de santé et de services sociaux).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6.	Un soutien adapté est offert à la personne en vue de la réalisation de ses projets de vie tout au long de son rétablissement, respectant ses choix, son parcours unique et son héritage culturel.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7.	L'offre globale de service orientée vers le rétablissement entraîne obligatoirement la mise en place et la consolidation de liens avec la communauté (par exemple : ressources, employeurs).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8.	L'offre de service est adaptée à la trajectoire unique, non linéaire et subjective du rétablissement, requérant une réponse rapide, flexible, personnalisée et adéquate à l'égard de tout changement dans les besoins en matière de services.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9.	La promotion des services sert à valoriser le rétablissement, la réinsertion et les buts que veulent atteindre les utilisateurs de services.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10.	Il y a au moins un programme qui est géré par des utilisateurs de services dans la communauté.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11.	L'établissement possède un mécanisme de soutien aux utilisateurs de services proposant des actions préventives dans les différents domaines de la vie (logement, travail, traitement, etc.).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12.	Des services de traumatologie sont disponibles dans la communauté pour les utilisateurs de services de l'Institut.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13.	La dispensation des soins intègre des services de soutien au processus de rétablissement et les principes d'autogestion.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
<b>3. Politiques</b>											
1.	Les politiques et les procédures de l'établissement tiennent compte de l'intégration des utilisateurs de services, des familles et du soutien par les pairs autant que de l'enseignement à la gestion de la maladie et la gestion des crises.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2.	Les politiques de l'établissement encouragent les programmes à être orientés vers le rétablissement (c.-à-d. les procédures sont compatibles avec les valeurs du rétablissement).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3.	Les politiques de l'établissement prévoient un éventail d'environnements de soins et de niveaux de soutien offerts par les programmes.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4.	L'organisation des services, selon l'approche du rétablissement, se reflète dans les politiques et procédures, y compris dans la structure financière prévue pour encourager son développement.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5.	Les principes et les pratiques liés au rétablissement sont intégrés dans tous les documents de l'établissement y compris les politiques et les procédures, les formulaires cliniques, les dossiers, les dépliants, les manuels de l'utilisateurs de services, les sites Web ou autres médias.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6.	Les politiques encouragent le développement et la mise en oeuvre de stratégies d'intégration pour l'atteinte des résultats spécifiques des utilisateurs de services.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

		1. Niveau de priorité					2. Niveau d'implantation					
		Min.	→	Max.		Min.	→	Max.		Min.	→	Max.
<b>4. Compétences culturelles</b>												
1.	Des représentants des communautés culturelles présentes dans la population sont Intégré au sein des équipes de traitement.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
2.	Des normes de compétences pour le personnel de l'organisation sont établies et tiennent compte des différences culturelles.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
3.	Les politiques de l'établissement prévoient la réalisation de la planification des évaluations et des interventions dans le respect des différences culturelles.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
4.	Les politiques de l'établissement prévoient que les compétences et les attitudes du personnel leur permettent d'offrir des soins efficaces aux différents groupes culturels.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
5.	Les politiques de l'établissement prévoient des environnements de soins, des programmes et l'accès à ces derniers reflétant la culture des utilisateurs de services actuels et potentiels.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
<b>5. Processus de planification / outil de coordination</b>												
1.	Un mécanisme de collaboration continu est instauré dans la planification et l'élaboration de tous types de plans de traitement (PTI, PI, PSI) entre les utilisateurs de services et l'organisation.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
2.	Les efforts pour favoriser la participation des utilisateurs de services plus sévèrement atteints dans la planification de leur plan de traitement (PTI, PI, PSI) sont documentés au dossier de la personne.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
3.	Un processus est en place pour informer les utilisateurs de services des options de traitements et des services disponibles et pour en discuter les avantages et les inconvénients avant l'élaboration de leur plan de traitement (PTI, PI, PSI).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
4.	Les membres du personnel de l'établissement respectent les choix et préférences des utilisateurs de services.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
5.	Les membres du personnel de l'établissement n'ont recours à aucune forme de contraintes afin d'influencer le comportement ou les choix de l'utilisateur de services.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
6.	Les membres du personnel de l'établissement et les utilisateurs de services sont encouragés à prendre des risques et à essayer de nouvelles choses.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
7.	Les membres du personnel utilisent un vocabulaire propre au rétablissement (c.-à-d. espoir, hautes attentes, respect) dans les conversations quotidiennes.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
8.	Les membres du personnel de l'établissement aident les utilisateurs de services à réaliser leurs aspirations et leurs objectifs.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
9.	Les membres du personnel de l'établissement aident activement les utilisateurs de service à développer des objectifs de carrière et de vie qui vont au-delà de la gestion des symptômes et de la stabilisation de la maladie.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
10.	Les membres du personnel de l'établissement croient au potentiel de rétablissement des utilisateurs de services et en leur capacité de faire leurs propres choix de traitement et d'objectifs de vie.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
11.	Les relations entre les membres du personnel et les utilisateurs de services sont justes et équitables.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	

		1. Niveau de priorité					2. Niveau d'implantation					
		Min.	→	Max.		Min.	→	Max.		Min.	→	Max.
<b>6. Processus de planification/implication des utilisateurs de services</b>												
1.	Tous les types de plans de traitement (PTI, PI, PSI) des utilisateurs de services incluent des outils favorisant leur participation.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
2.	Tous les types de plans de traitement (PTI, PI, PSI) des utilisateurs de services incluent, au besoin, des objectifs quant à leur santé physique.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
3.	Les choix des utilisateurs de services guident le développement de plans de rétablissement individualisés centrés sur la personne.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
4.	Les utilisateurs de services en rétablissement peuvent choisir et changer, s'ils le désirent, de thérapeute, de psychiatre ou d'autre fournisseur de services.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
5.	Les utilisateurs de services en rétablissement peuvent discuter de leurs intérêts et de leurs besoins sexuels et spirituels.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
6.	Les progrès faits par les utilisateurs de services vers l'atteinte des objectifs qu'ils se sont donnés, sont mesurés régulièrement.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
7.	L'établissement reconnaît et souligne l'atteinte des objectifs des utilisateurs de services.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
8.	Les utilisateurs de services prennent plus d'initiatives.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
9.	La fonction de gestionnaire de cas est mise à la disposition de chaque utilisateur de services qui le souhaite ou en a besoin.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
10.	Tous les types de plans de traitement (PTI, PI, PSI) sont adaptés à l'âge des utilisateurs de services et contiennent des objectifs pour accroître la participation aux activités significatives de vie, l'emploi, des activités éducatives ou de bénévolat.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
11.	Les objectifs des utilisateurs de services comprennent le fonctionnement dans des environnements non liés aux services de santé mentale (par exemple : au sein du YWCA ou d'organisations religieuses).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
12.	Des procédures sont mises en place afin d'obtenir des directives préalables à une période d'instabilité auprès des utilisateurs de services lors des périodes de relative stabilité.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
13.	Des procédures sont établies pour réviser les directives préalables lors des périodes de rechute.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
<b>7. Intégration- dépendances et santé mentale</b>												
1.	L'intégration des services pour les problèmes de santé mentale et de toxicomanie est reflétée dans les activités de l'établissement.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
2.	Les principes du rétablissement unifient les services de santé mentale, de santé physique et de dépendances (toxicomanie) dispensées de façon globale.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
3.	La présence de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie est détectée par des procédures de dépistage reconnues.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
4.	Des procédures efficaces de références coordonnées vers les organismes partenaires pour le traitement en parallèle des troubles concomitants sont mises en place (si des services intégrés ne sont pas disponibles).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
5.	Des services d'abus de substances et de santé mentale sont disponibles dans la communauté pour les utilisateurs de services.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	

		1. Niveau de priorité					2. Niveau d'implantation					
		Min.	→	Max.		Min.	→	Max.		Min.	→	Max.
<b>8. Traitement sous la contrainte(<i>coercition</i>) / Contention et isolement</b>												
1.	L'établissement nomme des agents de défense des droits des utilisateurs de services qui sont appelés devant les tribunaux ou le TAQ	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
2.	Des stratégies favorisant l'engagement et la reprise de pouvoir (empowerment) sont incluses dans la programmation de tous types de plans de traitement (PTI, PI, PSI) des utilisateurs de services ayant un statut légal restreignant sa liberté.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
3.	L'établissement apporte la preuve d'une diminution du recours au traitement coercitif au cours de périodes définies.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
4.	L'établissement évalue le pourcentage d'utilisateurs de services externes qui sont sous un statut légal de libération avec modalités.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
5.	Des alternatives à la prison sont disponibles dans la communauté pour les utilisateurs de services en santé mentale.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
6.	L'établissement propose des plans de crise prévoyant une gradation des interventions et permettant de désamorcer les crises.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
7.	L'utilisation de l'isolement et de la contention des utilisateurs de services présentant une menace claire pour eux-mêmes ou pour autrui s'appuie sur les plans de traitement (PTI, PI, PSI) et les politiques de l'établissement.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
8.	Une révision post incident (debriefing) est réalisée après tous les incidents exigeant un isolement ou une contention.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
9.	Tout le personnel susceptible d'être confronté à des incidents imprévisibles sont formés quant à l'utilisation de techniques de pacification et d'alternatives à l'isolement/contention.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
10.	L'établissement évalue le pourcentage d'utilisateurs de services qui sont en confinement forcé dans les unités de soins internes (publiques et privées).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
11.	L'établissement évalue le pourcentage d'heures d'isolement des utilisateurs de services.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
12.	L'établissement évalue le pourcentage d'utilisateurs de services en isolement au moins une fois pendant la période financière.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
13.	L'établissement évalue le pourcentage d'heures d'utilisateurs de services qui était en contention pendant la période financière.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
14.	L'établissement évalue le pourcentage d'utilisateurs de services en contention au moins une fois durant la période financière.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
<b>THEME : ADMINISTRATION</b>												
<b>1. Mission et vision/ plan stratégique</b>												
1.	L'établissement présente un énoncé de mission et de vision confirmant son engagement envers le rétablissement et le développement d'une offre de services pour le soutenir.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
2.	La mission de l'établissement implique des mesures du rétablissement comme résultat global du système de soins (par exemple, le rôle de l'empowerment).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
3.	La vision d'ensemble de l'Institut incorpore l'environnement social global de la personne (milieu de travail, éducationnel, résidentiel et familial). Les services sont élargis aux établissements et organisations œuvrant dans les secteurs d'intervention situés à l'extérieur du système de soins infirmiers ou médicaux.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	

		1. Niveau de priorité					2. Niveau d'implantation				
		Min.	→	Max.	Min.	→	Max.				
4.	Le conseil d'administration fournit un soutien continu dans les initiatives de rétablissement de la région.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5.	Les utilisateurs de services ont un rôle de leadership au sein du conseil d'administration.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6.	La direction renforce constamment la vision du rétablissement et les normes de pratique qui y sont associées.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7.	La direction est engagée à renforcer la vision du rétablissement et surtout les normes et protocoles de service propres à la réaliser. Quatre dimensions incarnent les valeurs et principes rétablissement : 1. le système de gestion; 2. les mécanismes d'intégration; 3. la vision d'ensemble; 4. les modalités de participation des utilisateurs de services.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8.	Si l'établissement a un conseil des utilisateurs de services ou comité consultatif, ses membres ont des fonctions de leadership au sein de l'organisation.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9.	Les utilisateurs de services sont des membres réguliers des comités consultatifs et comités de gestion.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10.	Le plan stratégique de l'Institut évoque de façon claire l'approche du rétablissement et recentre tous les services sur des objectifs fondamentaux tels que la satisfaction, la qualité de vie, l'amélioration du statut et de la place de l'utilisateur de services en société, de même que la réappropriation du pouvoir d'agir (ou empowerment).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11.	L'évaluation organisationnelle et le processus de planification stratégique intègrent les points de vue de divers groupes d'utilisateurs de services.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
<b>2. Ressources organisationnelles</b>											
1.	Le budget annuel assure les ressources nécessaires pour soutenir la participation des utilisateurs de services dans les processus administratifs (comités, groupe de travail, instances organisationnelles).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2.	Les personnes utilisatrices de services et les membres de la famille bénéficient d'un soutien pour exercer divers rôles, dont ceux d'agent de formation, de consultant en matière d'organisation de services et de pair-aidant.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3.	Les utilisateurs de services en rétablissement sont significativement représentés au sein des équipes de traitement et du personnel de l'organisation.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4.	Les membres du personnel de tous les niveaux de l'organisation sont impliqués dans la mise en oeuvre et les modifications qu'impliquent l'implantation de l'approche du rétablissement à l'Institut.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5.	Les descriptions d'emploi et les stratégies de recrutement et d'embauche sont révisées afin d'inclure des compétences liées au rétablissement.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6.	Le nombre d'utilisateurs de services embauchés augmentent (indiquer le nombre, le nombre d'ETC et les titres d'emplois).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7.	La reconnaissance des membres du personnel, leur promotion et leur augmentation de salaire prennent en considération les compétences et les résultats liés au rétablissement.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8.	Les utilisateurs de services sont activement recherchés pour occuper des emplois à tous les niveaux de l'organisation.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9.	Les argents investis dans les services s'appuient sur les besoins exprimés par les utilisateurs de services.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

		1. Niveau de priorité					2. Niveau d'implantation				
		Min.	→			Max.	Min.	→			Max.
10.	Les décisions concernant le financement des services sont basées, d'abord et surtout, sur des critères tels que les bénéfices réels ou anticipés des utilisateurs de services.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11.	Les argents investis dans les services s'appuient sur les processus et les résultats attendus des services.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12.	L'établissement a une politique d'embauche proactive face aux utilisateurs de services.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13.	L'établissement établit le rapport entre le nombre d'employés en soins directs et le nombre d'utilisateurs de services.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14.	L'établissement évalue le pourcentage d'employés dans le secteur affecté à la protection des utilisateurs de services.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
<b>3. Enseignement et formation continue</b>											
1.	Les processus d'enseignement et de formation continue sont développés en collaboration avec les utilisateurs de services et les formateurs dans un cadre non clinique.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2.	Les utilisateurs de services sont formés selon les principes du rétablissement, incluant les dix composantes du rétablissement établies dans le consensus national.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3.	Une formation sur le rétablissement est offerte aux membres du comité des utilisateurs de services ou du comité consultatif si ce comité existe au sein de l'établissement.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4.	Les utilisateurs de services participent à la formation sur le rétablissement offerte aux membres du personnel.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5.	L'organisation établit des standards de compétences en ce qui a trait aux connaissances des principes du rétablissement.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6.	Les utilisateurs de services sont formés pour devenir des membres actifs et des leaders sur le conseil d'administration.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7.	Tous les membres du personnel, anciens et nouveaux, sont formés aux meilleures pratiques.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8.	Le matériel de formation est développé en accord avec les données actuelles de la littérature sur le rétablissement.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9.	L'établissement offre de l'enseignement aux employeurs de la communauté sur l'embauche de personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10.	L'établissement offre à la communauté des activités d'enseignement au sujet des maladies mentales et de la toxicomanie.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11.	Les utilisateurs de services sont impliqués dans les formations et les programmes d'enseignement de l'établissement.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12.	L'établissement offre des opportunités d'apprentissage concernant le rétablissement aux utilisateurs de services, à leur famille et aux membres du personnel.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13.	Les politiques de l'établissement prévoient la compréhension de la vision du rétablissement et de ses implications dans les services par l'ensemble du personnel.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14.	Les politiques de l'établissement encouragent les méthodes de sélection et de formation conçues pour améliorer les compétences et les attitudes du	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

		1. Niveau de priorité					2. Niveau d'implantation				
		Min. → Max.					Min. → Max.				
	personnel nécessaires à l'implantation d'un service particulier.										
15.	Tous les membres du personnel de l'établissement assistent régulièrement à des formations sur les compétences culturelles.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
<b>4. Amélioration continue de la qualité</b>											
1.	Les processus sont mis en place afin d'assurer un partenariat égal entre les utilisateurs de services et les professionnels dans l'amélioration continue de la qualité des services.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2.	Les budgets de l'établissement prévoient une compensation financière pour les utilisateurs de services impliqués dans les activités d'amélioration continue de la qualité des services.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3.	Le directeur général a des réunions régulières avec les utilisateurs de services afin d'écouter et de répondre à leurs préoccupations.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4.	Les personnes utilisatrices et les membres de la famille sont sollicités afin de donner leur point de vue à l'égard de la qualité des services.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
<b>5. Évaluation des résultats</b>											
1.	Les indicateurs de résultats de l'organisation comportent des éléments liés à la qualité de vie, au rétablissement et à la satisfaction personnelle.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2.	Des échelles standardisées de mesure de l'implantation de l'approche du rétablissement sont identifiées et utilisées à l'intérieur de l'Institut.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3.	Des procédures sont mises en place pour assurer la participation des utilisateurs de services dans le développement des indicateurs d'implantation de l'approche du rétablissement.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4.	Les utilisateurs de services sont impliqués sur une base continue dans l'évaluation de l'implantation, la mise en œuvre du plan d'implantation de l'approche du rétablissement et de ses modifications ultérieures.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5.	Les processus d'évaluation des résultats sont utilisés pour améliorer les services et les programmes.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6.	Les utilisateurs de services sont impliqués systématiquement dans les évaluations des programmes, des services et des membres du personnel.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7.	Des mesures de la satisfaction des utilisateurs de services et de leurs proches sont incluses dans l'évaluation du système de soins.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8.	Les politiques prévoient la compilation de données sur les processus et les résultats des services par le système d'information de gestion.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9.	Les utilisateurs de services, les familles et les proches sont impliqués dans la planification et l'évaluation du système de soins.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10.	Les impacts sur les utilisateurs de services sont observables, mesurables et identifiables pour chacun des services offerts. Des indicateurs permettent de mesurer l'impact effectif des services sur les personnes : fréquence des nouvelles crises; taux d'insertion en emploi; sentiments subjectifs de satisfaction que les utilisateurs et les familles en retirent; etc.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11.	L'établissement évalue le pourcentage d'engagement de performance qui implique des utilisateurs de services dans leur développement et leur révision annuelle (services spécifiques, résultats, cibles à atteindre, etc.).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

		1. Niveau de priorité					2. Niveau d'implantation				
		Min.	→			Max.	Min.	→			Max.
12.	L'établissement évalue le pourcentage d'utilisateurs de services au sein du comité de direction de notre établissement.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13.	Les évaluations de la performance incluent une évaluation des compétences relatives au rétablissement.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
<b>THEME : SOUTIEN</b>											
<b>1. Défense des droits et soutien des pairs</b>											
1.	L'établissement favorise la participation active des utilisateurs de services aux organismes de défense des droits et intérêts de la personne.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2.	Des liens entre l'établissement, les organismes locaux de défense des droits et intérêts de l'utilisateur de services et les groupes de soutien sont identifiés et actifs.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3.	La majorité des utilisateurs de services participe aux activités de soutien par les pairs.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4.	Le nombre d'emplois occupés par des pairs aidants certifiés sera accru (en nombre et en équivalent temps complet).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5.	Le nombre moyen d'heures mensuelles des services offerts par les pairs aidants certifiés sera accru (inclure une projection de la moyenne des heures prévues).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6.	Si l'établissement prévoit également créer des emplois de pairs aidants non certifiés : indiquer le nombre et le nombre d'équivalent temps complet.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7.	L'établissement favorise le réseautage entre les utilisateurs de services avec d'autres personnes dans la même situation pouvant servir de modèles ou de mentors en favorisant l'autonomie dans le traitement, le soutien par les pairs et les groupes de défense des droits.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8.	L'établissement favorise l'implication des aidants naturels.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9.	Des services d'auto assistance gérés par les utilisateurs de services sont disponibles dans la région.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
<b>2. Accessibilité</b>											
1.	Les bilans et documents de l'établissement font état des liens avec les organismes qui permettent l'accès à des soins et services connexes.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2.	Des procédures efficaces sont mises en place pour l'obtention de services pour les personnes qui ne sont pas suffisamment assurées ou qui sont dans l'impossibilité financière d'accéder aux services.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3.	Une analyse identifiant les barrières du système limitant l'accès à l'utilisation des services est réalisée.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4.	Les utilisateurs de services témoignent de leur niveau de satisfaction quant à l'accès aux services qu'ils ont choisis.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5.	Les utilisateurs de services en rétablissement ont accès à leur dossier.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6.	Des réunions et autres activités sont organisées en soirée ou durant les fins de semaine afin de ne pas entrer en conflit avec les autres activités axées de rétablissement (emploi, école, etc.).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

		1. Niveau de priorité					2. Niveau d'implantation				
		Min.	→			Max.	Min.	→			Max.
7.	Des procédures sont en place pour faciliter les références vers d'autres programmes et services auxquels l'établissement ne peut répondre.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8.	Les références entre les services comprennent les résultats escomptés pour l'utilisateur de service par le prestataire de service.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9.	L'accès aux environnements de services est déterminé par les préférences de l'utilisateur de services plutôt que celles des professionnels.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10.	Les gestionnaires et les membres du personnel ont la responsabilité de garantir un bon accès aux services et d'en assurer une bonne continuité.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
<b>3. Services à la famille</b>											
1.	L'implication des familles est reflétée dans la programmation de l'établissement en ce qui a trait aux dimensions enseignement, social et défense des droits.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2.	Les liens et la collaboration avec les groupes de défense des droits et intérêts des utilisateurs de services sont reflétés dans les programmes offerts aux familles.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3.	Un représentant de la famille est intégré à l'équipe de traitement et participe à la planification des services (quand l'utilisateur de services le désire).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4.	Des activités de psychoéducation familiale sont offertes aux utilisateurs de services ayant des contacts avec leur famille.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5.	L'établissement s'assure que les utilisateurs de services et leur famille connaissent et ont recours aux services de soutien offert aux pairs et aux familles.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6.	Tous les efforts sont faits afin d'impliquer les personnes significatives (époux, amis, membres de la famille) et d'autres aidants naturels (c.-à-d., clergé, voisins, propriétaires) dans la planification du plan d'intervention des utilisateurs de services, si ceux-ci le désirent.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
<b>4. Travail et éducation</b>											
1.	Une gamme substantielle d'opportunités d'emploi et de formation incluant différents niveaux de soutien pour ces activités sont développées.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2.	Les utilisateurs de services reçoivent du soutien dans leurs choix professionnels et une assistance pour les réaliser.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3.	Des activités d'orientation et de soutien professionnel sont intégrées au processus de rétablissement.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4.	Un service de placement et de soutien professionnel individualisé fait partie de l'approche privilégiée de la réadaptation professionnelle.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5.	L'établissement décrit la façon dont les services de soutien en emploi rencontrent les normes de qualité selon l'échelle de fidélité de soutien à l'emploi (Si ces services sont offerts par l'établissement) .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6.	L'établissement décrit les ressources et le processus de coordination des services de soutien à l'emploi effectués par des contractuels (Si ces services sont offerts).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7.	L'établissement rencontre les objectifs annuels qu'il s'est fixés en matière d'emploi.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8.	L'établissement dispose de conseillers à l'emploi ou contracte des services de soutien à l'emploi d'autres organismes. (Indication du nombre actuel ou à venir de conseillers à l'emploi dans l'établissement ou d'employés contractuels pour l'année).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

		1. Niveau de priorité					2. Niveau d'implantation				
		Min.	→			Max.	Min.	→			Max.
9.	L'établissement augmente le nombre d'heures par mois dédiées aux services de soutien à l'emploi. (Indication du nombre d'heures prévues pour l'année à venir).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10.	L'établissement s'assure que les utilisateurs de services soient informés et utilisent des services de soutien à l'emploi.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11.	Les membres du personnel de l'établissement soutiennent systématiquement les utilisateurs de services dans la poursuite de leurs objectifs d'emplois ou d'études.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
<b>5. Logement</b>											
1.	Les utilisateurs de services expriment leur satisfaction quant aux options de logement offertes.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2.	Les utilisateurs de services considèrent que leurs préférences quant au logement sont respectées et largement satisfaites.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3.	Une gamme complète de type de logement est disponible, incluant des logements avec des niveaux de tolérance variés.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4.	L'ensemble des possibilités de logement favorise l'indépendance, le choix et la progression.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5.	Tous les types de plans de traitement (PI, PSI) pour les utilisateurs de services, sans domicile fixe, contiennent au moins un objectif et, s'ils désirent avoir un logement, un plan vers une habitation permanente est élaboré.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6.	Tous les types de plans de traitement (PI, PSI) pour les utilisateurs de services occupants des logements supervisés incluent l'intégration dans un logement permettant une plus grande autonomie.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
<b>6. Maintien dans la communauté</b>											
1.	Les utilisateurs de services ont des contacts « personne à personne » avec un intervenant dans les sept jours suivant la fin de l'hospitalisation.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2.	Une gamme de services continus est accessible aux grands utilisateurs de services.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3.	Tous les types de plans de traitement (PI, PSI) des utilisateurs de services incluent la stabilité familiale et l'évitement du placement dans des environnements plus restrictifs.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4.	Les membres du personnel de l'établissement aident les gens à établir des liens avec la communauté.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5.	La plupart des services sont offerts dans l'environnement naturel de la personne (c.-à-d. dans son foyer, dans sa communauté, dans son milieu de travail).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6.	Les membres du personnel de l'établissement connaissent les groupes d'intérêts et les activités de la communauté.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7.	Les membres du personnel jouent un rôle central auprès des utilisateurs de services afin qu'ils s'impliquent dans des activités non liées à la santé mentale/toxicomanie, telles que les groupes religieux, les groupes d'intérêts particuliers et l'enseignement aux adultes.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8.	Les membres du personnel de l'établissement soutiennent activement les utilisateurs de services afin qu'ils s'impliquent dans des activités communautaires (ex. : bénévolat, services à la communauté, surveillance/nettoyage des quartiers).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

		1. Niveau de priorité					2. Niveau d'implantation				
		Min.	→			Max.	Min.	→			Max.
9.	L'établissement fait la promotion d'une compréhension globale des personnes utilisatrices de services.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10.	L'établissement s'implique afin que les utilisateurs de services aient l'occasion d'avoir un rôle dans la communauté.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11.	L'établissement fait la promotion d'une compréhension du potentiel de rétablissement des personnes recevant des services.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12.	L'établissement favorise l'accès aux environnements de vie, d'apprentissage, d'emploi et de liens sociaux à l'extérieur de système de santé mentale.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Préparé par :

Alain Rioux, PhD  
Directeur adjoint à la qualité et à la performance

Diane Lalancette, M.A., psychologue  
Agente de planification, programmation et recherche, UETMIS

Traduction :

François Chassé, PhD  
Agent de planification, programmation et recherche

Langis Lemieux, M.Ps.  
Coordonnateur à la programmation et à l'évaluation des services à la clientèle

VERSION - 22 juillet 2011

## ANNEXE 5-ÉCHELLE DE MISE EN PRIORITÉ DES PRATIQUES CLINIQUES ET DE GESTION

### Échelle de mise en priorité des pratiques cliniques et de gestion

#### PRÉAMBULE :

Les items que nous vous présentons dans cette échelle sont extraits d'articles répertoriés dans le cadre de notre relevé de littérature sur les « pratiques cliniques et de gestion associées à l'implantation de l'approche du rétablissement ». Ils proviennent d'articles rédigés par les auteurs suivants : Anthony, Dumont, Kaufman, Nelson, O'Connel, Provencher et Sowers.

Comme nous avons choisi de modifier le moins possible les pratiques proposées par ces auteurs, les formulations peuvent varier. Parfois, l'item présente une pratique bien précise et à d'autres occasions l'item est plus flou et moins opérationnel même s'il peut être tout aussi important. Cette échelle sert à identifier les pratiques que vous jugez prioritaires à implanter à l'Institut. Si une pratique est retenue, nous pourrions rendre sa définition plus opérationnelle. Ainsi, le degré de précision des pratiques présentées dans cette échelle ne devrait pas influencer votre évaluation de cette dernière.

La définition du rétablissement retenue pour cet exercice est celle proposée par William Anthony (1993) :

**« Processus profondément personnel et unique de changement de ses propres attitudes, valeurs, sentiments, objectifs, habiletés et rôles. Façon de vivre une vie satisfaisante, pleine d'espoir d'y contribuer même avec les limites causées par la maladie. Développement d'un nouveau sens et d'une nouvelle raison d'être à sa vie à mesure qu'un individu dépasse les effets catastrophiques de la maladie mentale ».**

De plus la Commission de la santé mentale du Canada (2009) suggère aussi :

**« Ce processus s'appuie sur les forces individuelles, familiales, culturelles et communautaires et témoigne des antécédents et des traditions propres à chaque personne ».**

#### IDENTIFICATION :

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Précisez votre appartenance à un des groupes suivants :

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> <i>Utilisateurs de services</i> | <input type="checkbox"/> <i>Médecins, pharmaciens</i>  | <input type="checkbox"/> <i>Gestionnaires</i>           |
| <input type="checkbox"/> <i>Membres des familles</i>     | <input type="checkbox"/> <i>Professionnels et intervenants en soins et services cliniques</i>        | <input type="checkbox"/> <i>Autre, Préciser : _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Partenaires</i>              | <input type="checkbox"/> <i>Professionnels et employés des services administratifs et de soutien</i> |   |

		1. Niveau de priorité				
		Min.	→			Max.
<b>THÈME : TRAITEMENT ET SERVICES</b>						
<b>1. Organisation des services</b>						
1.	Les principes du rétablissement et les pratiques sont adaptés aux particularités de chaque population recevant des services de l'établissement (ex. les jeunes, les personnes âgées, diversités culturelles et linguistiques, etc.).	1	2	3	4	5
2.	L'établissement offre des services et du soutien individualisés orientés vers la communauté.	1	2	3	4	5
3.	Dans l'établissement, les utilisateurs de services qui vont mieux reçoivent autant d'attention que ceux éprouvant des difficultés.	1	2	3	4	5
4.	La transformation des services orientés vers le rétablissement nécessite la révision de l'ensemble des modes de gestion.	1	2	3	4	5
5.	Les gestionnaires sont fortement motivés et exercent un leadership incontestable dans la réorganisation de services orientés vers le rétablissement.	1	2	3	4	5
<b>2. Offre de service</b>						
1.	Les services de santé physique et mentale et les services de soutien font partie de l'ensemble des services orientés vers le rétablissement.	1	2	3	4	5
2.	Un soutien adapté est offert à la personne en vue de la réalisation de ses projets de vie tout au long de son rétablissement, respectant ses choix, son parcours unique et son héritage culturel.	1	2	3	4	5
3.	L'offre de service est adaptée à la trajectoire unique, non linéaire et subjective du rétablissement, requérant une réponse rapide, flexible, personnalisée et adéquate à l'égard de tout changement dans les besoins en matière de services.	1	2	3	4	5
4.	La promotion des services sert à valoriser le rétablissement, la réinsertion et les buts que veulent atteindre les utilisateurs de services.	1	2	3	4	5
5.	L'établissement possède un mécanisme de soutien aux utilisateurs de services proposant des actions préventives dans les différents domaines de la vie (logement, travail, traitement, etc.).	1	2	3	4	5
6.	La dispensation des soins intègre des services de soutien au processus de rétablissement et les principes d'autogestion.	1	2	3	4	5
<b>3. Politiques</b>						
1.	Les politiques et les procédures de l'établissement tiennent compte de l'intégration des utilisateurs de services, des familles et du soutien par les pairs autant que de l'enseignement à la gestion de la maladie et la gestion des crises.	1	2	3	4	5
2.	Les politiques de l'établissement encouragent les programmes à être orientés vers le rétablissement (c.-à-d. les procédures sont compatibles avec les valeurs du rétablissement).	1	2	3	4	5
3.	L'organisation des services, selon l'approche de rétablissement, se reflète dans les politiques et procédures, y compris dans la structure financière prévue pour encourager son développement.	1	2	3	4	5
4.	Les principes et les pratiques liés au rétablissement sont intégrés dans tous les documents de l'établissement y compris les politiques et les procédures, les formulaires cliniques, les dossiers, les dépliants, les manuels de l'utilisateur de services, les sites Web ou autres médias.	1	2	3	4	5

		1. Niveau de priorité				
		Min.	→			Max.
<b>4. Processus de planification / outil de coordination</b>						
1.	Un mécanisme de collaboration continu est instauré dans la planification et l'élaboration de tous types de plans de traitement (PTI, PI, PSI) entre les utilisateurs de services et l'organisation.	1	2	3	4	5
2.	Les efforts pour favoriser la participation des utilisateurs de services plus sévèrement atteints dans la planification de leur plan de traitement (PTI, PI, PSI) sont documentés au dossier de la personne.	1	2	3	4	5
3.	Un processus est en place pour informer les utilisateurs de services des options de traitements et des services disponibles et pour en discuter les avantages et les inconvénients avant l'élaboration de leur plan de traitement (PTI, PI, PSI).	1	2	3	4	5
4.	Les membres du personnel de l'établissement respectent les choix et préférences des utilisateurs de services.	1	2	3	4	5
5.	Les membres du personnel de l'établissement et les utilisateurs de services sont encouragés à prendre des risques et à essayer de nouvelles choses.	1	2	3	4	5
6.	Les membres du personnel utilisent un vocabulaire propre au rétablissement (c.-à-d. espoir, hautes attentes, respect) dans les conversations quotidiennes.	1	2	3	4	5
7.	Les membres du personnel de l'établissement aident les utilisateurs de services à réaliser leurs aspirations et leurs objectifs.	1	2	3	4	5
8.	Les membres du personnel de l'établissement aident activement les utilisateurs de service à développer des objectifs de carrière et de vie qui vont au-delà de la gestion des symptômes et de la stabilisation de la maladie.	1	2	3	4	5
9.	Les membres du personnel de l'établissement croient au potentiel de rétablissement des utilisateurs de services et en leur capacité de faire leurs propres choix de traitement et d'objectifs de vie.	1	2	3	4	5
10.	Les relations entre les membres du personnel et les utilisateurs de services sont justes et équitables.	1	2	3	4	5
<b>5. Processus de planification/implication des utilisateurs de services</b>						
1.	Tous les types de plans de traitement (PTI, PI, PSI) des utilisateurs de services incluent des outils favorisant leur participation.	1	2	3	4	5
2.	Tous les types de plans de traitement (PTI, PI, PSI) des utilisateurs de services incluent, au besoin, des objectifs quant à leur santé physique.	1	2	3	4	5
3.	Les choix des utilisateurs de services guident le développement de plans de rétablissement individualisés centrés sur la personne.	1	2	3	4	5
4.	Les utilisateurs de services en rétablissement peuvent discuter de leurs intérêts et de leurs besoins sexuels et spirituels.	1	2	3	4	5
5.	Les progrès faits par les utilisateurs de services vers l'atteinte des objectifs qu'ils se sont donnés sont mesurés régulièrement.	1	2	3	4	5
6.	L'établissement reconnaît et souligne l'atteinte des objectifs des utilisateurs de services.	1	2	3	4	5
7.	Les utilisateurs de services prennent plus d'initiatives.	1	2	3	4	5
8.	Tous les types de plans de traitement (PTI, PI, PSI) sont adaptés à l'âge des utilisateurs de services et contiennent des objectifs pour accroître la participation aux activités significatives de vie, l'emploi, des activités éducatives ou de bénévolat.	1	2	3	4	5

		1. Niveau de priorité				
		Min.	→			Max.
<b>6. Intégration- dépendances et santé mentale</b>						
1.	L'intégration des services pour les problèmes de santé mentale et de toxicomanie est reflétée dans les activités de l'établissement.	1	2	3	4	5
2.	Les principes du rétablissement unifient les services de santé mentale, de santé physique et de dépendances (toxicomanie) dispensés de façon globale.	1	2	3	4	5
3.	La présence de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie est détectée par des procédures de dépistage reconnues.	1	2	3	4	5
4.	Des procédures efficaces de références coordonnées vers les organismes partenaires pour le traitement en parallèle des troubles concomitants sont mises en place (si des services intégrés ne sont pas disponibles).	1	2	3	4	5
5.	Des services d'abus de substances et de santé mentale sont disponibles dans la communauté pour les utilisateurs de services.	1	2	3	4	5
<b>7. Traitement sous la contrainte (coercition) / Contention et isolement</b>						
1.	Des stratégies favorisant l'engagement et la reprise de pouvoir (empowerment) sont incluses dans la programmation de tous types de plans de traitement (PTI, PI, PSI) des utilisateurs de services ayant un statut légal restreignant sa liberté.	1	2	3	4	5
2.	L'établissement apporte la preuve d'une diminution du recours au traitement coercitif au cours de périodes définies.	1	2	3	4	5
3.	L'établissement propose des plans de crise prévoyant une gradation des interventions et permettant de désamorcer les crises.	1	2	3	4	5
4.	L'utilisation de l'isolement et de la contention des utilisateurs de services présentant une menace claire pour eux-mêmes ou pour autrui s'appuie sur les plans de traitement (PTI, PI, PSI) et les politiques de l'établissement.	1	2	3	4	5
5.	Une révision post incident (debriefing) est réalisée après tous les incidents exigeant un isolement ou une contention.	1	2	3	4	5
6.	Tout le personnel susceptible d'être confronté à des incidents imprévisibles est formé quant à l'utilisation de techniques de pacification et d'alternatives à l'isolement/contention.	1	2	3	4	5
7.	L'établissement évalue le pourcentage d'utilisateurs de services qui sont en confinement forcés dans les unités de soins internes (publiques et privées).	1	2	3	4	5
8.	L'établissement évalue le pourcentage d'heures d'isolement des utilisateurs de services.	1	2	3	4	5
9.	L'établissement évalue le pourcentage d'utilisateurs de services en isolement au moins une fois pendant la période financière.	1	2	3	4	5
10.	L'établissement évalue le pourcentage d'heures d'utilisateurs de services qui était en contention pendant la période financière.	1	2	3	4	5
11.	L'établissement évalue le pourcentage d'utilisateurs de services en contention au moins une fois durant la période financière.	1	2	3	4	5

		1. Niveau de priorité				
		Min.	→			Max.
<b>THÈME : ADMINISTRATION</b>						
<b>1. Mission et vision/ plan stratégique</b>						
1.	La mission de l'établissement implique des mesures du rétablissement comme résultat global du système de soins (par exemple, le rôle de l'empowerment).	1	2	3	4	5
2.	La direction renforce constamment la vision du rétablissement et les normes de pratique qui y sont associées.	1	2	3	4	5
3.	La direction est engagée à renforcer la vision du rétablissement et surtout les normes et protocoles de service propres à la réaliser. Quatre dimensions incarnent les valeurs et principes rétablissement : 1. le système de gestion; 2. les mécanismes d'intégration; 3. la vision d'ensemble; 4. les modalités de participation des utilisateurs de services.	1	2	3	4	5
4.	Le plan stratégique de l'Institut évoque de façon claire l'approche du rétablissement et recentre tous les services sur des objectifs fondamentaux tels que la satisfaction, la qualité de vie, l'amélioration du statut et de la place de l'utilisateur de services en société, de même que la réappropriation du pouvoir d'agir (ou empowerment).	1	2	3	4	5
<b>2. Ressources organisationnelles/ Enseignement et formation continue</b>						
1.	Les personnes utilisatrices de services et les membres de la famille bénéficient d'un soutien pour exercer divers rôles, dont ceux d'agent de formation, de consultant en matière d'organisation de services et de pair-aidant.	1	2	3	4	5
2.	Tous les membres du personnel, anciens et nouveaux, sont formés aux meilleures pratiques.	1	2	3	4	5
3.	Le matériel de formation est développé en accord avec les données actuelles de la littérature sur le rétablissement.	1	2	3	4	5
4.	Les politiques de l'établissement prévoient la compréhension de la vision du rétablissement et de ses implications dans les services par l'ensemble du personnel.	1	2	3	4	5
<b>3. Amélioration continue de la qualité/ Évaluation des résultats</b>						
1.	Les personnes utilisatrices et les membres de la famille sont sollicités afin de donner leur point de vue à l'égard de la qualité des services.	1	2	3	4	5
2.	Des échelles standardisées de mesure de l'implantation de l'approche du rétablissement sont identifiées et utilisées à l'intérieur de l'Institut.	1	2	3	4	5
<b>THÈME : SOUTIEN</b>						
<b>1. Défense des droits et soutien des pairs</b>						
1.	L'établissement favorise la participation active des utilisateurs de services aux organismes de défense des droits et intérêts de la personne.	1	2	3	4	5

		1. Niveau de priorité				
		Min.	→			Max.
2.	Des liens entre l'établissement, les organismes locaux de défense des droits et intérêts de l'utilisateur de services et les groupes de soutien sont identifiés et actifs.	1	2	3	4	5
3.	Le nombre d'emplois occupés par des pairs aidants certifiés sera accru (en nombre et en équivalent temps complet).	1	2	3	4	5
<b>2. Accessibilité/ Services à la famille</b>						
1.	Des procédures sont en place pour faciliter les références vers d'autres programmes et services auxquels l'établissement ne peut répondre.	1	2	3	4	5
2.	L'établissement s'assure que les utilisateurs de services et leur famille connaissent et ont recours aux services de soutien offert aux pairs et aux familles.	1	2	3	4	5
3.	Tous les efforts sont faits afin d'impliquer les personnes significatives (époux, amis, membres de la famille) et d'autres aidants naturels (c.-à-d., clergé, voisins, propriétaires) dans la planification du plan d'intervention des utilisateurs de services, si ceux-ci le désirent.	1	2	3	4	5
<b>3. Maintien dans la communauté</b>						
1.	Une gamme de services continus est accessible aux grands utilisateurs de services.	1	2	3	4	5
2.	Les membres du personnel de l'établissement aident les gens à établir des liens avec la communauté.	1	2	3	4	5

Préparé par :  
Alain Rioux, PhD  
Directeur adjoint à la qualité et à la performance

Diane Lalancette, M.A., psychologue  
Agente de planification, programmation et recherche, UETMIS

Traduction :  
François Chassé, PhD  
Agent de planification, programmation et  
recherche

Langis Lemieux, M.Ps.  
Coordonnateur à la programmation et à l'évaluation des services à la clientèle

VERSION – 9 novembre 2011

## RÉFÉRENCES

---

- Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness : The guideline vision of mental health service system in the 1990', *Psychosocial rehabilitation journal*, 16, 11-23.
- Bonney, S., Stickley, T., (2008). Recovery and mental health : a review of the British Literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 15(2) : 140-53.
- Chamberlin J., (1978). *On Our Patient : Patient-Controlled Alternatives to the Mental Health System* New York, NY : Hawthorn Books.
- Ciampi, L., (1980a). Catamnestic Long-Term Study on the Course of Life and Aging of Schizophrenia *Bulletin*, 6, 4, 606-618.
- Ciampi, L. (1980b), The Natural History of Schizophrenia in the Long-Term, *British Journal of Psychiatry*, 136, 413-420.
- Commission de la santé mentale du Canada (2009). *Vers le rétablissement et le bien-être. Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale.*
- Davidson, L., Rakfeldt, J., Strauss, J. (2010). *The Roots of the Recovery Movement in Psychiatry : Lessons Learned.* Wiley-Blackwell Ltd, USA.
- Davidson, L., Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness : One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, 16(4), 549-470.
- Davidson, L., O'Connell, M.J., Tondora, J., Styron, T., Kangas, K. (2006). The top ten concerns about recovery encountered in mental health system transformation. *Psychiatric Services*, 57(5), 640-645.
- Davidson, L., O'Connell, M.J., Tondora, J., Staeheli, M., Evans, A.C. (2005). Recovery in Serious Mental Illness : Paradigm Shift or Shboleth? Dans Davidson L, Harding C, Spaniol L editour. *Recovery from Severe Mental Illnesses : Research Evidence And Implications for Practice.* Boston, MA : Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation; 2005. P. 5-26.
- Davidson, (2005). Recovery from severe mental illness : Research evidence and implication for practice. *Center for psychiatric Rehabilitation, Boston, Vol 1, 484p.*
- Davidson, L., McGlashan, T.H., (1997). The Varied Outcomes of Schizophrenia, *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 34-43.
- Deegan, PE (1997). Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities . *Social Work in health Care.* Vol.25, Issue 3.
- Duncan E, Best C, Hagen S. Shared decision making interventions for people with mental health conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 1. Art. No.: CD007297. DOI: 10.1002/14651858.CD007297.pub2.

- Eggers, C., Bunk, D., (1997). The long-term course of childhood-onset schizophrenia : a 42-year follow-up, *Schizophrenia Bulletin*, 23, 1, 105-117.
- Félix, A. (2012). Le rétablissement. <http://www.arihq.com>. Louis H. Lafontaine.
- Harding et coll. (1994). Empirical correction of seven myths about schizophrenia with implication for treatment. *Acta Psychiatr Scand*, 90, (suppl 384), 140-146.
- Harding, C., Strauss, J.S., Zubin, J., (1992). Chronicity in schizophrenia : revisited, *British Journal of Psychiatry*, 161, 27-37.
- Harding, CM, Brooks BW, Ashikaga, T, Strauss JS, Breier A. (1987). Tue Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, I : Methodology, study sample, and overall status 32 years later. *American Journal of Psychiatry*. 144 (6) : 718-26.
- Harding, C.M., (1986). Speculations on the Measurement of Recovery from Severe Psychiatric Disorder and the Human Condition, *Psychiatric Journal of University of Ottawa*, 11, 4, 199-204.
- Institut Universitaire en santé mentale de Québec (2011). **Plan stratégique 2011/2015**. [www.institutsmq.gc.ca](http://www.institutsmq.gc.ca)
- Jacobson, N., (2007). Politiques et pratiques en santé mentale. Comment intégrer le concept du rétablissement. *santé mentale au Québec*. Volume 32, numéro 1, p. 245-264.
- Jacobson, N., (2004). In *recovery : The Making of Mental Health Policy*, Nashville, Tennessee, Vanderbilt University Press.
- Jacobson, N., Greenley, D. (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services*. 52 (4) : 482-5.
- Jacobson, N., Greenley, D. (2001). What Is Recovery? A Conceptual Model and Explication. *Psychiatric Services* 2001; doi: 10.1176/appi.ps.52.4.482.
- Kaplan L, Nugent, C, Baker, M, Clark, HW;, Veyseky, BM. (2010). Introduction: the Recovery Community Services Program. 28(3), 244-55.
- Kaufman, PA. (2010). Transformation to recovery-oriented service delivery in a community mental health center. *Dissertation Abstracts international: Section B: The Sciences and Engineering*.
- Lauzon, G, Lecomte, Y ., (2002). Rétablissement au travail. *Revue Santé mentale au Québec* éditorial-Volume XXVII, numéro 1.
- Loyd C, King R, Moore L., (2010). Subjective and objective indicators of recovery in severe mental illness : a cross-sectional study. *Int J Soc Psychiatry*, 56(3), 220-9.
- Marengo, J., Harrow, M., Sands, J., Galloway, C., (1991). European versus U.S. data on the course of schizophrenia, *American Journal of Pschiatry*, 148, 5, 606-611.
- McGlashan, T.H., (1988). A Selective Review of Recent North American Long-term Followup Studies of Schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 14, 4, 515-542.

Ministère de la santé et des services sociaux (2005). Plan d'action en santé mentale 2005-2010. Publications. MSSS. [gouv.qc.ca](http://gouv.qc.ca)

Ministère de la santé et des services sociaux (2010). Plan stratégique 2010-2015. [publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-717-02.pdf](http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-717-02.pdf).

Morrissey, J.P., Goldman, H.H. (1986). Care and treatment of the mentally ill in the United States : Historical developments and reforms. *Annals of the American Academy of Political and Social Sciences*, 484, 12-27.

Nelson, G., Lord, J., Ochocka, J. (2001). Empowerment and mental health in community: Narratives of psychiatric consumers/survivors. *Journal of community & Applied Social Psychology*.

Newberry DJ, Strong AD (2009). Beyond mental health maintenance : an evaluation framework driven by recovery-focused outcomes, *Canadian Journal of Community Mental health*. 28(2), 73-94.

Noiseux, S et coll. (2010). The processus of recovery of people with mental illness : the perspectives of patients, family, members and care providers : part 1. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/161>.

O'Hagan, M. (2001). Recovery Competencies for New Zealand Mental Health Workers. Produced by the New Zealand Mental Health Commission, Wellington.

Provencher, Hélène (2002). L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques. *Santé Mentale Québec*. Volume 27, numéro 1, p. 35-64.

Ramon, S., Shera, W, Healy, B, Lachman, M, Renouf, N. (2009). The rediscovered concept of recovery in mental illness: A multicountry comparaison of policy and practice. *International Journal of Mental Health*, Vol 38(2), 106-126.

Rapp, (2004 ). Le suivi communautaire : approche axée sur les forces. *Le suivi communautaire en santé mentale*. Psychologie. Presses de l'université d'Ottawa, pp. 31-65.

Roberts, G., Wolfson, P. (2004). The rediscovery of recovery : Open to all. *Advances in Psychiatry Treatment*, 10, 37-49.

Ruth O. Ralph PhD, Edmund S. (2000). A Synthesis of a Sample of Recovery Literature. Munskie School of Public Service, University of Southern Maine.

SAMHSA, Consensus Statement on Mental Health Recovery (2006). *Voices of transformation : Developing Recovery-Based Statewide Consumer/Survivor Organisations* (Traduit par Charles Rice : Le rétablissement tel que défini par le mouvement des utilisateurs de services américains).

Scottish Recovery Network (2009). Online document: [http:// www. Scottishrecovery. Net](http://www.Scottishrecovery.Net).

Sharfstein, SS, Dickerson, FB, Oldham, JM, (2009). Quality indicators. *Textbook of hospital psychiatry*. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc, xxi, 506 pp.

Smith-Merry, J, (2008). Improving mental health and Wellbeing in Scotland: a model policy approach. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*. 7(3), 10p.

Sowers, W, American Association of Community Psychiatrists, Quality Management Committee (2005). *Tranforming systems of care: The American Association of Community Psychiatrists Guidelines for Recovery Oriented Services*. *Community Mental Health Journal*. 41(6), 757-74.

**INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DE QUÉBEC**  
Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé  
2601, chemin de la Canardière  
Québec (Québec) G1J 2G3  
Téléphone : 418 663-5112 — Télécopieur : 418 663-9774