

Mise en garde

Ceci est un travail d'étudiant. Tout ce qui a été écrit n'a pas été nécessairement vérifié et validé. Cependant, il nous apparaît intéressant de le rendre disponible pour réflexion et approfondissement d'un sujet.

Université de Montréal

**CONCEPTION D'UN OUTIL DE COLLECTE DE DONNÉES POUR
L'ÉVALUATION DES EFFETS ATTENDUS DU PLAN D'INTERVENTION
INTERDISCIPLINAIRE-PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ (PII-PSI) À
L'HÔPITAL LOUIS-H. LAFONTAINE (HLHL)**

par

Mathieu Giguère-Allard

Programme d'ergothérapie, École de Réadaptation
Faculté de médecine

Projet d'intégration présenté à la Faculté des études supérieures et postdoctorales
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise en sciences (ergothérapie)

Sous la direction de :

Catherine Briand

Brigitte Vachon

Août 2011

© Mathieu Giguère-Allard, 2011

Résumé

CONCEPTION D'UN OUTIL DE COLLECTE DE DONNÉES POUR ÉVALUER LES EFFETS ATTENDUS DU PLAN D'INTERVENTION INTERDISCIPLINAIRE-PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ (PII-PSI) À L'HÔPITAL LOUIS-H. LAFONTAINE (HLHL)

Giguère-Allard M., Briand C., Vachon B. Centre de recherche Fernand-Séguin, affilié à l'hôpital Louis-H. Lafontaine.

Introduction : Les personnes atteintes de troubles mentaux graves (TMG) peuvent entretenir l'espoir de mener une vie satisfaisante. Il est même recommandé de favoriser leur implication dans le processus de rétablissement et veiller à ce qu'elles y participent activement. Le PII-PSI élaboré à HLHL a été conçu pour permettre à la personne de s'impliquer activement dans son plan d'intervention et pour contribuer à son rétablissement et au développement de sa volonté d'agir. Ce processus entre la personne et les intervenants rejoint aussi plusieurs idées de la prise de décision partagée. **But et méthode :** Participer à la conception d'un outil de collecte pour évaluer les effets du PII-PSI à HLHL, en modélisant d'abord le PII-PSI pour ensuite faire ressortir une liste d'indicateurs à partir desquels l'outil de collecte est créé. **Résultats et discussion:** L'outil comprend un canevas d'entrevue auprès de la personne, d'un intervenant-pivot, d'un proche et comprend une collecte au dossier médical. Certains outils d'évaluation standardisés ont été identifiés pour évaluer les effets du PII-PSI auprès d'un plus grand nombre de personnes. **Conclusion :** Cette démarche a permis aux parties prenantes de clarifier les différentes notions sous-jacentes au PII-PSI, d'obtenir les moyens nécessaires pour évaluer ses effets de manière approfondie (en utilisant l'outil de collecte auprès de quelques personnes) et de façon plus systématique (en utilisant les outils d'évaluation). Enfin, ce projet a permis aux parties prenantes de mieux cibler les perceptions et préférences des personnes utilisatrices de services quant à leur implication dans les décisions les concernant.

Remerciements

- Catherine Briand et Brigitte Vachon, co-directrices du projet
- Linda Fortier et Luc Legris (membres de la Direction des services cliniques à l'HLHL)
- Kathe Villeneuve et Luc Valiquette (agents de planification, programmation et recherche à l'HLHL qui ont contribué à ce projet)
- Alexandre Néron (personne-ressource pour l'implantation du PII-PSI à l'HLHL)
- Jocelyn Bisson (pour nous avoir fourni deux outils d'évaluation)
- L'hôpital Louis-H. Lafontaine et le Centre de Recherche Fernand-Seguin, pour m'avoir accueilli
- Le CÉRRIS et particulièrement Dominique Michaud (coordonnatrice) et Karine Charbonneau pour la visibilité offerte à nos projets

Table des matières

Résumé.....	iii
Remerciements.....	iv
Table des matières.....	v
Introduction.....	1
Les troubles mentaux graves et leur impact sur la vie des personnes.....	1
L'espoir du rétablissement.....	1
Les services axés vers le rétablissement.....	3
Le PII-PSI à Louis-H. Lafontaine : description.....	4
Implication dans le projet.....	7
But et objectifs spécifiques du projet.....	8
But général:.....	8
Objectifs spécifiques du projet d'intégration.....	8
Méthodologie.....	9
Objectif 1.....	9
Objectif 2 :.....	9
Résultats.....	10
Objectif 1 :.....	10
Liste des effets attendus et d'indicateurs.....	10
Objectif 2:.....	12
Discussion.....	13
Conclusion.....	16
Liste de références.....	17
ANNEXE 1 : Modélisation (version août 2010).....	20
ANNEXE 2 : Processus PII-PSI (déroulement).....	21

• Intervenant de proximité :	21
• Intervenant pivot :	21
• Projet de vie :	21
Phase 1 : Activités avant la rencontre PII	21
Phase 2 : Activités pendant la rencontre PII	21
Phase 3 : Activités après la rencontre PII	22
ANNEXE 3 : Outil de collecte de données.....	23
Annexe 3.1 : Canevas d’entrevue adressé à la personne	23
Concernant les étapes préalables à la rencontre pour l’élaboration du PII-PSI	23
Concernant la rencontre pour l’élaboration du PII-PSI en tant que telle.....	24
Concernant les étapes qui ont suivi la rencontre pour l’élaboration du PII-PSI	25
Concernant les résultats proximaux attendus	26
Annexe 3.2 : Canevas d’entrevue adressé à l’intervenant de proximité (et/ou l’intervenant- pivot, s’il a été nommé).....	27
Concernant les étapes préalables à la rencontre pour l’élaboration du PII-PSI	27
Concernant la rencontre pour l’élaboration du PII-PSI en tant que telle.....	28
Concernant les étapes qui ont suivi la rencontre pour l’élaboration du PII-PSI	29
Concernant les résultats proximaux attendus	30
Concernant les résultats distaux attendus	31
Annexe 3.3 : Canevas d’entrevue adressé à un proche (si impliqué dans la démarche)	32
Concernant la rencontre pour l’élaboration du PII-PSI en tant que telle.....	32
Concernant les étapes qui ont suivi la rencontre pour l’élaboration du PII-PSI	33
Concernant les résultats proximaux attendus	34
Annexe 3.4 : Éléments à collecter au dossier	35
Concernant les étapes préalables à la rencontre pour l’élaboration du PII-PSI	35
Concernant la rencontre pour l’élaboration du PII-PSI en tant que telle.....	36

Annexe 3.5 : Tableau des outils de mesure standardisés et indicateurs associés 37

Introduction

Les troubles mentaux graves et leur impact sur la vie des personnes

Les troubles mentaux graves (TMG) sont des troubles mentaux qui entraînent une incapacité grave i.e. une incapacité sévère et persistante. L'incapacité persistante se décrit comme étant prolongée et a pour caractéristique d'entraîner des symptômes résiduels, ainsi que plusieurs conséquences sur la participation sociale de la personne. Le principal trouble mental qui entraîne une incapacité grave est la schizophrénie. Certains autres troubles dépressifs (dans 20 % des cas), d'abus de substances, de personnalité et la déficience intellectuelle peuvent aussi entraîner une incapacité grave (World Health Organization, 2001). L'incapacité grave empêche la personne de réaliser ses habitudes de vie tant dans la réalisation des activités de sa vie quotidienne (manger, s'habiller, se laver, etc.) que dans ses loisirs, dans son travail ou dans ses relations avec les autres. L'impact d'un TMG est tel que deux personnes sur trois présentant un TMG ne peuvent pas maintenir leurs rôles sociaux de base, comme parent, employé, mari ou membre de la communauté (Kurzban, Davis, & Brekke, 2010).

L'espoir du rétablissement

Malgré l'impact des TMG, les personnes qui en sont atteintes peuvent entretenir l'espoir de mener une vie satisfaisante. Le rétablissement, d'abord relié à la santé mentale par Anthony (Anthony, 1993), aborde la construction d'une vie significative et satisfaisante pour la personne. Anthony mentionne aussi que le rétablissement est

possible sans intervention de professionnels et qu'il s'agit d'un processus non linéaire comprenant des plateaux et des rechutes. Farkas (Farkas, 2007) décrit le rétablissement comme « *le processus profondément personnel qui change l'attitude, les sentiments, les perceptions, les croyances, les rôles et les buts et la vie d'un individu* » ou encore « *le développement de nouveaux buts et significations à la vie d'un individu, malgré l'impact d'une maladie mentale* ».

L'espoir constitue également un concept central dans la notion du rétablissement. Il peut être insufflé lorsque la personne voit comment elle peut avoir un meilleur contrôle sur sa vie, en constatant comment d'autres personnes ayant vécu la même situation s'en sont sorties. Le rétablissement est très fortement relié à l'intégration sociale et aux rôles que peut jouer une personne dans sa communauté. Un des indicateurs les plus importants de progrès est lorsqu'une personne peut se défaire de son rôle de « malade » et contribuer comme membre actif de la société. L'idée d'avoir quelque chose à donner aide à reconstruire le sens de soi (Geoff; Shepherd, Boardman, & Slade, 2008) ou l'identité personnelle.

Il existe peu de littérature évaluant le rétablissement de façon formelle, mais certaines évidences scientifiques appuient la théorie du rétablissement. Il a été prouvé que lorsque les personnes atteintes de TMG progressent à travers leur rétablissement, leur motivation passe de « prévenir les pertes » à « promouvoir les gains » (Higgins, 1990). Il a été démontré que de se sentir plus en contrôle sur sa vie, de pouvoir communiquer davantage et de pouvoir contribuer dans la société ont un impact positif sur la santé (Geoff; Shepherd, et al., 2008). Les personnes ayant une opportunité de s'engager activement dans leur plan de traitement ont un meilleur pronostic (Majumder, Walls, &

Fullmer, 1998). L'importance d'inclure les familles et les proches dans les thérapies et dans les plans d'intervention a également été démontrée.

Cette implication active de la personne nécessite une certaine prise de conscience de sa condition et de ses besoins. Cette capacité à prendre conscience de sa condition n'est pas toujours facilitée chez les personnes présentant un TMG. Les personnes en phase aiguë de la maladie peuvent être en présence de symptômes dérangeants, comme les idées paranoïdes, les troubles de la pensée, etc. Par exemple, dans la schizophrénie, la présence de symptômes d'apathie, de retrait social, la difficulté à prendre des décisions et à se mobiliser (avolition) accentuent la difficulté d'implication des personnes dans leur processus de rétablissement (Lalonde, Aubut, & Grunberg, 1999). La même situation peut aussi s'appliquer pour d'autres TMG où d'autres symptômes viennent diminuer la capacité des personnes à prendre conscience de leur condition.

Les services axés vers le rétablissement

Shepherd (Geoff; Shepherd, 2007) nomme quelques pratiques axées sur le rétablissement à adopter pour les équipes concernant l'implication active de la personne : aider la personne à identifier et à prioriser ses objectifs centrés sur son rétablissement, porter une attention particulière aux buts nommés par la personne et l'éloignant de son rôle de malade, encourager le « self-management » des problèmes en santé mentale, etc. À l'intérieur des principes du rétablissement, on s'éloigne de la vision patient-expert dans l'approche avec les personnes et on se dirige davantage vers une relation d'équité. La personne doit être activement impliquée dans les décisions et faire partie intégrale de la recherche de solutions la concernant. Les intervenants de l'équipe en santé mentale ont

donc pour but de faire office de guides au rétablissement, en fournissant des informations et des ressources à l'individu, pour aider la personne à atteindre les buts qu'elle a préalablement déterminés, et ce, en respectant les choix de la personne en matière de modalités d'interventions (Davidson, 2010).

Le processus d'élaboration d'un plan d'intervention interdisciplinaire-Plan de services individualisé (PII-PSI¹) interpelle l'implication active de la personne. Pour effectuer ce changement de paradigme vers une relation d'équité personne/intervenant axée sur le rétablissement, le PII-PSI se doit d'être un outil qui met réellement la personne au centre des décisions la concernant. Il faut comprendre que c'est non seulement par des pratiques conventionnelles de réadaptation que l'on peut soutenir le rétablissement d'une personne, mais aussi en utilisant toutes les opportunités qu'offre le processus d'utilisation de services pour situer la personne comme citoyen à part entière. Le PII-PSI peut en être un moyen.

Le PII-PSI à Louis-H. Lafontaine : description

C'est justement le défi que s'est donné l'Hôpital Louis-H. Lafontaine (l'HLHL) : faire du plan d'intervention interdisciplinaire-Plan de services individualisé (PII-PSI), un outil où la personne prendrait part activement aux décisions la concernant et qui favoriserait le rétablissement des personnes visées par celui-ci. Selon un rapport rédigé conjointement par la direction des services cliniques (DSC) et la direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté (DSRHC) de l'HLHL concernant

¹ Le PII est un outil de collaboration entre plusieurs intervenants d'une même organisation ou des intervenants d'organisations différentes, qui vise à faciliter le coordination et la planification des services autour d'une personne.

l'implantation du PII-PSI à l'HLHL (Groupe de travail interdirections, 2008), le plan d'intervention interdisciplinaire est un outil de planification et de coordination mis à la disposition de la personne pour qu'elle puisse atteindre des objectifs fixés par elle-même. Le PII-PSI élaboré à l'HLHL se définit comme un moyen d'« organiser, de façon efficace, le travail d'équipe et la collaboration interprofessionnelle pour accompagner la personne dans la réalisation de son projet et l'atteinte de ses objectifs » (Couture & Néron, 2010). Le PII-PSI élaboré à l'HLHL a pour clientèle cible les personnes présentant une problématique complexe (souvent un TMG) et nécessitant généralement plus de trois intervenants (ou personne faisant partie d'une clientèle de longue durée en processus de réinsertion sociale).

Concrètement, le PII-PSI élaboré à l'HLHL résume la situation de la personne, selon son point de vue, le point de vue de ses proches (si impliqués) et celui des professionnels, en mentionnant les objectifs visés par la personne ainsi que ses projets à long terme, ses forces et ses faiblesses (voir l'annexe 2 pour la description complète de la démarche PII-PSI). Cela signifie que la personne utilisatrice de services et/ou son proche doivent être informés de la démarche, présents aux réunions interdisciplinaires et activement impliqués dans l'élaboration des PII-PSI. La personne doit mentionner ses désirs et faire part de ses projets et de ses préférences quant au choix des modalités d'interventions. L'équipe traitante doit centrer ses interventions sur les projets et les besoins de la personne, appuyée par ses proches. Les cliniciens sont donc encouragés à considérer et à respecter les choix des personnes et à travailler pour atteindre leurs objectifs. Le personnel doit davantage centrer ses interventions sur les forces de la personne. De plus, l'équipe doit devenir plus attentive aux buts éloignant la personne de

son « rôle de malade ». Le PII-PSI élaboré à l'HLHL s'appuie sur donc la notion du rétablissement, en respectant l'idée du «self-management».

Ce nouveau PII-PSI élaboré à l'HLHL et axé sur le rétablissement est présentement utilisé dans certaines unités de l'hôpital (le PSI étant utilisé lorsque plus de deux établissements sont impliqués). Le Conseil Canadien d'Agrément, ainsi que les codes de déontologie de certains professionnels ont recommandé l'utilisation de cette pratique davantage centrée sur la personne et l'HLHL s'est donné pour mission d'utiliser le PII-PSI pour la clientèle ciblée précédemment d'ici 2011-2012. Au Québec, le plan d'action en santé mentale 2005-2010 a fait ressortir le besoin de centrer les interventions sur le client et d'intégrer la notion de rétablissement à l'offre de services (Ministère de la santé et des services sociaux, 2005).

L'application du PII-PSI élaboré à l'HLHL vise de nombreux objectifs, tant pour la personne que pour la collaboration interdisciplinaire ou pour les gestionnaires. Dans le cadre de ce projet, seuls les objectifs du PII-PSI relatifs à la personne sont abordés.

Parallèle avec la prise de décision partagée et avec le patient-partenaire.

Le PII-PSI est non sans nous rappeler un courant très influent dans le domaine de la santé, y compris en ergothérapie, soit la prise de décision partagée (PDP) (Makoul & Clayman, 2006). La PDP cible davantage une situation précise à discuter entre un professionnel et une personne utilisatrice de services (Elwyn et al., 2003), tandis que le PII-PSI à l'HLHL constitue plutôt un processus impliquant un ensemble d'intervenants pour cibler plusieurs interventions. Cependant, le PII-PSI, comme la PDP ont tous deux comme objectif d'identifier les besoins de la personne, de l'impliquer activement dans le

processus décisionnel, de respecter son autonomie et de favoriser son engagement. Après 40 ans de hauts et de bas en matière de désinstitutionalisation des personnes atteintes de TMG, les gains faits en matière de défense des droits de ces personnes utilisatrices de services ont petit à petit mené à la notion de patient partenaire, visant à mettre à profit l'expertise des patients en vue d'une offre de soins et services davantage personnalisée (Dumez, 2010). D'ailleurs, ce projet bénéficie aussi de l'appui formel du *Bureau facultaire de l'expertise patient-partenaire*, mis sur pied récemment par la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et ayant pour mission de faire du patient un partenaire de soins, d'enseignement et de recherche (Dumez, 2010).

Implication dans le projet

À l'été 2010, un stage COPSE m'a permis de débiter mon implication dans le projet «plan d'intervention interdisciplinaire - plan de services individualisé» (PII-PSI) à l'hôpital Louis-H. Lafontaine (l'HLHL). Le travail de cet été avait pour but premier de modéliser le PII-PSI, pour rendre explicites les différents liens entre les éléments de la structure, le processus et les effets attendus (comprenant les objectifs d'intervention, les buts immédiats et les buts ultimes) de l'intervention, pour en venir à vérifier la cohérence entre l'intervention et les effets attendus. Ce projet se situait donc dans le domaine de la recherche évaluative, qui vise à analyser par des méthodes scientifiques les relations qui existent entre les différentes composantes d'une intervention (Contandriopoulos, Champagne, Denis, & Avargues, 2000). La modélisation est une étape préliminaire importante à toute analyse et particulièrement pour l'analyse d'implantation d'interventions et de ses effets. Conformément aux étapes présentées par

Contandriopoulos & al. , le modèle logique a été élaboré (Contandriopoulos, Champagne, Denis, & Avargues). Pour ce faire, les étapes ont été les suivantes:

- consulter les documents officiels, traitant de la conception du PII-PSI
- consulter la littérature scientifique sous-jacente aux thèmes émergents du modèle
- conduire une entrevue de groupe auprès des parties prenantes ayant élaboré le PII-PSI
- élaborer une nouvelle modélisation à chaque étape dans un travail de va-et-vient pour illustrer le modèle de l'intervention le plus fidèlement possible et le valider auprès des parties prenantes. Le logiciel « Cmap Tools » a été utilisé pour la conception du modèle logique.

Le présent projet fait suite au travail ayant été fait à l'été 2010.

But et objectifs spécifiques du projet

But général: participer à la conception d'un outil de collecte de données pour l'évaluation des effets du PII-PSI à l'HLHL.

Objectifs spécifiques du projet d'intégration
--

1. Participer à l'identification d'indicateurs et à la révision des effets attendus pour la conception d'un outil de collecte de données des effets attendus de l'implantation du PII-PSI à l'hôpital Louis-H. Lafontaine, visant les personnes, des proches et des intervenants de l'équipe.

2. Participer à la conception de l’outil de collecte de données des effets attendus de l’implantation du PII-PSI à l’hôpital Louis-H. Lafontaine, visant les personnes, des proches et des intervenants de l’équipe

Méthodologie

Objectif 1 : Identifier les indicateurs

- 1.1 Élaboration d’une liste préliminaire d’indicateurs découlant de la modélisation effectuée dans le cadre du stage d’été.
- 1.2 Rencontre avec les parties prenantes pour présenter la modélisation finale du projet de l’été 2010, puis pour valider la liste d’indicateurs qui en a découlé. Les parties prenantes sont constituées de l’adjointe à la DSC, un conseiller clinique à la DSC, un agent d’intervention en service social (personne-ressource mandat spécial PII-PSI à HLHL), deux agents de planification, programmation et recherche à la DSC, les deux co-directrices du projet de recherche et moi-même.
- 1.3 Mise à jour de la liste d’indicateurs à partir des commentaires des parties prenantes. Un document sur la rédaction d’indicateurs sera consulté pour obtenir une formulation claire, complète et opérationnelle (Agence nationale d’Accréditation et d’Évaluation en Santé, 2002).
- 1.4 Contre-vérification de la formulation des indicateurs et des liens avec le modèle logique auprès des directrices de projet, par processus de va-et-vient.

Objectif 2 : Concevoir l’outil de collecte de données avec les parties prenantes.

- 2.1 Identification des méthodes de collecte de données pour mesurer chacun des indicateurs
- 2.2 Rencontre avec les parties prenantes (présentées dans la section 1.2 de la méthodologie), pour présenter les méthodes de collecte de données proposées.
- 2.3 Élaboration de l’outil de collecte de données.

Résultats

Objectif 1 : Une liste d’indicateurs est ressortie suite au processus de va-et-vient entre les parties prenantes et notre équipe, afin de cerner les effets attendus du PII-PSI. Cette liste comprend les objectifs d’intervention, les buts immédiats et les buts ultimes.

Liste des effets attendus et d’indicateurs.

Le travail d’élaboration et de formulation des indicateurs a nécessité une révision au niveau de la formulation des effets attendus et donc, une mise à jour du modèle logique élaboré à l’été 2010. Le tableau qui suit présente la liste des effets attendus et d’indicateurs, retravaillés.

Objectifs d’intervention (évaluation du processus PII)

Avant la rencontre d’élaboration du PII-PSI:

- Que l’intervenant de proximité soutienne la personne et son proche (ou personnes significatives) dans l’identification de son projet de vie (l’identification et la priorisation de ses objectifs personnels pour les prochains 6-12 mois, identification de ses forces, qualités et de ses obstacles). (**Niveau de mise en œuvre des activités préparatoires à l’élaboration du PII-PSI**)
- Que la personne participe à la décision concernant son implication ainsi que l’implication de son proche ou de personnes significatives dans les différentes étapes d’élaboration du PII. (**Possibilité de participer au choix des personnes présentes à la rencontre d’élaboration du PII-PSI**)

Pendant la rencontre d'élaboration du PII-PSI :

- Que l'équipe, au cours de la rencontre pour l'élaboration du plan d'intervention, reconnaisse le potentiel de la personne en : portant une attention particulière au point de vue de la personne concernant son projet de vie (choses qu'elle veut réaliser dans les prochains 6-12 mois, forces, qualités, obstacles) et en considérant ses préférences concernant les modalités d'interventions. (**Niveau d'attention de l'équipe concernant la reconnaissance du potentiel de la personne lors de la rencontre pour l'élaboration du PII-PSI.**)
- Que la personne (et/ou le proche) participe activement à la rencontre pour l'élaboration du plan d'intervention, en répondant aux questions de l'équipe, en posant des questions, en exprimant son accord ou son désaccord avec les points abordés et en donnant son point de vue sur le choix des modalités d'intervention. (**Niveau de participation de la personne (et/ou de son proche) à la rencontre pour l'élaboration du PII-PSI.**)
- Que la personne soit renseignée sur l'opinion de son équipe concernant son projet de vie et comprenne la nature des soins et services qui lui seront fournis. (**Niveau d'information donnée à la personne concernant l'opinion de l'équipe durant la rencontre PII-PSI**)
- Que l'équipe, pendant la rencontre pour l'élaboration PII, choisisse des objectifs et des modalités d'intervention en lien avec le projet de vie de la personne. (**Niveau de cohérence entre le projet de vie de la personne et les objectifs/modalités d'interventions ciblés par l'équipe durant la rencontre d'élaboration du PII-PSI**)

Après la rencontre d'élaboration du PII-PSI :

- Que la personne (et/ou son proche) manifeste son niveau d'accord et de satisfaction avec le PII. (**Possibilité d'exprimer son niveau d'accord et de satisfaction envers son PII-PSI**)
- Que l'équipe, suite à la rencontre pour l'élaboration du PII, respecte le choix des modalités d'interventions (actions) ayant préalablement été fait. (**Niveau de cohérence entre les actions ciblées durant le PII-PSI et celles appliqués par l'équipe.**)
- Que l'équipe, au cours de la rencontre de révision, reconnaisse le potentiel de la personne en : portant une attention particulière au point de vue de la personne concernant son projet de vie (objectif personnels, forces, faiblesses, buts) et en considérant ses préférences concernant les modalités d'interventions. (**Niveau d'attention de l'équipe concernant la reconnaissance du potentiel de la personne, lors de la rencontre de révision**)
- Que la personne (et/ou le proche) participe activement à la rencontre de révision du plan d'intervention, en répondant aux questions de l'équipe, en posant des questions, en exprimant son accord ou son désaccord avec les points abordés et en donnant son point de vue sur le choix des modalités d'intervention. (**Niveau de participation de la personne (et/ou de son proche) à la rencontre de révision du PII-PSI**)
- Que l'équipe, suite à la rencontre de révision du PII, respecte le choix des modalités d'interventions (actions) ayant préalablement été fait. (**Niveau de cohérence entre les actions ciblées pendant la rencontre de révision PII-PSI et celles appliqués par l'équipe.**)

Buts immédiats (évaluation des résultats proximaux du PII-PSI) :

- Que la personne prenne conscience davantage de la situation, de ce qu'elle désire et qu'elle soit en mesure de mieux clarifier son projet de vie, en identifiant et priorisant les choses qu'elle veut réaliser au cours des 6 à 12 prochains mois (objectifs personnels, buts) et en

identifiant ses forces, qualités et ses obstacles. (**Niveau de prise de conscience de la situation et de clarification du projet de vie**)

- Que la personne fasse preuve de plus d'engagement dans son projet de vie. (**Niveau d'engagement de la personne envers son projet de vie**)
- Que la personne atteigne les objectifs qu'elle s'est fixés. (**Niveau d'atteinte du projet de vie**)

Buts ultimes (évaluation des résultats distaux du PII-PSI) :

- Que la personne (et/ou son proche) perçoive davantage la relation avec les professionnels comme une relation d'équité, où son opinion est considérée et où l'on reconnaît la valeur de son vécu expérientiel (**niveau de reconnaissance d'une expertise à la personne**).
- Que la personne sente qu'elle a un pouvoir sur les décisions la concernant (**niveau de pouvoir décisionnel**).
- Que la personne ressente davantage de confiance en elle et qu'elle croit davantage qu'elle peut améliorer sa situation actuelle (**niveau d'auto efficacité personnelle**).

Objectif 2: À partir de cette liste d'indicateurs, l'outil de collecte de données a été bâti en en quatre parties, selon cinq sources d'informations pouvant être utilisées pour mesurer nos indicateurs.

1. Un canevas d'entrevue adressé à la personne
2. Un canevas d'entrevue adressé à l'intervenant-pivot ou à l'intervenant de proximité
3. Un canevas d'entrevue adressé à un proche
4. Une liste d'éléments à vérifier au dossier médical
5. Une série d'outils de mesures standardisés

Suite à une rencontre avec les parties prenantes, les cinq méthodes de collecte de données proposées ont été acceptées. Les canevas d'entrevue et la liste d'éléments à trouver au dossier médical se retrouvent dans les annexes 3.1 à 3.4

Pour ce qui est des outils de mesure standardisés, plusieurs outils ont été proposés afin de donner un choix aux parties prenantes. Le tableau à l'annexe 3.5 présente les outils proposés aux parties prenantes ainsi que chacun des indicateurs ciblés par ces outils (concernant les buts immédiats ou les buts ultimes).

Il est à noter que le canevas d'entrevue n'a pas fait l'objet d'un essai pilote. Malgré cela quelques constats ont tout de même été faits pour l'amélioration du PII-PSI. Pour être cohérent avec les étapes du PII-PSI, ainsi qu'avec le but du projet, on devrait ajouter à la première page du formulaire : un champ réservé à la signature de l'utilisateur de services et de l'intervenant-pivot, un autre à l'identification des préférences quant aux modalités d'intervention et un dernier champ réservé à l'identification des personnes préférablement présentes à la rencontre pour l'élaboration du PII-PSI. Ces éléments font partie de la démarche PII-PSI, mais pourraient être davantage considérés s'ils étaient inscrits formellement sur la première page du formulaire PII-PSI.

Discussion

Le PII-PSI élaboré à l'HLHL vise donc la reprise du pouvoir par la personne, en considérant son opinion et en l'impliquant plus activement dans les choix la concernant. Si l'on se rapporte aux courants de pensée en ergothérapie, on peut affirmer que les notions de rétablissement ainsi que d'«*empowerment*» ou d'autonomisation (Hammel, Chalton, Jones, Kramer, & Wilson, 2009) se relie bien au projet PII-PSI, de par cette idée commune de redonner du pouvoir d'agir à la personne utilisatrice de services. Dans ce dernier courant, on y traite du mouvement de l'*empowerment consciousness*, nous disant d'utiliser notre rôle de professionnel pour être des agents de changement dans nos

interventions afin que la personne prenne conscience de son pouvoir d'agir. Pour ce faire, deux étapes sont nécessaires : permettre aux personnes utilisatrices de services de prendre conscience de leur autonomisation ou pouvoir d'agir sur leur vie et faire en sorte qu'ils jouent un rôle important non-seulement dans leur réadaptation (comme ce que nous proposons de par ce projet), mais aussi en tant que membre de la communauté.

D'ailleurs, selon un rapport du *Social Exclusion Unit* (Social Exclusion Unit, 2004), l'exclusion sociale est un facteur contribuant à la persistance des problèmes mentaux; l'espoir et les attentes de la personne, liés à leur inclusion dans la communauté, ont une plus grande influence sur leurs comportements que l'opinion d'un professionnel. On voit donc l'importance d'inclure un volet social à nos interventions et, par le fait même, la nécessité de trouver des interventions et projets qui rejoignent les intérêts et les attentes des personnes utilisatrices de services, pour favoriser une réintégration sociale optimale dans la communauté et davantage centrée sur la personne. L'implication de la personne dans son PII est une 1^{ère} étape qui permet de reconnaître la personne à part entière, son droit et sa capacité à faire des choix par elle-même.

Un deuxième courant influent lié à l'ergothérapie vient rejoindre également ce projet; l'importance d'avoir une vie satisfaisante ou correspondant à nos attentes, soit celui des sciences de l'occupation. Les origines de la notion des sciences de l'occupation sont multiples, mais lorsque Yerxa (Yerxa, 1998) formula que les humains avaient besoin de participer à des occupations qui étaient fondamentales pour leur santé, une bonne base avait été établie. Trois thèmes importants ont émergé des sciences de l'occupation, soient l'engagement dans des activités significatives, le sens des occupations et l'équilibre occupationnel (Larson, Wood, & Clark, 2003). Depuis, l'engagement dans des activités

significatives a été démontré comme étant essentiel à la santé et à une qualité de vie raisonnable (Ay-Woan, Sarah, Lyinn, Tsy-Jang, & Ping-Chuan, 2006). Ce même engagement nous permet de créer notre identité personnelle et sociale, notre connexion aux autres (Eklund, Leufstadius, & Bejerholm, 2009), ainsi que notre estime de soi et notre sentiment d'efficacité personnelle (Arns & Linney, 1993). Morgan (Morgan, 2010) argumente que pour obtenir une satisfaction occupationnelle, la personne doit d'abord s'engager dans des occupations rejoignant ses valeurs, croyances et préoccupations. On peut donc croire que le PII-PSI, mis en place par des agents de changement à l'HLHL, vise non seulement à autonomiser la personne utilisatrice de services, mais permet aussi d'orienter les interventions de l'équipe vers ses buts, valeurs et préoccupations. Le PII-PSI de l'HLHL favorise la satisfaction occupationnelle des personnes utilisatrices de services, en donnant un sens à leurs occupations via l'engagement dans des activités qui leur sont significatives et qui donnent un sens à leurs vies.

Ce projet constitue aussi un moyen d'axer les services offerts au Québec santé mentale davantage vers la personne utilisatrice de services, de rejoindre les notions de patients-partenaires et de rétablissement. À cet effet, nous espérons que d'autres projets tels que celui-ci naîtront éventuellement dans le but de redonner plus de pouvoir d'agir à la personne utilisatrice de services. L'ergothérapeute, de par ses bases théoriques mettant le client au centre des décisions le concernant, doit prendre une part active et agir en tant que pionnier pour supporter des démarches telles le PII-PSI dans les établissements.

Ce projet permet d'établir des bases pour une future évaluation des effets attendus du PII-PSI à l'HLHL. Des démarches ont déjà été entreprises par Catherine Briand, Jean-François Pelletier et Brigitte Vachon afin de décrire les perceptions des personnes

utilisatrices de services, de leurs proches et des intervenants en utilisant la première version du PII-PSI à l'HLHL. Ces démarches permettront aussi d'élaborer et de valider de manière participative une deuxième version du PII-PSI et d'en mesurer les effets, à partir de l'outil de collecte de données développé dans ce travail. Le projet à venir permettra donc d'évaluer l'atteinte des objectifs du PII-PSI en matière de rétablissement, de participation et de satisfaction des personnes utilisatrices de services à l'HLHL.

Bref, à l'aide des entretiens qualitatifs et des outils de mesures standardisés choisis, nous pourrons savoir à quel point la personne a pris conscience de sa situation, a clarifié et s'est engagée dans son projet de vie, a atteint l'objectif qu'elle s'est fixé, a un meilleur niveau de pouvoir décisionnel, a un meilleur sentiment d'efficacité personnelle et se sent autonomisée (notion d'*empowerment*).

Conclusion

Cet outil de collecte de données permet de mieux cibler le projet de vie des personnes utilisatrices de services et de maximiser leur implication dans les différentes décisions les concernant et dans leur processus de rétablissement. Cette démarche donne aussi une base pour l'évaluation des effets attendus du PII-PSI à l'HLHL. L'HLHL a fait des avancées importantes pour impliquer les personnes utilisatrices de services dans les décisions les concernant et la mise en place du PII-PSI en est la preuve. La concrétisation de ce projet auprès du plus grand nombre possible de personnes doit devenir un exemple, prouvant que l'implication active de ces personnes est non-seulement possible, mais essentielle. Une organisation offrant de services de santé mentale doit se mobiliser afin de

faire des personnes utilisatrices de services des patients-partenaires pour lesquels on reconnaît une expertise, utile à la fois dans les décisions les concernant, mais aussi dans la recherche et dans l'enseignement (Dumez, 2010). Il est donc envisageable de favoriser l'autonomisation des personnes utilisatrices de services, en tant que professionnels de la santé aillant une vision holistique de la personne. Étant centrés sur les besoins et les préoccupations de ces personnes utilisatrices de services, les ergothérapeutes doivent agir dans leurs différents milieux de travail, afin de redonner du pouvoir à ces personnes, selon les notions d'*empowerment* et de rétablissement. Cette implication des ergothérapeutes dans de tels projets est importante pour promouvoir la profession auprès de la clientèle, des établissements et apporte un vent de renouveau au sein des organisations.

Liste de références

- Agence nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. (2002). *Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé – Principes généraux*.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Arns, P. G., & Linney, J. A. (1993). Work, self, and life satisfaction for persons with severe and persistent mental disorders. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17(2), 63-79.
- Ay-Woan, P., Sarah, C. P., Lynn, C., Tsyng-Jang, C., & Ping-Chuan, H. (2006). Quality of life in depression: predictive models. *Qual Life Res*, 15(1), 39-48.
- Bisson, J. (2005). Traduction française libre de l'Échelle d'Empowerment de Rogers et al. (1997). Centre de recherche fernand-Séguin.
- Bisson, J., Pelletier, J.-F., Vasiliadis, H.-M., Lesage, A., & Corrigan. (2007). Traduction française du Recovery Assessment Scale. Centre de recherche fernand-Séguin.
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Denis, J.-L., & Avargues, M.-C. Modéliser les interventions.
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Denis, J.-L., & Avargues, M.-C. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. *Revue Épidémiologique et santé publique*, 48, 517-539.
- Corrigan, P. W., Giffort, D., Rashid, F., Leary, M., & Okeke, I. (1999). Recovery as a psychological construct. *Community Ment Health J*, 35(3), 231-239.
- Couture, J., & Néron, A. (2010). Guide d'utilisation du PII-PSI Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Davidson, L. (2010). Recovery – Concepts and application. Recovery Devon Group.
- Dumez, V. (2010). Le patient partenaire de soins, nouvelle image de marque de la Faculté. .

- Eklund, M., Leufstadius, C., & Bejerholm, U. (2009). Time Use among People with Psychiatric Disabilities: Implications for Practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 32(3), 177-191.
- Elwyn, G., Edwards, A., Wensing, M., Hood, K., Atwell, C., & Grol, R. (2003). Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement. *Quality and Safety in Health Care*, 12(2), 93-99.
- Farkas, M. (2007). The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World psychiatry*, 6, 68-74.
- Groupe de travail interdirections. (2008). *PLAN D'INTERVENTION INTERDISCIPLINAIRE et PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ: Orientations et recommandations*. Montreal: Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Hammel, J., Chalton, J., Jones, R., Kramer, M., & Wilson, T. (2009). From disability rights to empowered consciousness. In E. Blesedell Crepeau, S. E. Cohn & B. A. Boyt Schell (Eds.), *Willard & Spackman's occupational therapy* (pp. 868-887). Philadelphia: Wolters Kluwer | Lippincott Williams & Wilkins.
- Higgins, E. (1990). Approach/Avoidance orientations and operations. Columbia University.
- Kiresuk, T. J., & Sherman, R. E. (1968). Goal Attainment Scaling: A General Method for Evaluating Comprehensive Community Mental Health Programs. *Community Mental Health Journal*, 4(6), 443-453.
- Kurzban, S., Davis, L., & Brekke, J. S. (2010). Vocational, Social, and Cognitive Rehabilitation for Individuals Diagnosed With Schizophrenia: A Review of Recent Research and Trends. *Curr Psychiatry Rep*.
- Lalonde, P., Aubut, J., & Grunberg, F. (1999). Schizophrénies. In G. M. É. Itée (Ed.), *Psychiatrie clinique: une approche bio-psycho-sociale, TOME 1 (Introduction et syndrômes cliniques)*. Boucherville.
- Larson, E. A., Wood, W., & Clark, F. (2003). Occupational science: building the science and practice of occupation through an academic discipline. In E. B. Crepeau, S. E. Cohn & B. A. Boyt Schell (Eds.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (10th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams Wilkins.
- Majumder, R. K., Walls, R. T., & Fullmer, S. L. (1998). Rehabilitation Client Involvement in employment decisions. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 42(2), 162-173.
- Makoul, G., & Clayman, M. L. (2006). An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Educ Couns*, 60(3), 301-312.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010: La force des liens*.
- Morgan, W. J. (2010). What, Exactly, Is Occupational Satisfaction? *Journal of Occupational Science*, 17(3), 216-223.
- O'Connell, M., Tondora, J., Croog, G., Evans, A., & Davidson, L. (2005). From rhetoric to routine: assessing perceptions of recovery-oriented practices in a state mental health and addiction system. *Psychiatr Rehabil J*, 28(4), 378-386.
- Ridgway, P., & Press, A. (2004). *Assessing the recovery-commitment of your mental health service: A user's guide for the developing recovery enhancing environments measure (DREEM)*.
- Rogers, E., Chamberlin, J., Ellison, M., & Crean, T. (1997). A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatr Serv*, 48(8), 1042-1047.
- Shepherd, G. (2007). Specification for a comprehensive 'Rehabilitation and Recovery' service in Herefordshire. Hereford PCT Mental Health Services.

- Shepherd, G., Boardman, J., & Slade, M. (2008). *Making Recovery a reality, policy paper*: Sainsbury Centre for Mental Health.
- Sherer, M., & et al. (1982). The Self-efficacy Scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51(2), 663-671.
- Social Exclusion Unit. (2004). *Mental Health and Social Exclusion*.
- World Health Organization. (2001). *World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Retrieved from <http://www.who.int/whr/en>.
- Yerxa, E. J. (1998). Health and the human spirit for occupation. *Am J Occup Ther*, 52(6), 412-418.

ANNEXE 1 : Modélisation (version août 2010)

Modèle logique opérationnel: structure, processus et effets attendus (objectifs d'intervention, buts immédiats, buts ultimes) du PII-PSI

par Mathieu Giguère-Alain, juillet 2010

Structure (ressources)



Processus (activités)

restent en place

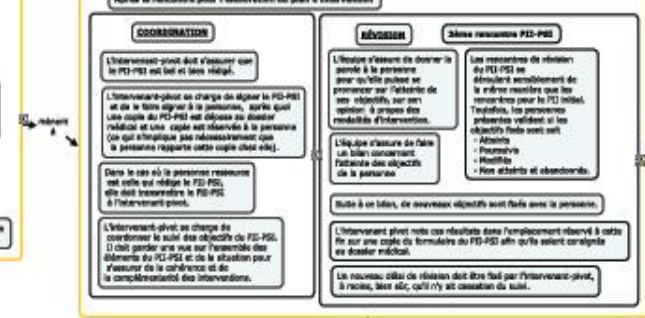
Avant la rencontre pour l'élaboration du plan d'intervention initial



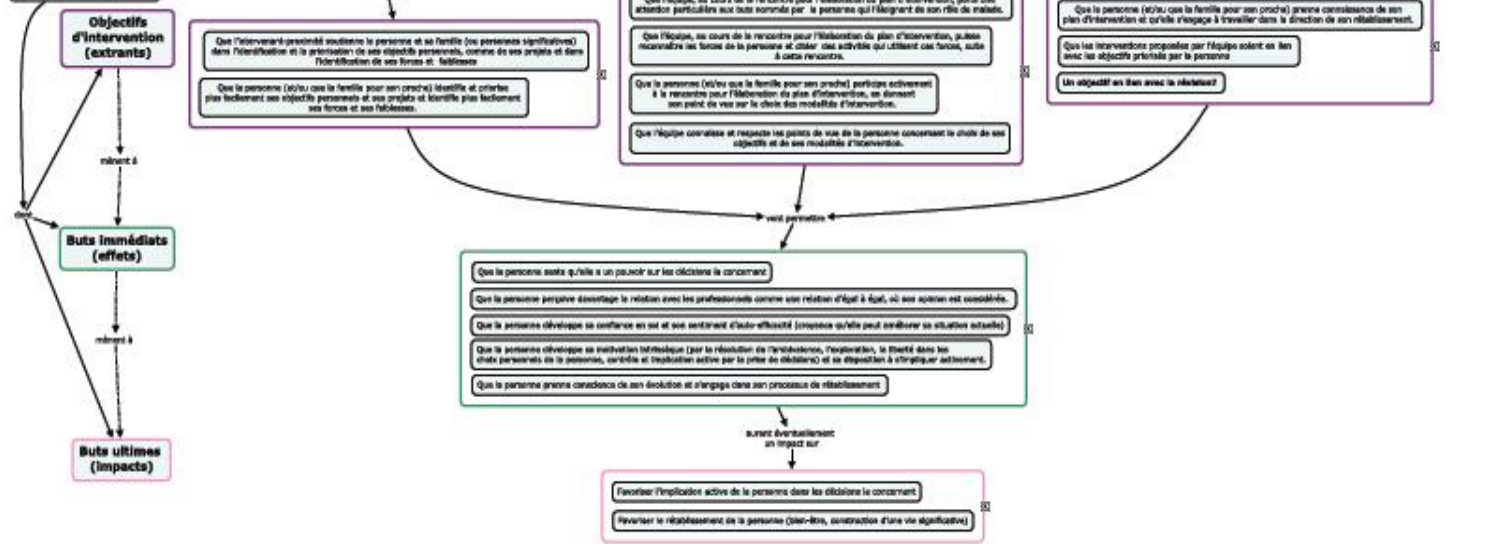
Pendant la rencontre pour l'élaboration du plan d'intervention initial



Après la rencontre pour l'élaboration du plan d'intervention



Effets attendus



ANNEXE 2 : Processus PII-PSI (déroulement)

- ***Intervenant de proximité*** : Intervenant présent dans le quotidien de la personne et qui a un lien de confiance avec celle-ci. Cet intervenant sera sollicité au cours de la démarche PII-PSI, particulièrement avant qu'un intervenant pivot soit sélectionné
- ***Intervenant pivot*** : intervenant choisi pendant la rencontre pour l'élaboration du plan d'intervention initial, il se charge de coordonner le suivi des objectifs du PII-PSI. Il doit garder une vue sur l'ensemble des éléments du PII-PSI et de la situation pour s'assurer de la cohérence et de la complémentarité des interventions. Il doit rédiger le PII-PSI ou identifier une personne pour le faire.
- ***Projet de vie*** : Notion qui inclut les choses que la personne utilisatrice de services aimerait réaliser au cours des prochains 6 à 12 mois (objectifs, buts), ses forces et qualités, ainsi que ses obstacles.

Phase 1 : Activités avant la rencontre PII

1. Discussion de cas entre intervenants, lors des rencontres régulières d'équipe pour préparer la rencontre pour l'élaboration du PII, avant l'implication de la personne utilisatrice de services. Identification de l'intervenant de proximité.
2. Rencontre entre l'intervenant de proximité et la personne et/ou un membre de sa famille (ou personne significative), afin que la personne (et/ou un proche) puisse déterminer ses forces, ses faiblesses, ses projets, ses objectifs à court et à long terme, ses attentes par rapport aux modalités qui lui seront ou qui lui ont été proposées.
3. Chaque intervenant impliqué doit procéder à une évaluation et amorcer sa réflexion sur le Plan d'Intervention Disciplinaire (PID) et sur les besoins à prioriser pour la personne. Il doit colliger toute information qui pourrait être pertinente au PII, afin de les apporter au PII.

Phase 2 : Activités pendant la rencontre PII

1. L'intervenant de proximité s'assure de l'accueil de la personne et du proche, le cas échéant. Il doit s'assurer que la personne prenne une part active à la rencontre, qu'elle fasse valoir ses objectifs et ses projets (à l'aide du formulaire préalablement rempli), qu'elle soit écoutée et respectée.
2. Un animateur est nommé. L'animateur doit faire en sorte que certaines informations ressortent de la rencontre, comme les objectifs prioritaires, les facilitateurs ou obstacles,

les actions, les responsables de chaque action, la date de révision du PII et l'identité de l'intervenant pivot.

3. Un intervenant pivot est identifié. Ce dernier se charge de rédiger le PII ou d'identifier une personne pour le faire.

Phase 3 : Activités après la rencontre PII

1. L'intervenant pivot doit s'assurer que le PII est bel et bien rédigé.
2. L'intervenant pivot se charge de signer le PII et de le faire signer à la personne, après quoi une copie du PII est déposée au dossier médical et une copie est réservée à la personne (ce qui n'implique pas nécessairement que la personne rapporte cette copie chez elle).
3. L'intervenant pivot se charge de coordonner le suivi des objectifs du PII. Il doit garder une vue sur l'ensemble des éléments du PII et de la situation pour s'assurer de la cohérence et de la complémentarité des interventions. Au besoin, il peut demander à devancer la révision du PII si de nouveaux besoins émergent.
4. L'intervenant pivot convoque une rencontre de révision du PII.

ANNEXE 3 : Outil de collecte de données

Annexe 3.1 : Canevas d’entrevue adressé à la personne

Concernant les étapes préalables à la rencontre pour l’élaboration du PII-PSI

- **Niveau de mise en œuvre des activités préparatoires à l’élaboration du PII-PSI**
- **Possibilité de participer au choix des personnes présentes à la rencontre d’élaboration du PII-PSI**

1. Est-ce que vous avez été soutenu par l’intervenant de proximité pour l’identification de votre projet de vie: choses à réaliser au cours des 6 à 12 prochains mois (objectifs, buts), vos forces, vos qualités et vos obstacles?
2. Avez-vous eu une rencontre avec votre intervenant de proximité pour identifier votre projet de vie : choses à réaliser au cours des 6 à 12 prochains mois (objectifs, buts), vos forces, vos qualités et vos obstacles?
3. Avez-vous complété la première page avec votre intervenant de proximité qui vous permet d’identifier des choses à réaliser au cours des 6 à 12 prochains mois (objectifs, buts), vos forces, vos qualités et vos obstacles?
4. Dans le cadre de cette rencontre (la rencontre préalable à la rencontre d’élaboration du PII-PSI), avez-vous eu la possibilité de participer au choix d’être présent ou non à la rencontre pour l’élaboration du PII-PSI ?
5. Dans le cadre de cette rencontre (la rencontre préalable à la rencontre d’élaboration du PII-PSI), avez-vous eu la possibilité de participer au choix des personnes présentes à la rencontre PII-PSI (ex: votre famille, vos proches)

Concernant la rencontre pour l'élaboration du PII-PSI en tant que telle

- **Niveau d'attention de l'équipe concernant la reconnaissance du potentiel de la personne lors de la rencontre pour l'élaboration du PII-PSI**
- **Niveau de participation de la personne à la rencontre pour l'élaboration du PII-PSI**
- **Niveau d'information donnée à la personne concernant l'opinion de l'équipe durant la rencontre PII-PSI**
- **Niveau de cohérence entre le projet de vie de la personne et les objectifs/modalités d'interventions ciblés par l'équipe durant la rencontre d'élaboration du PII-PSI**

1. Lors de cette rencontre pour l'élaboration du PII-PSI, a-t-on porté une attention particulière à votre point de vue?
2. Lors de cette rencontre pour l'élaboration du PII-PSI, l'équipe a-t-elle porté une attention particulière à votre projet de vie (choses qu'elle veut réaliser dans les prochains 6-12 mois, forces, qualités, obstacles)?
3. Lors de cette rencontre pour l'élaboration du PII-PSI, a-t-on considéré vos préférences concernant le choix des modalités d'intervention?
4. Durant la rencontre pour l'élaboration du PII-PSI, avez-vous pu répondre aux questions de l'équipe?
5. Durant la rencontre pour l'élaboration du PII-PSI, avez-vous pu adresser vos questions à l'équipe?
6. Durant la rencontre pour l'élaboration du PII-PSI, avez-vous pu exprimer votre accord ou votre désaccord par rapport aux différents points abordés?
7. Durant la rencontre pour l'élaboration du PII-PSI, avez-vous pu nommer vos préférences concernant les différentes modalités d'intervention?
8. Durant la rencontre pour l'élaboration du PII-PSI, vous a-t-on informé de la nature des soins et services qui vous seront offerts?
9. Durant la rencontre pour l'élaboration du PII-PSI, vous a-t-on informé de l'opinion de l'équipe concernant votre projet de vie (choses à réaliser au cours des 6 à 12 prochains mois (objectifs, buts), vos forces, vos qualités et vos obstacles)?
10. Les objectifs et modalités d'intervention choisis par l'équipe vont-ils dans le même sens que votre projet de vie (identifié dans la rencontre préalable à l'élaboration du PII-PSI/1 ^{ère} page du formulaire PII-PSI)?

Concernant les étapes qui ont suivi la rencontre pour l'élaboration du PII-PSI

- **Possibilité d'exprimer son niveau d'accord et de satisfaction envers son PII-PSI**
- **Niveau de cohérence entre les actions ciblées durant le PII-PSI et celles appliqués par l'équipe**
- **Niveau d'attention de l'équipe concernant la reconnaissance du potentiel de la personne, lors de la rencontre de révision**
- **Niveau de participation de la personne à la rencontre de révision du PII-PSI**
- **Niveau de cohérence entre les actions ciblées pendant la rencontre du révision PII-PSI et celles appliqués par l'équipe**

1. Suite à l'élaboration du PII-PSI, avez-vous pu discuter de votre niveau d'accord et de satisfaction envers votre PII-PSI avec l'intervenant-pivot?
2. Si vous n'étiez pas présent à la rencontre PII-PSI, avez-vous pu prendre connaissance de votre PII-PSI et discuter de votre niveau d'accord et de satisfaction envers votre PII-PSI avec l'intervenant-pivot?
3. Les modalités d'intervention appliquées correspondent-elles à celles identifiées durant la rencontre d'élaboration du PII-PSI?
4. Lors de la rencontre de révision du PII-PSI, a-t-on a porté une attention particulière à votre point de vue
5. Lors de cette rencontre de révision du PII-PSI, l'équipe a-t-elle porté une attention particulière à votre projet de vie (choses qu'elle veut réaliser dans les prochains 6-12 mois, forces, qualités, obstacles)?
6. Lors de cette rencontre de révision du PII-PSI, a-t-on considéré vos préférences concernant le choix des modalités d'intervention?
7. Lors de cette rencontre de révision du PII-PSI, avez-vous pu répondre aux questions de l'équipe?
8. Lors de cette rencontre de révision du PII-PSI, avez-vous pu adresser vos questions à l'équipe?
9. Lors de cette rencontre de révision du PII-PSI, avez-vous pu exprimer votre accord ou votre désaccord par rapport aux différents points abordés?
10. Lors de cette rencontre de révision du PII-PSI, avez-vous pu nommer vos préférences concernant les différentes modalités d'intervention?
11. Les modalités d'intervention appliquées correspondent-elles à celles identifiées durant la rencontre de révision PII-PSI?

Concernant les résultats proximaux attendus

- **Niveau de prise de conscience de la situation et de clarification du projet de vie**
- **Niveau d'engagement de la personne envers son projet de vie**
- **Niveau d'atteinte du projet de vie**

1. Est-ce que ce processus d'élaboration du PII-PSI vous a permis de mieux comprendre la situation et d'être davantage en mesure d'identifier ce que vous vouliez?
2. Est-ce que ce processus d'élaboration du PII-PSI vous a permis d'identifier des choses que vous souhaiteriez réaliser dans les 6-12 prochains mois (objectifs personnels, buts)?
3. Est-ce que ce processus d'élaboration du PII-PSI vous a permis d'identifier vos forces et vos qualités, ainsi que les obstacles auxquels vous faites face?
4. Est-ce que ce processus d'élaboration du PII-PSI vous a permis de prioriser les choses que vous souhaiteriez réaliser dans les 6-12 prochains mois (objectifs, buts)?
5. Est-ce que ce processus d'élaboration du PII-PSI vous a permis de vous engager plus activement dans l'atteinte de votre projet de vie?
6. Est-ce que ce processus d'élaboration du PII-PSI vous a aidé à atteindre votre projet de vie?

**Annexe 3.2 : Canevas d'entrevue adressé à l'intervenant de proximité
(et/ou l'intervenant-pivot, s'il a été nommé)**

Concernant les étapes préalables à la rencontre pour l'élaboration du PII-PSI

- **Niveau de mise en œuvre des activités préparatoires à l'élaboration du PII-PSI**
- **Possibilité de participer au choix des personnes présentes à la rencontre d'élaboration du PII-PSI**

- | |
|--|
| 1. Avez-vous soutenu la personne pour l'identification de son projet de vie : choses à réaliser au cours des 6 à 12 prochains mois (objectifs, buts), forces, qualités et obstacles? |
| 2. Avez-vous donné à la personne la possibilité de participer au choix des personnes présentes à la rencontre d'élaboration du PII-PSI? |

Concernant la rencontre pour l'élaboration du PII-PSI en tant que telle

- **Niveau d'attention de l'équipe concernant la reconnaissance du potentiel de la personne lors de la rencontre pour l'élaboration du PII-PSI**
- **Niveau de participation de la personne à la rencontre pour l'élaboration du PII-PSI**
- **Niveau d'information donnée à la personne concernant l'opinion de l'équipe durant la rencontre PII-PSI**
- **Niveau de cohérence entre le projet de vie de la personne et les objectifs/modalités d'interventions ciblés par l'équipe durant la rencontre d'élaboration du PII-PSI**

1. Lors de cette rencontre pour l'élaboration du PII-PSI, a-t-on porté une attention particulière au point de vue de la personne?
2. Lors de cette rencontre pour l'élaboration du PII-PSI, l'équipe a-t-elle porté une attention particulière au projet de vie de la personne (choses qu'elle veut réaliser dans les prochains 6-12 mois, forces, qualités, obstacles)?
3. Lors de cette rencontre pour l'élaboration du PII-PSI, a-t-on considéré les préférences de la personne concernant le choix de ses modalités d'intervention?
4. Durant la rencontre pour l'élaboration du PII-PSI, avez-vous laissé la personne répondre à vos questions et aux questions de l'équipe?
5. Durant la rencontre pour l'élaboration du PII-PSI, avez-vous laissé la personne vous adresser des questions?
6. Durant la rencontre pour l'élaboration du PII-PSI, avez-vous laissé la personne exprimer son accord ou son désaccord par rapport aux différents points abordés?
7. Durant la rencontre pour l'élaboration du PII-PSI, avez-vous laissé la personne nommer ses préférences concernant les différentes modalités d'intervention?
8. Durant la rencontre pour l'élaboration du PII-PSI, avez-vous informé la personne de la nature des soins et services qui lui seront offerts?
9. Durant la rencontre pour l'élaboration du PII-PSI, avez-vous informé la personne de l'opinion de l'équipe concernant votre projet de vie?
10. Les objectifs et modalités d'intervention choisis par l'équipe vont-ils dans le même sens que le projet de vie de la personne (identifié dans la rencontre préalable à l'élaboration du PII-PSI)?

Concernant les étapes qui ont suivi la rencontre pour l'élaboration du PII-PSI

- **Possibilité d'exprimer son niveau d'accord et de satisfaction envers son PII-PSI**
- **Niveau de cohérence entre les actions ciblées durant le PII-PSI et celles appliqués par l'équipe**
- **Niveau d'attention de l'équipe concernant la reconnaissance du potentiel de la personne, lors de la rencontre de révision**
- **Niveau de participation de la personne à la rencontre de révision du PII-PSI**
- **Niveau de cohérence entre les actions ciblées pendant la rencontre du révision PII-PSI et celles appliqués par l'équipe**

1. Suite à l'élaboration du PII-PSI, la personne a-t-elle pu discuter de son niveau d'accord et de satisfaction envers son PII-PSI avec vous?
2. Si la personne n'était pas présente à la rencontre PII-PSI, a-t-elle pu prendre connaissance de son PII-PSI et discuter de son niveau d'accord et de satisfaction envers son PII-PSI avec vous?
3. Les modalités d'intervention appliquées correspondent-elles à celles identifiées durant la rencontre d'élaboration du PII-PSI?
4. Lors de la rencontre de révision du PII-PSI, avez-vous porté attention particulière au point de vue de la personne
5. Lors de cette rencontre de révision du PII-PSI, votre équipe a-t-elle porté une attention particulière au projet de vie de la personne (choses qu'elle veut réaliser dans les prochains 6-12 mois, forces, qualités, obstacles)?
6. Lors de cette rencontre de révision du PII-PSI, avez-vous considéré les préférences de la personne concernant le choix des modalités d'intervention?
7. Lors de cette rencontre de révision du PII-PSI, avez-vous laissé la personne répondre à vos questions et aux questions de l'équipe?
8. Lors de cette rencontre de révision du PII-PSI, avez-vous laissé la personne vous adresser des questions?
9. Lors de cette rencontre de révision du PII-PSI, avez-vous laissé la personne exprimer son accord ou son désaccord par rapport aux différents points abordés?
10. Lors de cette rencontre de révision du PII-PSI, avez-vous laissé la personne nommer ses préférences concernant les différentes modalités d'intervention?
11. Les modalités d'intervention appliquées avec la personne correspondent-elles à celles identifiées durant la rencontre de révision PII-PSI?

Concernant les résultats proximaux attendus

- **Niveau de prise de conscience de la situation et de clarification du projet de vie**
- **Niveau d'engagement de la personne envers son projet de vie**
- **Niveau d'atteinte du projet de vie**

1. Est-ce que ce processus d'élaboration du PII-PSI a permis à la personne de mieux comprendre sa situation et d'être davantage en mesure d'identifier ce qu'elle veut?
2. Est-ce que ce processus d'élaboration du PII-PSI a permis à la personne d'identifier des choses qu'elle souhaite réaliser dans les 6-12 prochains mois (objectifs personnels, buts)?
3. Est-ce que ce processus d'élaboration du PII-PSI a permis à la personne d'identifier ses forces et ses qualités, ainsi que les obstacles auxquels elle fait face?
4. Est-ce que ce processus d'élaboration du PII-PSI a permis à la personne de prioriser les choses qu'elle souhaite réaliser dans les 6-12 prochains mois (objectifs, buts)?
5. Est-ce que ce processus d'élaboration du PII-PSI a permis à la personne de s'engager plus activement dans l'atteinte de son projet de vie?
6. Est-ce que ce processus d'élaboration du PII-PSI a permis à la personne d'atteindre son projet de vie?

Concernant les résultats distaux attendus

- **Niveau de reconnaissance d'une expertise**
- **Niveau de pouvoir décisionnel**
- **Niveau d'auto efficacité personnelle**

1. Dans ce processus d'élaboration du PII-PSI, avez-vous eu l'impression qu'on reconnaissait l'expertise, le savoir ou vécu expérientiel de la personne? Avez-vous l'impression que la personne en a bénéficiée?
2. Dans ce processus d'élaboration du PII-PSI, avez-vous eu l'impression d'être davantage dans une relation d'égalité avec la personne? Avez-vous l'impression que la personne en a bénéficiée?
3. Dans ce processus d'élaboration du PII-PSI, avez-vous eu l'impression que la personne a eu plus de pouvoir décisionnel?
4. Dans ce processus d'élaboration du PII-PSI, avez-vous eu l'impression que la personne a développé une confiance en elle et qu'elle est en mesure de mieux gérer sa situation?

Annexe 3.3 : Canevas d’entrevue adressé à un proche (si impliqué dans la démarche)

Concernant la rencontre pour l’élaboration du PII-PSI en tant que telle

- **Niveau de participation de la personne (et/ou du proche) à la rencontre pour l’élaboration du PII-PSI**

Si présent à la rencontre:

1. 1.1 Durant la rencontre pour l’élaboration du PII-PSI, avez-vous pu répondre aux questions de l’équipe? 1.2 Durant la rencontre pour l’élaboration du PII-PSI, votre proche a-t-il répondu aux questions de l’équipe?
2. 2.1 Durant la rencontre pour l’élaboration du PII-PSI, vous a-t-on laissé adresser des questions? 2.2 Durant la rencontre pour l’élaboration du PII-PSI, a-t-on laissé votre proche adresser ses questions?
3. 3.1 Durant la rencontre pour l’élaboration du PII-PSI, avez-vous pu exprimer votre accord ou votre désaccord par rapport aux différents points abordés? 3.2 Durant la rencontre pour l’élaboration du PII-PSI, votre proche a-t-il pu exprimer son accord ou son désaccord par rapport aux différents points abordés?
4. 4.1 Durant la rencontre pour l’élaboration du PII-PSI, avez-vous pu nommer vos préférences concernant les différentes modalités d’intervention? 4.2 Durant la rencontre pour l’élaboration du PII-PSI, votre proche a-t-il pu nommer ses préférences concernant les différentes modalités d’intervention?

Concernant les étapes qui ont suivi la rencontre pour l'élaboration du PII-PSI

- **Niveau de participation de la personne (et/ou du proche) à la rencontre de révision du PII-PSI**

Si présent à la rencontre:

1.	1.1 Lors de cette rencontre de révision du PII-PSI, avez-vous pu répondre aux questions de l'équipe? 1.2 Lors de cette rencontre de révision du PII-PSI, votre proche a-t-il répondu aux questions de l'équipe?
2.	2.1 Lors de cette rencontre de révision du PII-PSI, vous a-t-on laissé adresser des questions? 2.2 Lors de cette rencontre de révision du PII-PSI, a-t-on laissé votre proche adresser ses questions?
3.	3.1 Lors de cette rencontre de révision du PII-PSI, avez-vous pu exprimer votre accord ou votre désaccord par rapport aux différents points abordés? 3.2 Lors de cette rencontre de révision du PII-PSI, votre proche a-t-il pu exprimer son accord ou son désaccord par rapport aux différents points abordés?
4.	4.1 Lors de cette rencontre de révision du PII-PSI, avez-vous pu nommer vos préférences concernant les différentes modalités d'intervention? 4.2 Lors de cette rencontre de révision du PII-PSI, votre proche a-t-il pu nommer ses préférences concernant les différentes modalités d'intervention?

Concernant les résultats proximaux attendus

- **Niveau d'engagement de la personne envers son projet de vie**

1. Est-ce que ce processus d'élaboration du PII-PSI a permis à votre proche de s'engager plus activement dans l'atteinte de son projet de vie (choses à réaliser au cours des 6 à 12 prochains mois (objectifs, buts), forces, qualités et obstacles)?

Annexe 3.4 : Éléments à collecter au dossier

Concernant les étapes préalables à la rencontre pour l'élaboration du PII-PSI

- Niveau de mise en œuvre des activités préparatoires à l'élaboration du PII-PSI
- Possibilité de participer au choix des personnes présentes à la rencontre d'élaboration du PII-PSI

1. La première page du PII-PSI a-t-elle été déposée au dossier médical?
SI OUI...
2. Y retrouve-t-on les choses que la personne souhaite réaliser au cours des 6 à 12 prochains mois?
3. Y retrouve-t-on ses forces, se qualités?
4. Y retrouve-t-on ses qualités?
5. Y retrouve-t-on ses obstacles?
6. Y retrouve-t-on ses stratégies ou préférences quant aux modalités de traitement?
7. Y retrouve-t-on l'opinion de la personne quant au choix des personnes présentes à la rencontre d'élaboration du PII-PSI (proches, famille)?
8. Y retrouve-t-on les signatures de l'intervenant de proximité et de la personne?
9. Y retrouve-t-on la date a eu lieu la rencontre préalable à la rencontre pour l'élaboration du PII-PSI?

Concernant la rencontre pour l'élaboration du PII-PSI en tant que telle

- **Niveau de cohérence entre le projet de vie de la personne et les objectifs/modalités d'interventions ciblés par l'équipe durant la rencontre d'élaboration du PII-PSI**

1. Les éléments identifiés avec la personne dans la rencontre préalable à l'élaboration du PII-PSI (1^{ère} page du formulaire PII-PSI) correspondent-ils à la 2^{ème} page, remplie par l'équipe interdisciplinaire impliquée dans le PII-PSI.

Annexe 3.5 : Tableau des outils de mesure standardisés et indicateurs associés

<ul style="list-style-type: none"> Le questionnaire OPTION (Observing patient involvement) (Elwyn, et al., 2003) sert à évaluer l'implication d'une personne dans une décision précise, prise à la suite d'une discussion entre un clinicien et une personne utilisatrice de services. Ce questionnaire peut être rempli par une personne tierce, par le clinicien ou par le patient et utilise 12 questions sur une échelle de Likert à 5 niveaux pour vérifier à quel point la personne a été informée des possibilités et impliquée dans une décision la concernant. Même si le PI-PSI concerne davantage la prise en charge globale d'une personne par une équipe (qui comprend plusieurs décisions), plusieurs principes sont communs entre le PI-PSI et le HLHL et la PDPI : y a la considération des valeurs et préférences de la personne utilisatrice de services lorsqu'on prend une décision et l'explication des différentes possibilités de traitement qui s'offrent à la personne. 	<p align="center">Indicateurs</p>
<ul style="list-style-type: none"> Le Developing Recovery Enhancing Environments Measure (DREEM) / Recovery Environment Measure (REM) Le REM est un instrument d'évaluation auto-administré ou administré en entrevue servant à collecter de l'information à propos du rétablissement des personnes recevant des services de santé mentale (Ridgway & Press, 2004). Le REM a pour but de situer les usagers dans leur processus de rétablissement et de dépister les indicateurs de rétablissement que ces personnes expérimentent actuellement. La section « <i>Elements of recovery and recovery enhancing services</i> » est particulièrement pertinente pour notre projet et comprend 24 éléments ciblés par la littérature Goal Attainment Scaling (GAS) (Kiresuk & Sherman, 1986) est un outil d'évaluation important qui évalue avec une personne les éléments du rétablissement et sa satisfaction par rapport aux services qu'elle reçoit pour cet élément. 	<ul style="list-style-type: none"> Niveau de pouvoir décisionnel Niveau d'engagement de reconnaissance d'une expertise à envers son projet de vie Niveau d'auto-efficacité personnelle
<ul style="list-style-type: none"> Le Goal Attainment Scaling (GAS) (Kiresuk & Sherman, 1986) est un outil d'évaluation important qui évalue avec une personne les éléments du rétablissement et sa satisfaction par rapport aux services qu'elle reçoit pour cet élément. 	<ul style="list-style-type: none"> Niveau de pouvoir décisionnel
<ul style="list-style-type: none"> Le Recovery Assessment Scale (RAS) de George Gifford, Rashid Leary, et Olske, (1999). Il s'agit d'un questionnaire auto administré de 41 énoncés qui permet de cerner l'auto-détermination de la personne, de « <i>quelles de nos</i> » espoirs et de l'entraide dans l'échelle d'Empowerment (Rogers, 2001) et l'initiative et d'engagement (Gifford, Leary, & Olske, 1999). Il s'agit d'un questionnaire auto administré de 41 énoncés qui permet de cerner l'auto-détermination de la personne, de « <i>quelles de nos</i> » espoirs et de l'entraide dans l'échelle d'Empowerment (Rogers, 2001) et l'initiative et d'engagement (Gifford, Leary, & Olske, 1999). 	<ul style="list-style-type: none"> Niveau de prise de conscience de la situation et de clarification du projet de vie Niveau d'engagement de la personne
<ul style="list-style-type: none"> Le Empowerment Scale (ES) de Timbetisa Edilatio & Crdangu (1997) a été développé et utilisé par le chercheur Harri CRFS (Buisson) (Risten, éd. Phellide, Mikitaadis, havage, et Curigam, 2007) et comprend 26 questions. 	<ul style="list-style-type: none"> Niveau d'auto-efficacité personnelle Niveau de reconnaissance d'une expertise à la personne Niveau de pouvoir décisionnel
<ul style="list-style-type: none"> Enfin, l'Échelle d'évaluation du sentiment d'efficacité personnelle (Sherer & et al., 1982) permet d'évaluer un ensemble d'attentes de l'individu au regard de nouvelles situations. 	<ul style="list-style-type: none"> Niveau d'auto-efficacité personnelle
<ul style="list-style-type: none"> Le Recovery Self Assessment (RSA) Le RSA est un instrument de 32 items conçu pour évaluer l'orientation d'un système de santé mentale vers le rétablissement et ce, de la perspective de la personne utilisatrice de services, du gestionnaire, d'un proche et d'un intervenant (O'Connell, Tondora, Croog, Evans, & Davidson, 2005). Chaque questionnaire prend 15-20 minutes à compléter. Sa traduction et sa validation en langue française est actuellement en cours par des chercheurs du CRFS. 	<ul style="list-style-type: none"> Niveau de reconnaissance d'une expertise à la personne Niveau de pouvoir décisionnel

