

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Titre de la réunion :	Conseil d'administration	Date et heure :	Le 19 juin 2017 à 13 heures			
But de la réunion :	Réunion publique	Endroit :	Hôtel Atlantic Host à Bathurst Salon Jade			
Présidente :	Michelyne Paulin					
Secrétaire :	Sonia Haché-Lanteigne					
Participants						
Membres						
Lucille Auffrey		Wesley Knight			Michelyne Paulin (Présidente)	
Pauline Bourque		Brenda Martin			Denis M. Pelletier	
Rita Godbout (Trésorière)		Norma McGraw			Sonia A. Roy	
Gabriel Godin		Gaitan Michaud			Claire Savoie	
Émeril Haché		Jean-Marie Nadeau			Anne C. Soucie (Vice-présidente)	
Membres d'office						
Gilles Lanteigne		Dre Nicole LeBlanc			Linda Sunderland	
Équipe de leadership						
Gisèle Beaulieu		Jacques Duclos			Johanne Roy	
Dre France Desrosiers		Stéphane Legacy			Pierre Verret	
ORDRE DU JOUR			Pour	Documents		
				NC	NI	AD
1. Ouverture de la réunion						
2. Constatation de la régularité de la réunion						
3. Adoption de l'ordre du jour			D			✓
4. Déclaration de conflits d'intérêts potentiels						
5. Adoption du procès-verbal de la réunion du 25 avril 2017			D			✓
6. Questions découlant du procès-verbal et suivis			I	✓		
6.1 Position du Conseil d'administration sur la gestion des services alimentaires et des services de l'environnement						
6.2 Programme extra-mural (PEM)						
7. Rapport du président-directeur général			I	✓		✓
8. Rapports des comités						
8.1 Comité exécutif				✓		
8.2 Comité de gouvernance et de mise en candidature (6 juin 2017)			D	✓		✓
8.3 Comité des finances et de vérification (1 juin 2017)			D	✓		✓
8.4 Comité de service à la clientèle, gestion de la qualité et de la sécurité (1 juin 2017)			D	✓		✓
8.5 Comité stratégique de la recherche et de la formation (25 mai 2017)			D	✓		✓
8.6 Comité médical consultatif (Rapport – 6 juin 2017))			D	✓		
8.7 Comité professionnel consultatif (Rapport – 16 mai 2017)			D	✓		
9. Privilèges temporaires des médecins			D	✓		✓
10. Correspondance			I	✓		✓

Légende : Pour : D = Décision I = Information C = Consultation
 Documents : NC = Note couverture NI = Note d'information AD = Autres documents

11. Documentation pour les membres	I	✓		✓
11.1 Pour une vision de la réadaptation psychosociale et du rétablissement				
11.2 Le rétablissement - exemple de transformation de pratique au Québec				
12. Histoire d'une expérience d'un patient		✓		
13. Relations avec la communauté / Services offerts		✓		
14. Autres points				
14.1 Structure administrative médicale (Dre Desrosiers)	I	✓		
14.1.1 Approbation des règles du personnel médical	D			✓
15. Levée de la réunion	D			
16. Évaluation de la réunion	C	✓		✓

Légende :

Pour :

Documents :

D = Décision

I = Information

C = Consultation

NC = Note couverture NI = Note d'information AD = Autres documents

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL Point 5

Titre de la réunion :	Conseil d'administration	Date et heure :	Le 25 avril 2017 à 13 heures		
But de la réunion :	Réunion publique	Endroit :	Hôtel Quality à Campbellton Salle B et C		
Présidente :	Michelyne Paulin				
Secrétaire :	Sonia Haché-Lanteigne				
Participants					
Membres					
Lucille Auffrey	√	Wesley Knight	√	Michelyne Paulin (Présidente)	√
Pauline Bourque	√	Brenda Martin	√	Denis M. Pelletier	√
Rita Godbout (Trésorière)	√	Norma McGraw	√	Sonia A. Roy (quitte à 14 h 45)	√
Gabriel Godin	√	Gaitan Michaud	√	Claire Savoie	√
Émeril Haché	√	Jean-Marie Nadeau	√	Anne C. Soucie (Vice-présidente)	√
Membres d'office					
Gilles Lanteigne	√	Dre Nicole LeBlanc	√	Linda Sunderland	√
Équipe de leadership					
Gisèle Beaulieu	√	Jacques Duclos	√	Johanne Roy	√
Dre France Desrosiers	√	Stéphane Legacy	√	Pierre Verret	√
PROCÈS-VERBAL					

1. **Ouverture de la réunion**
La présidente du Conseil d'administration souhaite la bienvenue aux participants et participantes et déclare la réunion ouverte à 13 h 05.
2. **Constatation de la régularité de la réunion**
La réunion a été dûment convoquée et le quorum est atteint.
3. **Adoption de l'avis de réunion**
L'avis de réunion est présenté pour approbation.

MOTION 2017-04-25 / 01P
Proposé par Denis M. Pelletier
Appuyé par Émeril Haché
Et résolu que le Conseil d'administration adopte l'avis de réunion.
Adopté à l'unanimité.
4. **Déclaration de conflit d'intérêts potentiels**
Aucun conflit d'intérêts n'est signalé.
5. **Adoption du procès-verbal de la réunion du 28 février 2017**
Le procès-verbal de la réunion du 28 février 2017 est présenté pour approbation. On note une correction au point 6.5. On doit lire : Dr Daniel Roy au lieu de : Dr Danie Roy.

MOTION 2017-04-25 / 02P
Proposé par Sonia A. Roy
Appuyé par Rita Godbout
Et résolu que le Conseil d'administration adopte le procès-verbal de la réunion du 28 février 2017 avec cette correction.
Adopté à l'unanimité.
6. **Questions découlant du procès-verbal et suivis**
 - 6.1 **Position du Conseil d'administration sur la gestion des services alimentaires et environnementaux**
Lors de la dernière rencontre du 28 février 2017, le Conseil d'administration a demandé une rencontre urgente avec le ministre de la Santé pour discuter de la décision de privatiser les services alimentaires et

environnementaux. Le ministre a donné suite et une rencontre est prévue à Moncton le 1er mai.

Entre-temps, le Réseau a reçu un nombre impressionnant de lettres d'organismes et d'instances qui supportent le maintien des services à l'intérieur du Réseau. À l'item correspondance, il est possible de retrouver une copie des appuient reçus depuis la dernière rencontre.

Durant la dernière année, le Réseau a été proactif et a mis en œuvre toute une série de mesures qui étaient prévues dans sa proposition à l'intention du ministère de la Santé. Ces mesures proposées ont comme objectif de générer des économies supplémentaires à la proposition de Sodexo de l'ordre de 3,4 millions de dollars sur 10 ans, et ce, tout en maintenant plus d'employés dans leur emploi actuel.

Durant l'année financière 2016-2017, le Réseau a diminué les coûts d'exploitation des services alimentaires et des services environnementaux d'un peu plus d'un demi-million de dollars (576 158 \$) comparativement à l'année précédente. Ces économies sont supérieures à celles proposées par Sodexo lors de la première année, et ce, de l'ordre de 1,68 million de dollars.

Cela a notamment été accompli par l'entremise d'une réorganisation des services et d'une diminution de 16,2 ETP (équivalents temps plein) en grande partie par attrition, le tout sans aucune fermeture de cafétéria dans nos établissements hospitaliers et en améliorant la qualité des services offerts aux patients.

Les membres du Conseil d'administration partagent leurs inquiétudes face à la privatisation des services alimentaires et environnementaux et du Programme extra-mural bien que le Réseau a démontré qu'il est capable de faire mieux tant sur le plan de la qualité, de la performance financière qu'au niveau des ressources humaines.

6.2 Recommandations du Conseil d'administration du 28 juin 2016

Dans la réponse reçue du ministre de la Santé le 27 janvier dernier, la recommandation numéro 5 avait été mal comprise puisque le Conseil d'administration proposait une intégration des services aux personnes âgées et non une intégration des structures. Une correspondance a été acheminée au ministre de la Santé pour apporter une clarification.

6.3 Programme extra-mural

Le Conseil d'administration a rencontré le ministre, le sous-ministre associé aux affaires francophones et le PDG de Médavie le 13 mars dernier afin de mieux expliquer les avantages de transférer le Programme extra-mural sous l'égide de Médavie.

La rencontre n'a pas contribué à répondre aux questions soulevées par le Réseau sur le modèle de soins proposés, sur la capacité excédentaire d'Ambulance N.-B. ou sur la promesse d'implanter un dossier informatisé. Toutes ces questions fondamentales restent sans réponses.

Au cours de la même journée, le ministre et le PDG de Médavie ont aussi rencontré les membres du Conseil d'administration et la haute direction d'Horizon. Il semble que de nombreuses inquiétudes ont aussi été soulevées par Horizon et qu'une rencontre additionnelle aurait été demandée par le Conseil d'administration d'Horizon.

Le sous-ministre associé aux affaires francophones tente d'organiser une rencontre de suivi avec les 2 Réseaux. Nous attendons toujours de comprendre les objectifs du ministère.

Les membres du Conseil d'administration partagent encore leurs inquiétudes face à ce sujet.

7. Rapport du président-directeur général

Le rapport qui suit couvre la période du 13 février au 7 avril 2017. Il vise à vous informer des principaux accomplissements envers l'atteinte de nos objectifs du Plan régional de santé et d'affaires 2016-2019 et des autres dossiers prioritaires pour le Réseau. De ce rapport, sont ajoutés les sujets suivants :

- Engagement du personnel et du corps médical
 - Engagement du Réseau envers la prévention de la violence en milieu de travail
 - Engagement du Réseau en matière de langues officielles
- Gestion des ressources financières et matérielles
 - Dévoilement du concept du futur Centre provincial d'excellence pour les jeunes
- Gestion des ressources humaines

- Défis en matière de relations de travail à l'Hôpital Régional Chaleur
- Relations avec nos partenaires et groupes communautaires
 - Lancement du Plan stratégique 2017-2020
 - Nouvelle initiative pour favoriser des environnements alimentaires sains dans la Péninsule acadienne
- Gestion stratégique / Communication
 - Lutte au tabagisme et promotion de l'environnement sans fumée
- Mise en œuvre d'une culture de qualité et de sécurité des patients
 - Sondage du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick
 - Organisation et fonctionnement du Centre Hospitalier Restigouche
- Relations avec le Conseil d'administration
 - Rencontres et démarches de représentation
- Intégration des initiatives stratégiques et opérationnelles
 - Zoothérapie canine offerte à l'Hôpital Régional de Campbellton

8. Rapports des comités du Conseil d'administration

8.1 Comité exécutif

Aucune réunion du Comité exécutif n'a eu lieu depuis la dernière réunion du Conseil d'administration.

8.2 Comité de gouvernance et de mise en candidature

Lucille Auffrey, présidente du comité, présente le rapport du Comité de gouvernance et de mise en candidature du 30 mars 2017. Voici les sujets qui ont été soulignés :

- Rapport – Sous-comité des normes de gouvernance
- Assemblée générale annuelle du Conseil d'administration
- Révision de politiques et procédures (MOTION 2017-03-30 / 03GMC)
- Évaluation de la dernière réunion du Conseil d'administration

MOTION 2017-04-25 / 03P

Proposé par Lucille Auffrey

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité de gouvernance et de mise en candidature de la rencontre du 30 mars 2017.

Adopté à l'unanimité.

MOTION 2017-04-25 / 04P

Proposé par Lucille Auffrey

Appuyé par Gaitan Michaud

Et résolu que le Conseil d'administration adopte la motion suivante : MOTION 2017-03-30 / 03GMC du Comité de gouvernance et de mise en candidature de la rencontre du 30 mars 2017.

Adopté à l'unanimité.

8.3 Comité de finances et de vérification

Rita Godbout, présidente du comité, présente le rapport du Comité de finances et de vérification du 16 mars 2017. Voici les sujets qui ont été soulignés :

- Demande de proposition pour une firme de vérificateurs externes
- Budget d'opération du Centre de médecine de précision du N.-B.
- Secteur financier
- Budget 2017-2018 (MOTION 2017-03-16 / 03FV)
- Budget d'équipement 2017-2018
- Révision des politiques et procédures (MOTION 2017-03-16 / 04FV)
- Plan d'action – recommandations du vérificateur externe 2015-2016
- États financiers en date du 31 janvier 2017 (MOTION 2017-03-16 / 05FV) et (MOTION 2017-03-16 / 06FV)

MOTION 2017-04-25 / 05P

Proposé par Rita Godbout

Appuyé par Denis M. Pelletier

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité des finances et de vérification de la rencontre du 16 mars 2017.

Adopté à l'unanimité.

MOTION 2017-04-25 / 06P

Proposé par Rita Godbout

Appuyé par Émeril Haché

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes : MOTION 2017-03-16 / 03FV, MOTION 2017-03-16 / 04FV, MOTION 2017-03-16 / 05FV et MOTION 2017-03-16 / 06FV du Comité des finances et de vérification de la rencontre du 16 mars 2017.

Adopté à l'unanimité.**8.4 Comité de service à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité**

Anne Soucie, présidente du comité, présente le rapport du Comité de service à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité du 16 mars 2017. Voici les sujets qui ont été soulignés :

- Mise à jour de la démarche Agrément
- Cadre de référence de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients
- Révision des politiques et procédures (MOTION 2017-03-16 / 03SCGQS)
- Sondage du Conseil de la santé du N.-B. (CSNB) soins aigus
- Rapport sur la satisfaction des patients Q3
- Rapport sur les plaintes Q1 et Q3
- Rapport trimestriel des incidents Q3
- Tableau de bord stratégique et opérationnel (janvier 2017)

MOTION 2017-04-25 / 07P

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Jean-Marie Nadeau

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité de service à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité de la rencontre du 16 mars 2017.

Adopté à l'unanimité.**MOTION 2017-04-25 / 08P**

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Denis M. Pelletier

Et résolu que le Conseil d'administration adopte la motion suivante : MOTION 2017-03-16 / 03SCGQS du Comité de service à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité de la rencontre du 16 mars 2017.

Adopté à l'unanimité.**8.5 Comité stratégique de la recherche et de la formation**

Aucune réunion du Comité stratégique de la recherche et de la formation n'a eu lieu depuis la dernière réunion du Conseil d'administration.

8.6 Comité médical consultatif

Dre Nicole LeBlanc présente le rapport du médecin-chef régional. Voici les sujets qui ont été soulignés :

- Révision du processus des octrois de privilèges
- Continuation des visites dans les zones
- Processus d'inclusion des plans de qualités
- Processus de démarche de qualité avec le Centre Hospitalier Restigouche

Elle présente également, en tant que présidente de ce comité, le rapport du Comité médical consultatif du 4 avril 2017. Voici les sujets qui ont été soulignés :

- Rapports présentés aux membres du CMC
- Politique déposée au CMC pour approbation : Consentement à un traitement (MOTION 2017/04/04-03-CMC)
- Autres présentations
 - La procédure sur l'Ordonnance d'admission pour maladie pulmonaire obstructive chronique
 - La procédure sur le Dispositif d'accès veineux central (DAVC)
- Demandes de nominations, renominations et changements de nominations

MOTION 2017-04-25 / 09P

Proposé par Lucille Auffrey

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que le Conseil d'administration accepte les demandes de nominations et de renominations du Comité médical consultatif du 4 avril 2017.

Adopté à l'unanimité.

MOTION 2017-04-25 / 10P

Proposé par Lucille Auffrey

Appuyé par Wesley Knight

Et résolu que le Conseil d'administration accepte le rapport de la Médecin-chef régionale et de la présidente du Comité médical consultatif du 4 avril 2017.

Adopté à l'unanimité.

8.7 Comité professionnel consultatif

Linda Sunderland, présidente du comité, présente le rapport du Comité professionnel consultatif du 14 mars 2017. Voici les sujets qui ont été soulignés :

- Présidence du CPC (MOTION 2017/03/14 03CPC)
- Renouvellement des membres du CPC (MOTION 2017-03-14 04CPC)
- Révision du mandat du CPC (MOTION 2017/03/14 05CPC)
- Administration de la nitroglycérine intraveineuse (MOTION 2017/03/14 06CPC)
- Sondage de satisfaction des patients hospitalisés et des patients externes
- Suivi CHR
- Présentation des rapports suivants :
 - Satisfaction des patients hospitalisés – Q3 2016-2017
 - Tableau comparatif des plaintes
 - Gestion intégrée des risques; Diane Mignault présente les éléments clés du programme de Gestion intégrée des risques

MOTION 2017-04-25 / 11P

Proposé par Claire Savoie

Appuyé par Rita Godbout

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité professionnel consultatif de la rencontre du 14 mars 2017.

Adopté à l'unanimité.

MOTION 2017-04-25 / 12P

Proposé par Claire Savoie

Appuyé par Émeril Haché

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes : MOTION 2017/03/14 03CPC, MOTION 2017-03-14 04CPC, MOTION 2017/03/14 05CPC et MOTION 2017/03/14 06CPC du Comité professionnel consultatif de la rencontre du 14 mars 2017.

Adopté à l'unanimité.

9. Privilèges temporaires des médecins

La vice-présidente des services médicaux, formation et recherche a octroyé des privilèges temporaires depuis la dernière réunion du Conseil d'administration (18 février au 12 avril 2017). La liste est présentée pour ratification.

TABLEAU DES PRIVILÈGES TEMPORAIRES -12 avril 2017

Médecins	Spécialité	Catégorie	Date de privilèges		Zones
			Du	Au	
LAO, Dre Alexandra	Anatomo-pathologie	Associée	22 avril 2017	15 juillet 2017	1B
AHMED, Dr Sabri	Oncologue médical	suppléant	20 mars 2017	16 juin 2017	1B
MARTIN, Marie-Josée	Pédiatre	Associée	10 avril 2017	7 juillet 2017	1B
GALLANT, Marilyn	Médecin de famille	Associée	1 mai 2017	21 juillet 2017	1B
DESCHENES, Dre Mira	Art dentaire	Associée	17 avril 2017	10 juillet 2017	4
MACEACHERN, Dr Ronald	Radiologie	Suppléant	1er mars 2017	19 mai 2017	4
CYR, Dre Emmanuelle	Médecine familiale	Suppléant	10 avril 2017	3 juillet 2017	5
MADU, Dr Steven	Obstétrique-gynécologie	Suppléant	24 février 2017	19 mai 2017	5
OJUAWO, Dr Akinlolu	Obstétrique-gynécologie	Suppléant	27 janvier 2017	21 avril 2017	5
TOUMA, Dr Georges	Chirurgie	Suppléant	24 mars 2017	16 juin 2017	5
TRAER, Dr Joey	Art dentaire	Invité	18 mars 2017	9 juin 2017	5
BORDEAUX, Dr Patrick	Psychiatrie	Suppléant	30 janvier 2017	28 avril 2017	6
CORMIER, Dr Hélène	Art dentaire	Associé	24 février 2017	19 mai 2017	6
WISSANJI, Dr Hussein	Chirurgie générale	suppléant	17 mars 2017	9 juin 2017	6
DUMONT, Dr Jonathan	Médecine interne	suppléant	25 mars 2017	12 juin 2017	6

MOTION 2017-04-25 / 13P

Proposé par Gabriel Godin

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que le Conseil d'administration entérine la liste des privilèges temporaires du 18 février au 12 avril 2017 déposée par le président-directeur général telle que présentée.

Adopté à l'unanimité.

10. Correspondance

Une liste de la correspondance reçue ou expédiée par le Conseil d'administration est présentée aux membres du Conseil d'administration.

11. Documentation pour les membres

Deux articles sont partagés aux membres :

- Besoin de plus de géiatres
- One System's Approach to a Consistent Patient Experience

Les membres du Conseil d'administration sont invités à suggérer des articles pour les prochaines rencontres.

12. Histoire d'une expérience d'un patient**12.1 Hôpital Régional de Campbellton : Chute avec fractures – Présentation**

Une famille est invitée à présenter l'histoire de l'hospitalisation de leur mère. Les objectifs d'apprentissage suivants seront suivis :

- Examiner et décrire l'expérience de soins au patient du point de vue d'un patient qui est aussi un professionnel de la santé.
- Réfléchir aux questions importantes dans la mise en oeuvre d'initiatives de soins axées sur le patient et la famille.
- Comment cette expérience aura eu une incidence sur le rapport avec les patients à l'avenir et voir aux pistes d'amélioration.

La présidente remercie la famille qui s'est déplacée pour nous partager leur histoire.

13. Relations avec la communauté / Services offerts

Étant donné que nous présenterons une histoire d'une expérience d'un patient, il n'y a pas de présentation d'organismes communautaires ou de services offerts par le Réseau.

14. Autres sujets**14.1 Date des réunions du Conseil d'administration 2017-2018**

Les dates des réunions du Conseil d'administration pour 2017-2018 doivent être approuvées chaque année par les membres du Conseil d'administration. Un tableau est partagé contenant 5 réunions, indiquant les dates et heures des réunions à huis clos et des réunions publiques.

À noter que les rencontres les lundis en soirée, sauf pour celles du mois de décembre pour revoir la planification stratégique et guider l'élaboration du plan opérationnel pour la prochaine année, doivent être confirmées selon les besoins.

MOTION 2017-04-25 / 14P

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Brenda Martin

Et résolu que le Conseil d'administration approuve les dates et les heures des prochaines réunions du Conseil d'administration pour 2017-2018 tel qu'indiqué dans le tableau : Horaire des réunions du Conseil d'administration 2017-2018, avec la flexibilité de devancer la date de décembre d'une semaine et d'avoir les réunions des lundis de 15 heures à 19 heures au lieu de 16 heures à 20 heures.

Adopté à l'unanimité.

14.2 Plan régional de santé et d'affaires 2017-2018

Le Réseau de santé Vitalité a effectué sa planification stratégique au cours de l'automne dernier en effectuant plusieurs consultations auprès du public, de ses partenaires, des médecins et de l'ensemble de son personnel. Le plan qui en a découlé, intitulé "En route vers la modernisation et la transformation du système de santé", a été approuvé par le Conseil d'administration en janvier 2017. Les initiatives du Plan stratégique qui ont été priorisées pour 2017-2018 forment le Plan opérationnel et sont présentées dans ce Plan régional de santé et d'affaires. L'ébauche du plan est présentée pour approbation et une présentation des activités principales pour la prochaine année est effectuée. À la demande d'un membre, les communautés et les individus seront ajoutés à l'introduction, à la page 4, 4e ligne du dernier paragraphe, après le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick.

MOTION 2017-04-25 / 15P

Proposé par Gabriel Godin

Appuyé par Pauline Bourque

Et résolu que le Conseil d'administration approuve le Plan régional de santé et d'affaires 2017-2018.

Adopté à l'unanimité.

15. Levée de la réunion

Gaitan Michaud propose la levée de la réunion à 15 h 40.

16. Évaluation de la réunion

Les membres du Conseil d'administration sont demandés de compléter l'évaluation de la réunion.

17. Dialogue avec le public

Le dialogue avec le public a eu lieu.

Michelyne Paulin
Présidente du Conseil d'administration

Gilles Lanteigne
Secrétaire du Conseil d'administration

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 19 juin 2017

Objet : Questions découlant du procès-verbal et suivis du procès-verbal du 25 avril 2017**6.1 Position du Conseil d'administration sur la gestion des services alimentaires et environnementaux**

Le ministre a donné suite à la demande du Conseil d'administration et une rencontre s'est tenue à Moncton le 1er mai. La plupart des membres ont participé à cette rencontre.

Lors de cette rencontre, les résultats de l'année ont été présentés. Ces résultats démontrent que le Réseau a atteint ses cibles et dépassent ceux prévus de Sodexo d'environ 1.7M\$ après un an. Le ministre Victor Boudreau s'est montré ouvert aux revendications du Réseau mais n'a pas changé sa position dans le dossier. Il s'agit, selon le ministre Victor Boudreau, d'une position gouvernementale, de privatiser ces services.

Entre-temps, nous continuons à recevoir des lettres d'organismes et d'instance qui supportent le maintien des services à l'intérieur du Réseau. Ces lettres d'appui sont incluses dans la correspondance publique dans la documentation pour la rencontre du Conseil d'administration. Elles s'ajoutent aux nombres d'appuis impressionnants reçus à ce jour.

6.2 Programme extra-mural

Il n'y a rien de nouveau à ajouter dans ce dossier.

Soumis le 7 juin 2017 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 19 juin 2017

Objet : **Rapport du président-directeur général**

Le rapport du président-directeur général ici-bas couvre la période du 10 avril au 9 juin 2017. Il vise à vous informer des principaux accomplissements envers l'atteinte de nos objectifs du Plan régional de santé et d'affaires 2016-2019 et des autres dossiers prioritaires pour le Réseau. Une courte présentation sur ce rapport sera faite à la réunion et les membres auront l'occasion de poser des questions.

Soumis le 7 juin 2017 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Rapport du PDG

Rapport du président-directeur général au Conseil d'administration Réunion du 19 juin 2017 Bathurst, Nouveau-Brunswick

Chers membres du Conseil d'administration,

Le rapport qui suit couvre la période du 10 avril au 9 juin 2017. Il vise à vous informer des principaux accomplissements envers l'atteinte de nos objectifs du Plan stratégique 2017-2020, du Plan régional de santé et d'affaires 2017-2018 et des autres dossiers prioritaires pour le Réseau.

Depuis la réunion du 25 avril 2017, plusieurs dossiers ont continué à retenir notre attention. Dans le sillage de l'approbation du Plan stratégique 2017-2020, les vice-présidents et leur directeurs et directrices ont élaboré des plans opérationnels annuels pour leurs secteurs respectifs. Dans le but d'assurer la plus grande cohérence possible, ces plans font le lien entre les objectifs du Plan stratégique, du Plan des services cliniques, du Plan qualité, du Plan pour la répartition équitable des services de santé, de même qu'avec nos projets d'infrastructure, nos besoins en technologies de l'information et les appréciations de rendement.

Par ailleurs, plusieurs annonces positives en matière d'ajout de services ont été faites ces dernières semaines. Certaines de nos collectivités pourront bénéficier d'une offre accrue de services, ce qui cadre avec l'une de nos grandes orientations, énoncée dans notre Plan stratégique 2017-2020, qui consiste à assurer l'équité dans l'accès aux soins et aux services sur l'ensemble du territoire du Réseau. L'un de nos axes d'intervention consiste à mettre en œuvre des initiatives qui améliorent l'accès aux soins et aux services, notamment en milieu rural. Les détails sont fournis plus loin dans ce rapport.

Enfin, nos équipes ont été pleinement mobilisées ces dernières semaines alors que nous nous sommes engagés dans le dernier droit avant la visite d'agrément qui aura lieu du 18 au 23 juin 2017.

Je vous souhaite une bonne lecture!

1. Engagement du personnel et du corps médical

1.1 Semaine des employés 2017

La Semaine des employés 2017 s'est déroulée du 5 au 9 juin. C'est l'occasion de témoigner de la reconnaissance envers les employés du Réseau de santé Vitalité et de faire en sorte que leurs réalisations soient reconnues et appréciées à leur juste valeur. Elle vise à remercier les employés, par l'entremise de différentes activités, pour la différence qu'ils font dans leur milieu de travail. Toute une série d'activités ont été organisées dans les différents établissements et points de services du Réseau tout au long de cette semaine.

2. Gestion des ressources financières et matérielles

2.1 Nouvelle clinique spécialisée dans les troubles du sommeil à Moncton

Le Centre hospitalier universitaire (CHU) Dr-Georges-L.-Dumont a procédé à l'ouverture officielle d'une nouvelle clinique spécialisée pour diagnostiquer et traiter les troubles du sommeil le 29 mai dernier.

L'établissement de cette clinique et l'augmentation des services découlent du Plan d'action pour la répartition équitable des services de santé 2013-2018 (communément appelé « plan de rattrapage »). La nouvelle clinique du sommeil cadre aussi parfaitement avec notre plan stratégique 2017-2020 en contribuant efficacement à l'augmentation du niveau de santé de la population. L'ensemble du projet, incluant les rénovations et les autres coûts liés à l'équipement et aux ressources humaines, a nécessité des investissements de 2,1 million de dollars. L'événement a eu lieu en présence de plusieurs dignitaires et invités.

3. Gestion des ressources humaines

3.1 Nomination d'un médecin-chef intérimaire pour la zone Restigouche

Le Dr Simon Racine a été nommé médecin-chef intérimaire de la zone Restigouche le 4 mai dernier. Sa feuille de route est impressionnante, il a été notamment directeur général de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec et du Centre de recherche en neurosciences de l'Institut. Il a aussi occupé des postes stratégiques à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-nationale, au Centre hospitalier universitaire de Québec et à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Nous lui souhaitons bon succès dans ses nouvelles fonctions.

3.2 Résultats positifs en matière d'appréciation du rendement des employés

Après une campagne active de sensibilisation auprès de ses gestionnaires durant les derniers mois, le Réseau est heureux d'annoncer avoir atteint un taux d'appréciation du rendement annuel atteignant 62 %. Considérant que le taux se situait à 34 % au départ, il s'agit d'un succès pour notre organisation. Ainsi donc, c'est tout près de 1 800 employés de plus qui ont bénéficié d'une rencontre avec leur gestionnaire pour discuter de leur rendement, de leur forces, des possibilités d'amélioration, de leurs aspirations et de leur développement professionnel. Cet accomplissement est le fruit d'un effort concerté déployé par les gestionnaires, les directeurs ainsi que l'équipe de leadership.

4. Relations avec nos partenaires et groupes communautaires

4.1 Quatrième édition du Symposium sur le cancer

Le Centre hospitalier universitaire Dr Georges- L.- Dumont et la Dalhousie University ont été les hôtes conjoints de la quatrième édition du Symposium sur le cancer qui s'est déroulé à Moncton le vendredi 19 mai 2017. Le sujet de cette année était le cancer de la prostate et les participants ont pu notamment entendre le Dr Rob Rutledge, radio-oncologue et professeur agrégé à la Dalhousie University, parler des découvertes les plus récentes en matière de prévention du cancer de la prostate, alors que le Dr Nicholas Power, uro-oncologue et professeur adjoint à la University of Western Ontario, a abordé le sujet du dépistage du cancer de la prostate. Des spécialistes du Centre d'oncologie Dr-Léon-Richard et de L'Hôpital de Moncton ont fait partie du groupe d'experts qui a donné un aperçu des diverses options de traitement et des moyens pour gérer les complications liées au traitement. Le Symposium s'est avéré un franc succès et a permis d'accueillir une centaine de participants, dont des spécialistes et des omnipraticiens, ainsi que des infirmières, des radiothérapeutes, des pharmaciens et d'autres professionnels de la santé qui participent directement aux soins et au traitement des patients qui souffrent du cancer de la prostate

4.2 Nouveaux services ambulatoires de cardiologie bientôt offerts à l'Hôpital Stella-Maris-de-Kent

Le 1^{er} juin dernier, le Réseau a annoncé que de nouveaux services ambulatoires de cardiologie seront bientôt offerts à l'Hôpital Stella-Maris-de-Kent. Le coût total du projet se chiffre à près de 550 000 dollars et comprend des travaux de rénovation, l'achat d'équipement, de même que l'embauche de nouveau personnel. Les investissements requis seront partagés entre le Réseau de santé Vitalité et la fondation Les Ami.e.s de l'Hôpital Stella-Maris-de-Kent. Le Réseau s'assurera de payer les coûts de rénovation, de même que ceux rattachés au fonctionnement normal des opérations, tel le salaire des employés. La

fondation a, quant à elle, le mandat d'acquérir le nouveau matériel, soit une civière d'examen, un tapis roulant ainsi qu'un appareil d'échographie cardiaque, ce qui représente une facture d'environ 200 000 dollars. La fondation a profité de l'occasion pour lancer sa campagne de financement et a été heureuse d'accepter un don majeur de 20 000 dollars des cardiologues du Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont.

5. Gestion stratégique / Communication

5.1 Deuxième forum sur la dépendance à la nicotine

Le Réseau est fier d'annoncer la tenue de son deuxième Forum sur la dépendance à la nicotine, qui aura lieu le 6 octobre prochain, à Campbellton. Il sera possible pour les participants d'y assister par vidéoconférence. Des conférenciers de renom seront présents et pourront faire bénéficier les professionnels de la santé de tout le Réseau de leur expertise en matière de lutte au tabagisme et de traitement de la dépendance à la nicotine.

5.2 Symposium en soin des plaies

Le tout premier symposium francophone en soin des plaies aura lieu du 22 au 24 août 2017 à l'Hôpital régional d'Edmundston. Organisé par le Réseau sous le thème « Consensus en soin des plaies » il permettra aux professionnels de la santé d'acquérir et bonifier leurs connaissances dans ce domaine spécialisé.

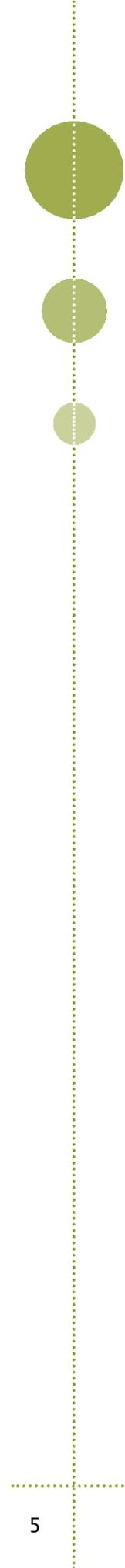
NOTE : La liste des communiqués de presse publiés pendant la période couverte par ce rapport est présentée en annexe 2.

6. Relations avec le Conseil d'administration

6.1 Rencontres et démarches de représentation

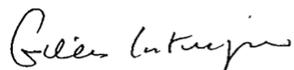
Pendant la période visée par ce rapport, j'ai participé à un peu plus d'une vingtaine de rencontres et discussions avec nos partenaires et plusieurs parties prenantes. Au nombre des dossiers qui ont retenu l'attention, je souligne notamment celui du Centre Hospitalier Restigouche et de la privatisation de la gestion des services alimentaires et d'environnement.

NOTE : La liste détaillée de mes rencontres et démarches de représentation est présentée en annexe 1 de ce rapport.



Voilà qui fait le tour des principaux dossiers du Réseau pour la période du 10 avril au 9 juin 2017.

Le président-directeur général,



Gilles Lanteigne

ANNEXE 1 – Liste des rencontres et représentations du PDG (10 avril au 9 juin 2017)

Sur une base régulière, des rencontres ont lieu avec les différentes instances gouvernementales, des groupes d'employés et de médecins, des partenaires communautaires et d'autres parties prenantes, tant à l'échelle régionale, provinciale que nationale.

Le 20 avril 2017 : Réunion de Medbuy - Téléconférence

Le 24 avril 2017 : Rencontres au Centre Hospitalier Restigouche (3 rencontres) – Campbellton

Le 25 avril 2017 : Réunions du Conseil d'administration – Campbellton

Le 27 avril 2017 : Rencontre de M. Patrick Clarke, président du Comité consultatif catholique du Centre de santé communautaire Saint-Joseph - Téléconférence

Le 27 avril 2017 : Rencontre avec l'organisme Santé catholique internationale - Bathurst

Le 1 mai 2017 : Rencontre avec l'Honorable Victor Boudreau et les membres du Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité au sujet des Services alimentaires et services environnementaux – Moncton

Le 2 mai 2017 : Rencontre avec Julia Hansen et ses membres de la Justice reproductive du N.-B. au sujet des avortements - Téléconférence

Le 5 mai 2017 : Participation au Colloque en santé mentale – Moncton

Le 11 mai 2017 : Participation à l'assemblée générale annuelle de l'Association des foyers de soins du NB – Fredericton

Le 12 mai 2017 : Rencontre avec Concertation des organismes de l'Acadie du N.-B. – Moncton

Le 16 mai 2017 : Participation au 50^e anniversaire de l'aéroport régional de Bathurst

Le 17 mai 2017 : Visite de la Clinique du sommeil et rencontre du Dr Gaudet - Moncton

Le 18 mai 2017 : Rencontre bilatérale avec le Réseau de santé Vitalité et le ministère de la Santé et rencontre du Comité conjoint ministériel du système de santé - Fredericton

Le 19 mai 2017 : Réunion des présidents-directeurs généraux de l'Atlantique – Halifax

Le 23 mai 2017 : Réunion du Comité de l'utilisation appropriée des antipsychologiques du N.-B. – Téléconférence

Le 24 mai 2017 : Présentation au ministère de la Santé du Plan régional de santé et d'affaires du Réseau de santé Vitalité – Moncton

Le 26 mai 2017 : Rencontre du Dr Bryniak - Campbellton

Le 29 mai 2017 : Participation à l'ouverture officielle de la Clinique du sommeil du Centre Universitaire Hospitalier Georges.-L. Dumont – Moncton

Le 31 mai 2017 : Réunion du Comité des finances et de vérification de l'Institut Canadian d'information sur la santé – Téléconférence

Le 1 juin 2017 : Participation à l'annonce des services ambulatoires de cardiologie à l'Hôpital Stella-Maris-de-Kent

Le 2 juin 2017 : Réunion du Comité de l'utilisation appropriée des antipsychotiques du N.-B. – Téléconférence

ANNEXE 2 – Liste des communiqués de presse publiés (du 10 avril au 9 juin 2017)

Tous les communiqués de presse sont diffusés aux médias de la province et publiés de manière simultanée sur le site Internet du Réseau.

Date de publication	Titre du communiqué
12 avril 2017	Début de la zoothérapie canine à l'Hôpital Régional de Campbellton
13 avril 2017	Lutte au tabagisme : le Réseau de santé Vitalité toujours proactif
25 avril 2017	Réunion publique ordinaire du Conseil d'administration – faits saillants
1 ^{er} mai 2017	Symposium en soin des plaies
15 mai 2017	Cliniques de tension artérielle disponibles au Restigouche pour la Journée mondiale de l'hypertension
16 mai 2017	Quatrième édition du Symposium sur le cancer à Moncton
19 mai 2017	Interruptions de services à Lamèque
26 mai 2017	Les Services de traitement des dépendances de Bathurst déménagent
29 mai 2017	Nouvelle clinique spécialisée dans les troubles du sommeil au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont
30 mai 2017	Le vaccin contre le rotavirus pour la santé de votre bébé
1 ^{er} juin 2017	De nouveaux services ambulatoires de cardiologie bientôt offerts à l'Hôpital Stella-Maris-de-Kent

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 19 juin 2017

Objet : **Comité exécutif**

Il n'y a pas eu de réunion du Comité exécutif depuis la dernière réunion du Conseil d'administration.

Soumis le 7 juin 2017 par Michelyne Paulin, présidente du Conseil d'administration.

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 19 juin 2017

Objet : **Comité de gouvernance et de mise en candidature**

Vous trouverez ci-joint le rapport et le procès-verbal du Comité de gouvernance et de mise en candidature de la rencontre du 6 juin 2017. Ce rapport sera présenté par Lucille Auffrey, présidente du comité. De ce rapport, découlent deux propositions, la première, de recevoir le rapport et la deuxième, l'adoption de trois motions contenues dans le rapport de la présidente.

1) Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité de gouvernance et de mise en candidature de la rencontre du 6 juin 2017.

2) Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes : MOTION 2017-06-06 / 03GMC, MOTION 2017-06-06 / 04GMC et MOTION 2017-06-06 / 05 GMC du Comité de gouvernance et de mise en candidature de la rencontre du 6 juin 2017.

Soumis le 7 juin 2017 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Rapport du Comité de gouvernance et de mise en candidature du Conseil d'administration

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 19 juin 2017

Le Comité de gouvernance et de mise en candidature a tenu une réunion régulière le 6 juin 2017. Les sujets suivants ont été discutés :

- **Révision de politiques et procédures** : nous avons révisé quelques politiques et procédures découlant du plan de travail du comité.
 - CA-135 – Code de conduite et morale à l'intention des membres du Conseil d'administration
 - CA-190 – Planification stratégique
 - CA-210 – Orientation des nouveaux membres du Conseil d'administration
 - CA-220 – Langues officielles
 - CA-225 – Politiques en matière de communications et relations publiques
 - CA-235 – Succession du président-directeur général en cas d'urgence
 - CA-255 – Documentation numérisée
 - CA-300 – Comités du Conseil d'administration
 - CA-310 – Comité exécutif
 - CA-395 – Comité stratégique de la recherche et de la formation
 - CA-400 – Processus d'évaluation de la performance du président-directeur général
 - CA-410 – Cadre d'évaluation du Conseil d'administration
 - CA-420 – Mandat du Comité d'évaluation du rendement et du développement du président-directeur général
 - CA-430 – Processus d'évaluation de la performance du médecin-chef et du président du Comité professionnel consultatif

MOTION 2017-06-06 / 03GMC

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que les politiques et procédures soient acceptées avec les modifications suggérées.

Adopté à l'unanimité.

- **Bloc de politiques et procédures du Conseil d'administration** : il a été convenu lors d'une réunion antérieure que toutes les politiques et procédures du Conseil d'administration soient approuvées en bloc annuellement.

MOTION 2017-06-06 / 04GMC

Proposé par Gaitan Michaud

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que l'ensemble des politiques et procédures du Conseil d'administration soient acceptées telles que présentées.

Adopté à l'unanimité.

- **Mandat du Comité professionnel consultatif** : les membres du Comité professionnel consultatif ont proposé quelques modifications au mandat.

MOTION 2017-06-06 / 05GMC

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Pauline Bourque

Et résolu que le mandat du Comité professionnel consultatif soit accepté avec les modifications suggérées.

Adopté à l'unanimité.

Ceci constitue le rapport de la présidente du Comité de gouvernance et de mise en candidature pour la réunion tenue le 6 juin 2017 et je propose l'acceptation de ce rapport tel que présenté.

Lucille Auffrey

Présidente du Comité de gouvernance et de mise en candidature

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL Point 8.2

Titre de la réunion :	Comité de gouvernance et de mise en candidature	Date et heure :	Le 6 juin 2017 à 09:00
		Endroit :	Vidéoconférence
But de la réunion :	Réunion régulière	Bathurst (siège social)	(Gisèle, Gilles)
		Moncton : salle Centre santé du sein	(Lucille, Pauline)
		Edmundston : salle 2281	(Lucie)
Présidente	Lucille Auffrey	Campbellton : salle téléadaptation	(Sonia)
Secrétaire	Lucie Francoeur	Grand-Sault : salle 0252	(Gaitan)
		Téléconférence :	(Michelyne)
Participants			
Lucille Auffrey	✓	Michelyne Paulin	✓
Gilles Lanteigne	✓	Sonia A. Roy	✓
Gisèle Beaulieu	✓	Pauline Bourque	✓
		Gaitan Michaud	✓
PROCÈS-VERBAL			

1. Ouverture de la séance

La séance est ouverte par Lucille Auffrey à 09:00.

2. Déclaration de conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts potentiel n'est déclaré.

3. Adoption de l'ordre du jour**MOTION 2017-06-06 / 01GMC**

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que l'ordre du jour soit adopté tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.

Un membre questionne si la direction développera une politique et procédure reliée à la gestion d'un état de crise, puisque dans l'ensemble des politiques soumises aujourd'hui, aucune n'est en lien avec cet élément. Après discussions, nous comprenons qu'il s'agit d'un dossier litigieux dont le Conseil a dû tenir une audience formelle et que ce dossier est en lien avec les règlements administratifs de la Régie. Le président-directeur général soulève que la révision des règlements administratifs est en cours et que ceux-ci sont d'une portée provinciale et doivent être révisés conjointement avec Horizon et ensuite approuvés par le ministre de la Santé. Le processus est en cours et nous devrions pouvoir amener une recommandation au Conseil cet automne.

Indépendamment des règlements administratifs, les membres suggèrent d'élaborer des lignes directrices pour leur aider à gérer une situation de crise lorsqu'un événement survient. Un suivi sera apporté lors d'une prochaine rencontre.

4. Adoption du procès-verbal du 30 mars 2017**MOTION 2017-06-06 / 02GMC**

Proposé par Gaitan Michaud

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que le procès-verbal de la réunion du 30 mars 2017 soit adopté tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.

5. Suivis de la dernière réunion tenue le 30 mars 2017

À ce jour, l'entente de responsabilisation n'a pas été signée par le réseau et le ministère.

Le président-directeur général assurera un suivi lors de la prochaine réunion du Conseil d'administration concernant les dossiers traités lors de la dernière rencontre avec le ministre de la Santé soient : l'entente de

responsabilisation, le stationnement au CHUDGLD, le Centre hospitalier Restigouche et Sodexo.

6. Affaires nouvelles

6.1 Révision des politiques et procédures

Les politiques soumises pour consultation font partie du plan de travail du Comité. Les modifications suggérées sont surlignées en jaune et/ou rayées.

- CA-135 – Code de conduite et morale à l'intention des membres du Conseil d'administration ; les membres sont d'accord avec les modifications apportées. Nous prévoyons faire une révision en profondeur de cette politique durant la prochaine année et une session de formation sera planifiée pour discuter de celle-ci.
- CA-190 – Planification stratégique ; les membres sont d'accord avec les modifications apportées.
- CA-210 – Orientation des nouveaux membres du Conseil d'administration ; les membres révisent la liste des activités que le mentor et le nouveau membre du Conseil devraient participer ensemble. C'est nouveau de l'année passée, puisqu'il y avait beaucoup de nouveaux membres. Le processus de mentorat a bien fonctionné. Il serait intéressant de faire une révision des attentes à l'égard de ces activités.

Une journée de retraite sera planifiée en décembre prochain pour réviser la planification stratégique, le sujet du rôle de mentor et les activités ainsi que le fonctionnement du Conseil pourront être apportés comme sujets de discussion.

- CA-220 – Langues officielles ; comme cité dans la politique, nous réitérons que la langue de fonctionnement du Conseil et du siège social du Réseau est le français. Pour s'acquitter de cette responsabilité légale :
 - Tous les membres du conseil doivent pouvoir fonctionner pleinement en français (verbal et écrit).
 - Tous les documents provenant du Gouvernement du N.-B. incluant les appels d'offres doivent être soumis en français en même temps que la version anglaise.
 - Dans les endroits publics, lorsque le Réseau a recours à des médias quelconques, le français sera privilégié.

Un membre soulève qu'il y a aussi Élections N.-B. qui a un rôle à jouer au niveau de la langue. Par ailleurs, le président-directeur général commente qu'habituellement un profil de compétences global des membres est acheminé au ministère pour faciliter la nomination future des membres.

- CA-225 – Politiques en matière de communications et relations publiques ; les membres sont d'accord avec les modifications apportées.
- CA-235 – Succession du président-directeur général en cas d'urgence ; les membres sont d'accord avec les modifications apportées.
- CA-255 – Documentation numérisée ; les membres sont d'accord avec les modifications apportées.
- CA-300 – Comités du Conseil d'administration ; les membres sont d'accord avec les modifications apportées.

*Michelyne Paulin se joint à la réunion par téléconférence à 09:40.

- CA-310 – Comité exécutif ; les membres sont d'accord avec les modifications apportées.
- CA-395 – Comité stratégique de la recherche et de la formation ; les membres sont d'accord avec les modifications apportées.
- CA-400 – Processus d'évaluation de la performance du président-directeur général ; aucune modification apportée.
- CA-410 – Cadre d'évaluation du Conseil d'administration ; aucune modification apportée.

- CA-420 – Mandat du Comité d'évaluation du rendement et du développement du président-directeur général ; aucune modification apportée.
- CA-430 – Processus d'évaluation de la performance du médecin-chef et du président du Comité professionnel consultatif ; aucune modification apportée.

MOTION 2017-06-06 / 03GMC

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que les politiques et procédures soient acceptées avec les modifications suggérées.

Adopté à l'unanimité.

6.1.1 Bloc de politiques et procédures du Conseil d'administration

Il a été convenu lors d'une réunion antérieure que toutes les politiques et procédures du Conseil d'administration soient approuvées en bloc annuellement.

MOTION 2017-06-06 / 04GMC

Proposé par Gaitan Michaud

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que l'ensemble des politiques et procédures du Conseil d'administration soient acceptées telles que présentées.

Adopté à l'unanimité.

6.2 Mandat du Comité professionnel consultatif

Les membres du Comité professionnel consultatif ont proposé quelques modifications au mandat dudit comité.

MOTION 2017-06-06 / 05GMC

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Pauline Bourque

Et résolu que le mandat du Comité professionnel consultatif soit accepté avec les modifications suggérées.

Adopté à l'unanimité.

6.3 Nominations – Comité professionnel consultatif

Les membres du Comité professionnel consultatif (CPC) recommandent les professionnels de la santé auto-réglementés suivants comme membre votant du CPC pour un mandat de trois (3) ans soit de septembre 2017 à juin 2020.

- Mélanie Desjardins-Bard, infirmière praticienne
- Joanne Thibeault, travail social
- Mathieu Gautreau, psychologie
- Dre Nadine Kazadi Kabwe, pédiatre

MOTION 2017-06-06 / 06GMC

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Pauline Bourque

Et résolu que Mélanie Desjardins-Bard, Joanne Thibeault, Mathieu Gautreau, Dre Nadine Kazadi Kabwe soient nommés pour siéger au Comité professionnel consultatif pour un mandat de trois ans, soit jusqu'en juin 2020.

Adopté à l'unanimité.

La composition du Comité professionnel consultatif 2017-2018 est soumise pour approbation.

MOTION 2017-06-06 / 07GMC

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Pauline Bourque

Et résolu que les membres suivants siègent au Comité professionnel consultatif pour l'année 2017-

2018 :

- Dre Nadine Kazadi Kabwe
- Dre Marie-Pierre Haberer
- Mélanie Desjardins Bard
- Claudette Boudreau
- Annie Carré
- Danielle McLennan
- Janie Levesque
- Annie Boudreau
- Annie Robichaud
- Joanne Thibeault
- Justin Morris
- Mélissa Deschênes
- Lise Gauthier
- Claudine Godbout-Lavoie
- Mathieu Gautreau
- Gilles Lanteigne, membre d'office
- Gisèle Beaulieu, membre d'office
- Dre Nicole LeBlanc, membre d'office
- Stéphane Legacy, membre d'office
- Johanne Roy, membre d'office
- Jacques Duclos, membre d'office
- Marise Auffrey, membre d'office

Adopté à l'unanimité.

6.4 Nominations Comités médicaux consultatifs locaux

La composition des membres votants des Comités médicaux consultatifs locaux 2017-2018 des zones 1B, 4, 5 et 6 est soumise pour approbation.

MOTION 2017-06-06 / 08GMC

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Pauline Bourque

Et résolu que les membres votants suivants siègent au Comité médical consultatif de la zone 1B pour l'année 2017-2018:

- Dr Jean-François Baril
- Dr Michel Bourgoïn
- Dre Christine Bourque
- Dre Denise Gallant-LeBlanc
- Dre Geneviève LeBlanc
- Dr Pierre LeBlanc
- Dr Rémi LeBlanc
- Dr Pascal Philippe
- Dre Martine Robichaud
- Dr Ronald Robichaud
- Dr Louis Thériault
- Dre Danièle Thibodeau
- Dre Maryse Williston

Adopté à l'unanimité.

MOTION 2017-06-06 / 09GMC

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Pauline Bourque

Et résolu que les membres votants suivants siègent au Comité médical consultatif de la zone 4 pour l'année 2017-2018:

- Dr Paul Cloutier

- Dre Marie-Pier Côté
- Dre Hélène Faucher
- Dre Liette Forest
- Dr François Guinard
- Dre Anik Lang
- Dre Laurie Malenfant
- Dr Daniel Roy
- Dre Chantal Violette

Adopté à l'unanimité.

MOTION 2017-06-06 / 10GMC

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Pauline Bourque

Et résolu que les membres votants suivants siègent au Comité médical consultatif de la zone 5 pour l'année 2017-2018:

- Dr Christian Dufour
- Dr Bahram Groohi
- Dr Khurshid Haque
- Dr Marc Lagacé
- Dr Prabhat Sinha
- Dr Mark Whalen
- Dr Inas Yacoub
- Dr Adama Rabi Youla

Adopté à l'unanimité.

MOTION 2017-06-06 / 11GMC

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Pauline Bourque

Et résolu que les membres votants suivants siègent au Comité médical consultatif de la zone 6 pour l'année 2017-2018:

- Dr Carl Boucher
- Dre Danielle Doucet
- Dr Marc-André Doucet
- Dre Joelle Drolet-Ferguson
- Dr Stéphane Godin
- Dre Marinett Gutierrez
- Dr Roger Kamba
- Dr John LeBlanc
- Dre Anne LeBouthillier
- Dre Dawn-Marie Martin-Ward
- Dre Anick Pelletier
- Dr Marc Éric Savoie

Adopté à l'unanimité.

6.5 Nominations – Comité médical consultatif

La composition du Comité médical consultatif régional pour l'année 2017-2018 est soumise pour approbation.

MOTION 2017-06-06 / 12GMC

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Pauline Bourque

Et résolu que les membres suivants siègent au Comité médical consultatif régional pour l'année 2017-2018:

- Dr Mohamed Benlamlah
- Dre Robyn Comeau

- Dr Michel D'Astous
- Dr Gaetan Gibbs
- Dr Stéphane Godin
- Dr Marc Lagacé
- Dre Anick Pelletier
- Dr Ronald Robichaud
- Dre Anik Savoie
- Dr Renald Wilson

Adopté à l'unanimité.

6.6 Nominations – Comité d'éthique de la recherche

La composition du Comité d'éthique de la recherche 2017-2018 est soumise pour approbation.

MOTION 2017-06-06 / 13GMC

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Pauline Bourque

Et résolu que les membres suivants siègent au Comité d'éthique de la recherche pour l'année 2017-2018:

- Michael Kemp
- Jacinthe Beauchamp
- Pierrette Fortin
- Mark Sinclair
- Blair C. Fraser
- Dre Denise Donovan
- Dre Sylvie Katanda
- Marilynne Boudreau
- Linda Thériault Godin
- Denise Gaudet
- Alexandre Savoie
- Marie-Noëlle Ryan (substitut)
- Marc Deveau (substitut)
- Isabelle Dugas (membre d'office)

Adopté à l'unanimité.

6.7 Nominations des dirigeants, des présidents et des membres des comités

À chaque année, une grille est circulée aux membres du Conseil pour qu'ils fassent part de leurs choix/intérêts de siéger à des comités du Conseil. Certains critères sont utilisés pour établir la composition des comités :

- le membre participe à au moins un comité ;
- les compétences du membre ;
- la continuité des activités/dossiers d'une année à l'autre ;
- le premier choix du membre si possible ;
- le membre élu ou voté (en dernier recours).

Un membre partage un commentaire reçu de deux différentes personnes qui ont remarqué que les dirigeants du Conseil étaient tous des membres nommés (3) par le ministre. Il serait souhaitable d'avoir un équilibre au niveau des dirigeants puisque le Conseil est majoritairement élu. Après discussion, les membres trouvent déplorable et insignifiant ce genre de commentaire, puisque tous les membres peu importe qu'ils soient élus ou nommés doivent tous travailler pour le même intérêt de l'organisation.

Pour la nomination des dirigeants, la Présidente du Conseil est exclue du processus de nomination interne étant donné que son mandat et nomination provient du ministre de la Santé.

Le Comité propose, de façon unanime, les personnes suivantes aux postes de dirigeants :

Vice-président

Le Comité de gouvernance et de mise en candidature recommande la nomination de Gabriel Godin à titre de vice-président.

Michelyne Paulin communiquera avec Gabriel Godin pour savoir s'il accepte un poste de dirigeant. Advenant qu'il n'accepte pas la nomination à titre de vice-président, le 2^e choix appartient à Claire Savoie.

MOTION 2017-06-06 / 14GMC

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Pauline Bourque

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature recommande la nomination de Gabriel Godin à titre de vice-président.

Adopté à l'unanimité.

Trésorier

Le Comité de gouvernance et de mise en candidature recommande la nomination de Rita Godbout au poste de trésorière.

MOTION 2017-06-06 / 15GMC

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Gaitan Michaud

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature recommande la nomination de Rita Godbout à titre de trésorière.

Adopté à l'unanimité.

Secrétaire

Conformément aux règlements administratifs, Gilles Lanteigne en sa capacité de Président-directeur général, cumule les fonctions de secrétaire.

Le Comité de gouvernance et de mise en candidature doit être constitué de 3 membres du conseil ayant droit de vote, dont un en sera le président.

MOTION 2017-06-06 / 16GMC

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Pauline Bourque

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature recommande Lucille Auffrey à titre de présidente au Comité de gouvernance et de mise en candidature.

Adopté à l'unanimité.

MOTION 2017-06-06 / 17GMC

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que la composition du Comité de gouvernance soit acceptée telle qu'indiquée ci-dessous.

- Lucille Auffrey, présidente
- Wesley Knight
- Sonia A. Roy

Adopté à l'unanimité.

Le Comité des finances et de vérification doit être constitué de 4 membres du Conseil ayant droit de vote y compris le trésorier qui doit être le président.

MOTION 2017-06-06 / 18GMC

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que la composition du Comité de finances et vérification soit acceptée telle qu'indiquée ci-dessous.

- Rita Godbout, présidente
- Émeril Haché
- Brenda Martin
- Denis Pelletier

Adopté à l'unanimité.

Le Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité doit être constitué d'au moins 3 membres du Conseil tous votants, dont l'un assumera la présidence.

MOTION 2017-06-06 / 19GMC

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature recommande Norma McGraw à titre de présidente au Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité.

Adopté à l'unanimité.

MOTION 2017-06-06 / 20GMC

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que la composition du Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité soit acceptée telle qu'indiquée ci-dessous.

- Norma McGraw, présidente
- Claire Savoie
- Anne Soucie

Adopté à l'unanimité.

Le Comité stratégique de la recherche et de la formation doit être constitué de 4 membres du Conseil nommés par le Conseil dont l'un assumera la présidence.

MOTION 2017-06-06 / 21GMC

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Gaitan Michaud

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature recommande Pauline Bourque à titre de présidente au Comité stratégique de la recherche et de la formation.

Adopté à l'unanimité

MOTION 2017-06-06 / 22GMC

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que la composition du Comité stratégique de la recherche et de la formation soit acceptée telle qu'indiquée ci-dessous.

- Pauline Bourque, présidente
- Gabriel Godin
- Gaitan Michaud
- Jean-Marie Nadeau

Adopté à l'unanimité.

Le Comité exécutif est composé du président, vice-président, du trésorier, du secrétaire (PDG) et des présidents des comités permanents du Conseil (Comité de gouvernance et de mise en candidature, Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité, Comité des finances et de vérification ainsi que le Comité stratégique de la recherche et de la formation). Tous les membres

ont droit de vote sauf le secrétaire du comité. Le président du conseil est le président du comité exécutif.

MOTION 2017-06-06 / 23GMC

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que la composition du Comité exécutif soit acceptée telle qu'indiquée ci-dessous.

- Michelyne Paulin, présidente
- Gabriel Godin, vice-président
- Rita Godbout, trésorière
- Gilles Lanteigne, secrétaire
- Lucille Auffrey
- Norma McGraw
- Pauline Bourque

Adopté à l'unanimité.

Michelyne Paulin communiquera avec quelques membres du Conseil d'administration à qui leur premier choix n'a pas été retenu, puis leur expliquera la façon dont nous avons procédé pour être équitables avec chacun.

6.8 Nomination du médecin-chef régionale

Dre Nicole LeBlanc a été nommée médecin-chef régionale en octobre 2016 pour un mandat de cinq ans. Selon les règlements du Réseau de santé Vitalité, la nomination doit être confirmée annuellement par le Conseil d'administration lors de l'Assemblée générale annuelle.

MOTION 2017-06-06 / 24GMC

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Gaitan Michaud

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature propose au Conseil d'administration de confirmer la nomination de Dre Nicole LeBlanc à titre de médecin-chef régionale avec l'appui des médecins-chefs locaux.

Adopté à l'unanimité.

6.9 Nomination du président du Comité professionnel consultatif

Un comité ad hoc, formé de Justin Morris, Claudine Godbout-Lavoie, Annie Carré et Linda Sunderland propose de recommander au Comité de gouvernance et de mise en candidature Mme Janie Levesque à titre de présidente du Comité professionnel consultatif pour un mandat de trois ans, renouvelable chaque année, qui débutera en septembre 2017.

MOTION 2017-06-06 / 25GMC

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Pauline Bourque

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature propose au Conseil d'administration de confirmer la nomination de Janie Levesque à titre de présidente du Comité professionnel consultatif pour un mandat de trois ans, renouvelable chaque année, qui débutera en septembre 2017.

Adopté à l'unanimité.

6.10 Auto-évaluations, évaluation de la présidente du Conseil et des présidents et présidentes des divers comités, évaluations des pairs

Le président-directeur général remercie tous les membres d'avoir effectué les trois évaluations par le biais d'un Survey Monkey. Il semble que les présidentes des divers comités concernés n'ont pas reçu les résultats des évaluations. Le président-directeur général assurera un suivi à cet égard.

Les résultats de toutes les auto-évaluations et évaluations y inclus l'évaluation de la présidente du Conseil ont été acheminés à la présidente du Conseil. S'il y a lieu, celle-ci fera un suivi avec les membres.

6.11 Évaluation de la dernière réunion du Conseil d'administration

Les résultats de l'évaluation de la dernière réunion du Conseil d'administration et de la session de formation sont soumis pour discussion et information. Dans l'ensemble, les résultats étaient très bien.

Les membres semblent avoir apprécié les informations partagées, mais ils indiquent un manque de temps pour traiter ou discuter de chaque sujet à l'ordre du jour et suggèrent de remettre les sessions de formation la veille de la réunion. D'autres éléments seront à revoir dont, le choix d'accommodation (hôtel), les repas et les salles de conférence pour nos besoins.

7. **Date de la prochaine réunion** : elle sera convoquée en temps et lieu.

8. **Levée de la séance**

La levée de la séance est proposée par Pauline Bourque à 10:55.

Lucille Auffrey
Présidente du comité

Gisèle Beaulieu
V.-p. – Performance, Qualité et Services
généraux

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 19 juin 2017

Objet : **Comité des finances et de vérification**

Vous trouverez ci-joint le rapport du Comité des finances et de vérification de la rencontre du 1 juin 2017. Ce rapport sera présenté par Rita Godbout, présidente du comité. De ce rapport, découlent deux propositions, la première, de recevoir le rapport et la deuxième, l'adoption des cinq motions contenues dans le rapport de la présidente.

1) Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité des finances et de vérification de la rencontre du 1 juin 2017.

2) Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes : MOTION 2017-06-01 / 04FV, MOTION 2017-06-01 / 05FV, MOTION 2017-06-01 / 06FV, MOTION 2017-06-01 / 07FV et MOTION 2017-06-01 / 08FV du Comité des finances et de vérification de la rencontre du 1 juin 2017.

Soumis le 7 juin 2017 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Rapport du Comité des finances et de vérification du Conseil d'administration

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 19 juin 2017

Le Comité des finances et de vérification a tenu une réunion régulière le 1^{er} juin 2017. Les sujets suivants ont été discutés :

- **Demande de proposition pour une firme de vérificateurs externes** : l'annonce officielle de la firme retenue sera effectuée à l'Assemblée générale annuelle.
- **Plan d'action – Recommandations des vérificateurs externes 2015-2016** : le secteur des finances travaille activement à la standardisation et la consolidation des divers processus, politiques et procédures et des contrôles internes, afin de respecter les échéanciers fixés. Il est prévu que toutes les recommandations sous le contrôle du Réseau de santé Vitalité seront complétées d'ici la fin juin 2017.
- **Approbation des modifications budgétaires 2016-2017** : depuis le début de l'année financière, nous avons demandé des modifications budgétaires de 30.8 M\$. De ce montant, des modifications budgétaires totalisant 9,204,252 \$ sont soumises pour approbation, puisqu'une somme de 21.5 M\$ a déjà été approuvée au cours des dernières rencontres.

MOTION 2017-06-01 / 04FV

Proposé par Émeril Haché

Appuyé par Gabriel Gobin

Et résolu que les modifications budgétaires de l'ordre de 9,204,252 \$ soient adoptées telles que présentées pour tenir compte des changements financiers depuis le début de l'exercice financier.

Adopté à l'unanimité.

- **États financiers au 31 mars 2017** : le Réseau a des produits de l'ordre de 705,342,659 \$ et a encouru des charges d'exploitation de l'ordre de 701,674,197 \$ pour terminer l'année financière avec un excédent d'exploitation de 3,668,462 \$.

Après les ajustements pour les revenus en capital pour l'achat d'équipement, l'amortissement des immobilisations et la prestation constituée pour les congés de maladie, le résultat net annuel après ces ajustements s'élève à un déficit comptable de 13,563,324 \$.

Durant l'année 2016-2017, nous avons fait l'acquisition de 36,056,596 \$ en immobilisations, dont 6,294,457 \$ en équipements, 1,474,328 \$ des dons des fondations pour l'achat d'équipement et de 28,287,811 \$ pour les deux projets de construction : Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont et à l'Hôpital régional Chaleur.

MOTION 2017-06-01 / 05FV

Proposé par Émeril Haché

Appuyé par Gabriel Godin

Et résolu que les états financiers pour l'exercice se terminant le 31 mars 2017 soient adoptés tels que présentés.

Adopté à l'unanimité.

- **Rapport des auditeurs** : le rapport des auditeurs/vérificateurs est révisé par les représentants de la firme Raymond Chabot Grant Thornton, Éric Long, Vincent Dubé, Jean-Marc Delaney et Lise Robichaud McGrath.

L'auditeur a identifié deux recommandations portant sur le suivi des contrôles internes et les risques financiers de l'entité, soient les mêmes recommandations que l'année dernière. D'ailleurs, le Réseau de santé Vitalité s'est doté d'un plan d'atténuation des risques pour l'ensemble du Réseau et sera finalisé d'ici la fin juin 2017.

L'auditeur a identifié des déficiences au niveau de la technologie de l'information. Nous y retrouvons les cinq recommandations qui ne sont pas encore résolues et deux nouvelles recommandations soient :

1. Les accès ne sont pas désactivés dans un délai raisonnable après le départ des employés.
2. Aucun test d'intrusion n'a été effectué dans les dernières années.

MOTION 2017-06-01 / 06FV

Proposé par Émeril Haché

Appuyé par Gabriel Godin

Et résolu que le rapport des vérificateurs de la firme Raymond Chabot Grant Thornton pour l'exercice terminé le 31 mars 2017 soit accepté tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.

- **Lettre budgétaire 2017-2018** : le Réseau a reçu la lettre budgétaire indiquant les détails des revenus et des dépenses alloués par programmes et établissements pour l'exercice financier 2017-2018.
- **Signataires** : étant donné le départ du chef des Services financiers le 16 juin prochain, nous procéderons au changement de signataires bancaires.

MOTION 2017-06-01 / 07FV

Proposé par Wesley Knight

Appuyé par Émeril Haché

Et résolu que Michelyne Paulin, à titre de présidente du Conseil d'administration, Gilles Lanteigne, à titre de président-directeur général et Gisèle Beaulieu, à titre de vice-présidente Performance, Qualité et Services généraux soient autorisés à apposer leur signature pour le compte du Réseau de santé Vitalité.

Adopté à l'unanimité.

- **Mot de reconnaissance** : une lettre de reconnaissance sera acheminée aux employés du Secteur des finances pour souligner leur travail accompli durant la dernière année.

MOTION 2017-06-01 / 08FV

Proposé par Gabriel Godin

Appuyé par Wesley Knight

Et résolu qu'une lettre de reconnaissance soit acheminée aux employés du Secteur des finances, afin de souligner leur travail remarquable durant la dernière année.

Adopté à l'unanimité.

Ceci constitue le rapport de la présidente du Comité des finances et de vérification pour la réunion tenue le 1^{er} juin 2017 et je propose l'acceptation de ce rapport tel que présenté.

Rita Godbout

Présidente du Comité des finances et de vérification

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Point 8.3

Titre de la réunion :	Comité des finances et de vérification	Date et heure :	Le 1 ^{er} juin 2017 à 10:00	
		Endroit :	Vidéoconférence	
But de la réunion :	Réunion régulière	Bathurst (siège social) :	(Gilles, Gabriel)	
		Moncton : salle 4D	(Michelyne, Alain)	
		Edmundston : salle 2281	(Gisèle et Lucie)	
Présidente :	Rita Godbout	Lamèque : salle multi	(Émeril)	
Secrétaire :	Lucie Francoeur	Grand-Sault :	(Rita)	
		Campbellton: sale téléadaptation	(Wesley)	
Participants				
Rita Godbout	✓	Michelyne Paulin	✓	Wesley Knight
Gilles Lanteigne	✓	Gabriel Godin	✓	Alain Béchar
Gisèle Beaulieu	✓	Émeril Haché	✓	
PROCÈS-VERBAL				

Réunion conjointe avec le Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité et le Comité des finances et de vérification

1. Tableau de bord stratégique et opérationnel (mars 2017)

Invitée : Mireille Lanouette

Les membres passent en revue l'ensemble des indicateurs du tableau de bord stratégique et opérationnel.

Un seul indicateur termine au-delà de la cible au niveau du tableau de bord stratégique, soit le nombre moyen de jours d'hospitalisation en soins aigus chez les 65 ans et plus. Malgré que nous ayons beaucoup d'indicateurs inférieurs à la cible, nous pouvons constater une amélioration continue en ce qui a trait aux chirurgies en attente de plus de 12 mois. Nous avons atteint un total de 274 chirurgies à la fin mars comparativement à 667 pour la même période l'an dernier. Plusieurs initiatives ont été mises en place puis les efforts ont donné des résultats avantageux.

Deux indicateurs financiers terminent l'année sous la cible, soit le coût par jour patient et le coût par jour repas. Alain Béchar explique brièvement les différents éléments considérés dans ces deux indicateurs, entre autres l'inflation du prix des aliments et les inventaires exhaustifs dans certaines zones.

En ce qui concerne le tableau de bord opérationnel, tous les indicateurs de qualité performant à l'intérieur ou mieux que leur cible sauf celui sur le taux de césariennes à faible risque. Une équipe de travail examine actuellement des stratégies d'amélioration à mettre en place pour améliorer le taux de conformité.

Nous notons une augmentation de 28 % du nombre de griefs comparativement à l'année précédente. Un membre questionne la raison de cette augmentation et la nature de ces griefs. Mireille Lanouette validera cette information et acheminera un suivi aux membres à cet égard.

Il semble que les données reliées au taux de conformité dans les appréciations de rendement ne sont pas exactes. Mireille Lanouette validera ces informations avec le Secteur des ressources humaines.

Tous les résultats des indicateurs sous le volet des activités sont à l'intérieur de la cible.

2. Ouverture de la séance

La séance est ouverte par Rita Godbout à 10:20.

3. Déclaration de conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts potentiel n'est déclaré.

4. Adoption de l'ordre du jour**MOTION 2017-06-01 / 01FV**

Proposé par Emeril Haché

Appuyé par Gabriel Godin

Et résolu que l'ordre du jour soit adopté avec l'ajout suivant :

7.6 Signataires

Adopté à l'unanimité.

Alain Béchard tient à informer les membres qu'il quittera ses fonctions de chef des Services financiers au sein du Réseau de santé Vitalité à compter du 16 juin prochain, et ce, après trente années de service dans le secteur de la santé. Au nom de tous, le président-directeur général lui souhaite bon succès pour son nouvel emploi et le remercie pour son travail accompli, son dévouement et son leadership au sein de l'équipe.

5. Adoption du procès-verbal du 16 mars 2017**MOTION 2017-06-01 / 02FV**

Proposé par Emeril Haché

Appuyé par Gabriel Godin

Et résolu que le procès-verbal de la réunion du 16 mars 2017 soit adopté tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.**6. Suivis de la dernière réunion du 16 mars 2017****6.1 Demande de proposition pour une firme de vérificateurs externes**

Pour faire suite à la demande de proposition pour une firme de vérificateurs externes, nous avons reçu seulement un soumissionnaire, soit la firme Raymond Chabot Grant Thornton. Les prix soumis par la firme pour les cinq prochaines années sont les suivants :

Année	Prix
Année 1	75,000 \$
Année 2	76,500 \$
Année 3	78,000 \$
Année 4	79,500 \$
Année 5	81,000 \$
Option année 1	82,500 \$
Option année 2	84,000 \$

Selon les règlements administratifs et la loi sur les Régies régionales de la santé, la Régie doit faire vérifier ses opérations financières chaque année par des vérificateurs externes nommés par le conseil lors de son Assemblée générale annuelle.

Alain Béchard souligne le travail exceptionnel des vérificateurs cette année. Il tient également à féliciter l'équipe du Secteur des finances pour leur dévouement durant la dernière année qui a été ardue avec la consolidation des systèmes financiers et d'avoir aussi réussi à compléter une fin d'année dans un si court délai. C'est une première pour le Réseau. Il serait grandement apprécié d'acheminer un mot de reconnaissance aux employés du Secteur des finances, de la part de la présidente du Comité, afin de souligner leur travail remarquable.

MOTION 2017-06-01 / 03FV

Proposé par Gabriel Godin

Appuyé par Wesley Knight

Et résolu que la firme Raymond Chabot Grant Thornton soit retenue pour les services de vérificateurs externes du Réseau de santé Vitalité pour une période de 5 ans commençant le 1^{er} avril 2017.**Adopté à l'unanimité.**

6.2 Plan d'action – Recommandations des vérificateurs externes 2015-2016

La mise à jour du plan d'action pour se conformer aux recommandations des vérificateurs externes 2015-2016 est présentée aux membres à titre d'information. Le Secteur des finances a travaillé activement durant la dernière année à compléter toutes les recommandations, mais il reste encore du travail à faire concernant la mise en œuvre d'un plan formel pour identifier et évaluer les risques internes et/ou externes. Les divers travaux sous le contrôle du Réseau seront exécutés d'ici la fin juin 2017. En ce qui a trait aux recommandations en lien avec la technologie de l'information de Service N.-B., celles-ci seront complétées d'ici décembre 2017.

Dans un avenir rapproché, nous souhaitons arriver à une entente de gestion, afin de clarifier les rôles et responsabilités et renforcer les liens de communication entre le Réseau de santé Vitalité et Service N.-B.

*10:45 - Les vérificateurs de la firme Raymond Chabot Grant Thornton se joignent au groupe. À tour de rôle, ils se présentent Jean-Marc Delaney, Vincent Dubé, Lise Robichaud McGrath et Éric Long. Nous leur souhaitons la bienvenue !

7. Affaires nouvelles

7.1 Approbation des modifications budgétaires 2016-2017

Depuis le début de l'année financière, nous avons demandé des modifications budgétaires de 30.8 M\$. De ce montant, une somme de 21.5 M\$ a été approuvée au cours des dernières rencontres du comité.

Aujourd'hui, des modifications budgétaires totalisant 9,204,252 \$ sont soumises pour approbation.

MOTION 2017-06-01 / 04FV

Proposé par Émeril Haché

Appuyé par Gabriel Gobin

Et résolu que les modifications budgétaires de l'ordre de 9,204,252 \$ soient adoptées telles que présentées pour tenir compte des changements financiers depuis le début de l'exercice financier.

Adopté à l'unanimité.

7.2 États financiers au 31 mars 2017

Les états financiers au 31 mars 2017 sont présentés.

En résumé, le Réseau a des produits de l'ordre de 705,342,659 \$ et a encouru des charges d'exploitation de l'ordre de 701,674,197 \$ pour terminer l'année financière avec un excédent d'exploitation de 3,668,462 \$.

Après les ajustements pour les revenus en capital pour l'achat d'équipement, l'amortissement des immobilisations et la prestation constituée pour les congés de maladie, le résultat net annuel après ces ajustements s'élève à un déficit comptable de 13,563,324 \$.

Au niveau de nos produits, une augmentation de 28,687,999 \$ comparativement à l'année précédente est notée. Le Réseau a reçu 1.4 M\$ envers les augmentations salariales, 5.9 M\$ envers les inflations et financements additionnel (séquençage génétique 800,000 \$ et frais d'opérations du nouveau Centre hospitalier Restigouche 2.4 M\$), 1.3 M\$ du ministère des Transports et Infrastructures envers des projets de rénovation, 15.2 M\$ envers les allocations de retraites, 3 M\$ envers les taxes de propriété pour le nouveau Centre hospitalier Restigouche et 2.1 M\$ envers des amendements budgétaires.

Pour ce qui est des charges d'exploitation, le Réseau a enregistré des augmentations dans les salaires de 2.5 M\$ dues aux augmentations salariales, nouveaux programmes et plan de modernisation. Aussi, des augmentations de 19.4 M\$ sont notées dans les bénéfices dus principalement aux augmentations dans les allocations de retraites. Nous notons une diminution dans les coûts des médicaments de 1.9 M\$ surtout en oncologie et en hémodialyse, ainsi que 337,525 \$ de

réduction dans les coûts d'énergie.

Durant l'année 2016-2017, nous avons fait l'acquisition de 36,056,596 \$ en immobilisations, dont 6,294,457 \$ en équipements, 1,474,328 \$ de dons des fondations pour l'achat d'équipements et de 28,287,811 \$ pour les deux projets de construction : Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont et à l'Hôpital régional Chaleur.

En date du 31 mars 2017, une seule convention collective, celle visant le Syndicat canadien de la fonction publique, est échue depuis le 30 juin 2015. Étant donné que les négociations ne sont pas terminées, aucune provision pour les ajustements de salaires rétroactifs, s'il y a lieu, n'a été comptabilisée dans les états financiers.

À titre d'information, Alain Béchard explique le contrat de location-acquisition (projet de cogénération) provenant d'une entente entre le Réseau et la Fondation de l'Hôpital régional Chaleur Inc. pour une durée de 20 ans. Le Réseau s'est engagé à verser des paiements minimums mensuels de 35,325 \$ et un montant additionnel pour les économies que génère cet équipement loué.

MOTION 2017-06-01 / 05FV

Proposé par Émeril Haché

Appuyé par Gabriel Godin

Et résolu que les états financiers pour l'exercice se terminant le 31 mars 2017 soient adoptés tels que présentés.

Adopté à l'unanimité.

7.3 Rapport des auditeurs

Le rapport des auditeurs/vérificateurs est révisé par les représentants de la firme Raymond Chabot Grant Thornton, Éric Long, Vincent Dubé, Jean-Marc Delaney et Lise Robichaud McGrath. Les travaux d'audits ont été effectués conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada.

Le sommaire des anomalies corrigées et non corrigées a été discuté entre la direction et les auditeurs et aucune correction ne fut effectuée aux états financiers. En ce qui a trait aux anomalies corrigées, ceci représente un chèque payable au receveur général du Canada qui fut imprimé avant le 31 mars, mais encore en notre possession à cette même date.

La présentation des revenus en capital, de l'amortissement ainsi que la provision pour congés de maladie n'est pas conforme aux normes comptables du secteur public. Toutefois, cette présentation n'a pas d'effet sur le déficit annuel de 13,563,324 \$ et sur l'intégrité des données.

Selon l'avis de l'auditeur, à l'exception de la réserve, les états financiers du Réseau de santé Vitalité, donnent dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Réseau au 31 mars 2017 conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

L'auditeur a identifié deux recommandations portant sur le suivi des contrôles internes et les risques financiers de l'entité, soient les mêmes recommandations que l'année dernière. Toutefois, le Réseau de santé Vitalité s'est doté d'un plan d'atténuation des risques pour l'ensemble du Réseau et sera finalisé d'ici la fin juin 2017.

L'auditeur a identifié des déficiences au niveau de la technologie de l'information. Nous y retrouvons les cinq recommandations qui ne sont pas encore résolues et deux nouvelles recommandations soient :

1. Les accès ne sont pas désactivés dans un délai raisonnable après le départ des employés.
2. Aucun test d'intrusion n'a été effectué dans les dernières années.

Les cinq recommandations antérieures sous le contrôle du Réseau seront résolues d'ici la fin juin 2017 alors que celles sous la responsabilité de Service N.-B. seront terminées d'ici la fin décembre 2017.

Lise Robichaud McGrath remercie Alain Béchard et son équipe pour leur bonne collaboration et le beau travail accompli.

MOTION 2017-06-01 / 06FV

Proposé par Émeril Haché

Appuyé par Gabriel Godin

Et résolu que le rapport des vérificateurs de la firme Raymond Chabot Grant Thornton pour l'exercice terminé le 31 mars 2017 soit accepté tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.

7.4 Rencontre à huis clos des membres du Comité des finances et de vérification et de l'auditeur

Les membres du Comité des finances et de vérification procèdent à huis clos avec les vérificateurs de la firme Raymond Chabot Grant Thornton.

*Les vérificateurs de la firme Raymond Chabot Grant Thornton sont remerciés de leurs services et quittent la rencontre à 11:45.

7.5 Lettre budgétaire 2017-2018

Le Réseau a reçu la lettre budgétaire indiquant les détails des revenus et des dépenses alloués par programmes et établissements pour l'exercice financier 2017-2018. Le budget est révisé par les membres du comité.

Le ministère nous a confirmé un financement de 584,824,719 \$ ce qui inclus les augmentations salariales, inflations, améliorations aux programmes et les transferts à Service N.-B. Nous anticipons des revenus supplémentaires de 101,307,958 \$ pour des initiatives financées par le ministère, plan de rattrapage, éducation médicale, anciens combattants, autres recouvrements et assurance-maladie.

Les membres trouvent inconcevable que nous ne puissions pas utiliser les surplus budgétaires pour la mise en œuvre de diverses initiatives, projets et l'achat d'équipements. Durant la prochaine année, la direction poursuivra ses démarches, afin de clarifier cet élément avec le ministère de la Santé.

7.6 Signataires

Étant donné le départ du chef des Services financiers le 16 juin prochain, nous procéderons au changement de signataires bancaires. Selon les règlements administratifs, les personnes qui sont éligibles à signer sur le compte sont : la présidente du Conseil d'administration, le président-directeur général et le chef des Services financiers.

MOTION 2017-06-01 / 07FV

Proposé par Wesley Knight

Appuyé par Émeril Haché

Et résolu que Michelyne Paulin, à titre de présidente du Conseil d'administration, Gilles Lanteigne, à titre de président-directeur général et Gisèle Beaulieu, à titre de vice-présidente Performance, Qualité et Services généraux soient autorisés à apposer leur signature pour le compte du Réseau de santé Vitalité.

Adopté à l'unanimité.

Mot de reconnaissance

Comme discuté au point 6.1, il est suggéré d'acheminer une lettre de reconnaissance aux employés du Secteur des finances pour souligner leur travail accompli durant la dernière année.

Alain Béchard remercie tous les membres du Comité des finances et de vérification, ainsi que les membres de la direction.

MOTION 2017-06-01 / 08FV

Proposé par Gabriel Godin

Appuyé par Wesley Knight

Et résolu qu'une lettre de reconnaissance soit acheminée aux employés du Secteur des finances, afin de souligner leur travail remarquable durant la dernière année.

Adopté à l'unanimité.

8. Date de la prochaine réunion : la prochaine réunion sera convoquée en temps et lieu.

9. Levée de la séance

La levée de la séance est proposée par Émeril Haché à 12:05.

Rita Godbout
Présidente du comité

Gisèle Beaulieu
V.-p. – Performance, Qualité et Services
généraux

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 19 juin 2017

Objet : **Comité de service à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité**

Vous trouverez ci-joint le rapport du Comité de service à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité de la rencontre du 1 juin 2017. Ce rapport sera présenté par Anne Soucie, présidente du comité. De ce rapport, découlent une proposition qui est de recevoir le rapport. Aucune motion n'est contenue dans le rapport de la présidente.

1) Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité de service à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité de la rencontre du 1 juin 2017.

Soumis le 7 juin 2017 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Rapport du Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
du Conseil d'administration

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 19 juin 2017

Le Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité a tenu une réunion régulière le 1^{er} juin 2017. Les sujets suivants ont été discutés :

- **Cadre de référence de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients** ; des outils d'évaluation de l'offre de service en situation minoritaire, seront disponibles bientôt pour la gouvernance et le leadership. Ils seront utilisés comme outil complémentaire à l'évaluation de l'offre de service. Agrément Canada publiera un communiqué de presse à cet égard.
- **Rapport annuel du secteur de la Qualité, performance et bénévoles 2016-2017** ; les grands dossiers de travail réalisés sont :
 - les activités préparatoires à la visite d'Agrément ;
 - le bilan comparatif des médicaments (BCM) ;
 - le cadre de référence de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients ;
 - le cadre de référence sur l'expérience clientèle ;
 - le programme de prévention des chutes ;
 - les activités de la semaine de sécurité des patients ;
 - la révision des sondages de satisfaction de l'expérience clientèle ;
 - l'examen des plaintes ;
 - les revues d'évènements et sentinelles.

Dans la prochaine année, nous mettrons l'emphase sur le déploiement et la formation sur l'approche centrée sur les patients et la famille, ainsi que sur le cadre de référence de l'amélioration de la qualité et la sécurité des patients. Nous poursuivrons également la démarche d'Agrément suite à la réception du rapport.

- **Rapport annuel du Bureau de l'éthique**; le Réseau a maintenant un seul Comité d'éthique clinique régional. Une consultante en éthique est responsable des demandes de consultation pour l'ensemble du Réseau.

Il y a eu une hausse des demandes d'évaluation de projets de recherche, depuis quelques années, tant au niveau des essais cliniques que des projets de recherche appliquée. Au total, 138 projets sont actifs et en cours.

L'éthique organisationnelle est un dossier important et est en cours de développement. Le code d'éthique du Réseau est en processus de révision. La politique du code d'éthique a été révisée et sera soumise pour approbation en juin 2017.

- **Rapport annuel sur la satisfaction des patients internes 2016-2017** ; le taux régional de participation au sondage est 18 % pour l'année financière 2016-2017, comparativement à 21 % pour la même période de l'année précédente. La majorité des questions ont eu un taux de satisfaction (excellent et bon) supérieur à la cible de 90 %.

Les rapports sont disponibles sur une base trimestrielle permettant ainsi aux équipes de mieux préparer les stratégies d'amélioration, d'en faire la mise en œuvre et d'analyser les résultats.

- **Rapport annuel sur les plaintes 2016-2017** ; le total de plainte reçu cette année est demeuré sensiblement le même que l'an dernier, soit 589. De façon générale, la répartition des plaintes est semblable d'une zone à l'autre.

Durant la prochaine année, une formation sera développée sur la gestion des plaintes/préoccupations afin d'outiller le personnel de première ligne et les gestionnaires à gérer les plaintes au point de service.

- **Rapport des dossiers litigieux** ; le sommaire des litiges et réclamations en cours a été présenté aux membres. Le secteur de la Gestion des risques est impliqué dès le début lorsque la source du litige se retrouve dans un incident rapporté par le biais du système en place au Réseau. Notre assureur (HIROC) est toujours avisé, peu importe la source du litige.

- **Rapport – Gestion des risques** : nous notons une augmentation des incidents signalés pour l'année 2016-2017 comparativement à l'année 2015-2016. Le nombre de chutes dans le Réseau varie peu depuis trois ans, puis les chutes graves sont aussi à la baisse. Par contre, le nombre d'incidents reliés aux médicaments est en augmentation depuis trois ans.

Durant la prochaine année, le Réseau fera l'acquisition d'un nouveau logiciel pour notre système de gestion des incidents, ce qui permettra d'influencer la culture de façon positive au signalement des incidents dans une perspective d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des patients.

- **Rapport – Mesures d'urgence** : il y a eu plusieurs activités qui ont touché les mesures d'urgence de l'organisation durant la dernière année, entre autres le développement et mise en œuvre de diverses politiques tant au niveau des exercices d'incendie qu'à différentes politiques liées aux codes d'urgence, la mise à jour et l'approbation du mandat du Comité régional des mesures d'urgence, l'établissement d'un lien entre le code blanc et l'implication du Comité régional de prévention de la violence au travail, etc.

Un plan de continuité des opérations est en voie de développement depuis quelques mois, afin de répondre aux normes d'agrément. La mise en œuvre est prévue au cours de l'année 2017-2018.

- **Rapport – Prévention et contrôle des infections** : le taux de conformité d'hygiène des mains s'est amélioré au cours de la dernière année dans certaines zones et des défis ont été notés dans d'autres zones. La conformité varie de 68% à 95% par trimestre. L'équipe de coordination régionale de la prévention et contrôle des infections a continué à travailler en vue de corriger les non-conformités identifiées dans le Rapport du vérificateur général en 2015. Il y a eu beaucoup de travail effectué en préparation à la visite d'agrément.

Durant la prochaine année, le mandat du Comité régional de prévention et de contrôle des infections sera actualisé.

- **Tableau de bord stratégique et opérationnel (mars 2017)** ; nous pouvons constater une amélioration continue en ce qui a trait aux chirurgies en attente de plus de 12 mois. Nous avons atteint un total de 274 chirurgies à la fin mars comparativement à 667 pour la même période l'an dernier. Plusieurs initiatives ont été mises en place puis les efforts ont donné des résultats avantageux.

En ce qui concerne le tableau de bord opérationnel, tous les indicateurs de qualité performant à l'intérieur ou mieux que leur cible sauf celui sur le taux de césariennes à faible risque. Une équipe de travail examine actuellement des stratégies d'amélioration à mettre en place pour améliorer le taux de conformité.

Tous les résultats des indicateurs sous le volet des activités sont à l'intérieur de la cible.

La performance des indicateurs liés aux finances est relativement bonne.

Ceci constitue le rapport de la présidente du Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité du Conseil d'administration pour la réunion tenue le 1^{er} juin 2017 et je propose l'acceptation de ce rapport tel que présenté.

Anne Soucie

Présidente du Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité du Conseil d'administration

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Point 8.4

Titre de la réunion :	Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité	Date et heure : Endroit :	Le 1^{er} juin 2017 à 08:30 Vidéoconférence
But de la réunion :	Réunion régulière	Bathurst (siège social) : grande salle Edmundston : salle 2281 Moncton : salle 4D	(Gilles, Claire) (Gisèle, Lucie) (Michelyne, Chantal, Jean-Marie, Anne)
Présidente : Secrétaire :	Anne Soucie Lucie Francoeur	Jabber : Téléconférence :	(Dre LeBlanc) (Denis)
Participants			
Anne Soucie ✓	Chantal Saumure ✓	Claire Savoie ✓	
Gilles Lanteigne ✓	Linda Sunderland A	Jean-Marie Nadeau ✓	
Gisèle Beaulieu ✓	Dre Nicole LeBlanc ✓	Denis Pelletier ✓	
Michelyne Paulin ✓			
PROCÈS-VERBAL			

1. Ouverture de la séance

La séance est ouverte par Anne Soucie à 08:30.

2. Déclaration de conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts potentiel n'est déclaré.

3. Adoption de l'ordre du jour**MOTION 2017-06-01 / 01SCGQS**

Proposé par Jean-Marie Nadeau

Appuyé par Claire Savoie

Et résolu que l'ordre du jour soit adopté tel que présenté.

Adopté à l'unanimité

4. Adoption du procès-verbal du 16 mars 2017**MOTION 2017-06-01 / 02SCGQS**

Proposé par Jean-Marie Nadeau

Appuyé par Claire Savoie

Et résolu que le procès-verbal de la réunion du 16 mars 2017 soit adopté tel que présenté.

Adopté à l'unanimité

5. Suivis de la dernière réunion du 16 mars 2017**5.1 Cadre de référence de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients – critères spécifiques au niveau de la langue**

Des démarches ont été effectuées auprès d'Agrément Canada pour obtenir de l'information sur le développement de critères spécifiques au niveau la langue. Ceux-ci disent avoir eu des discussions avec la Société santé en français, puis il semble que des outils d'évaluation de l'offre de service seront disponibles bientôt pour la gouvernance et le leadership. Ils seront utilisés comme outil complémentaire à l'évaluation de l'offre de service. Agrément Canada publiera un communiqué de presse à cet égard.

Pour faire suite à une demande, un exemplaire des sondages d'expérience patient sera partagé aux membres à titre d'information.

6. Rapports

6.1 Rapport annuel de la Qualité, performance et bénévoles 2016-2017

Le rapport annuel de la Qualité, performance et bénévoles 2016-2017 constitue un bilan des réalisations des activités du secteur de la qualité, de la performance et des bénévoles en lien avec l'amélioration continue de la qualité et la sécurité des patients au sein du Réseau. Gisèle Beaulieu commente brièvement le contenu du rapport. Les grands dossiers de travail réalisés sont :

- les activités préparatoires à la visite d'Agrément ;
- le bilan comparatif des médicaments (BCM) ;
- le cadre de référence de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients ;
- le cadre de référence sur l'expérience clientèle ;
- le programme de prévention des chutes ;
- les activités de la semaine de sécurité des patients ;
- la révision des sondages de satisfaction de l'expérience clientèle ;
- l'examen des plaintes ;
- les revues d'évènements et sentinelles.

L'équipe des bénévoles s'est ajoutée au directeur de la qualité et de la performance dans le cadre de la nouvelle structure organisationnelle en mars 2016. Ces équipes dynamiques sont très engagées à la réalisation du mandat du Réseau, mais plus particulièrement dans l'amélioration du confort et du mieux-être lors d'une hospitalisation ou d'une visite en milieu ambulatoire.

Le secteur d'amélioration de la performance et du bureau de projets continue d'appuyer l'Équipe de leadership et les directeurs dans les efforts d'amélioration de la performance dans l'exécution de divers projets en lien avec le plan opérationnel. Ses effectifs sont composés d'un gestionnaire et de consultants en amélioration de la performance ayant tous la désignation de Ceinture noire – Lean Management ou de Ceinture noire – Lean 6 Sigma ainsi qu'une coordonnatrice du bureau de projets.

Dans la prochaine année, nous mettrons l'emphase sur le déploiement et la formation sur l'approche centrée sur les patients et la famille, ainsi que sur le cadre de référence de l'amélioration de la qualité et la sécurité des patients. Nous poursuivrons également la démarche d'Agrément suite à la réception du rapport.

Le rapport annuel de la prochaine année évoluera vers un bilan des réalisations en lien avec les objectifs organisationnelles et le plan qualité et la sécurité des patients du Réseau.

6.2 Rapport annuel du Bureau de l'éthique 2016-2017

Dans le cadre de la réorganisation administrative et de la vision de standardiser les processus, le mode de fonctionnement de certains comités a été évalué. Par ailleurs, le Réseau a maintenant un seul Comité d'éthique clinique régional et une première rencontre s'est tenue hier. Une consultante en éthique est responsable des demandes de consultation pour l'ensemble du Réseau.

Le Comité d'éthique de la recherche a tenu onze réunions régulières durant la dernière année. Il y a eu une hausse des demandes d'évaluation de projets de recherche, depuis quelques années, tant au niveau des essais cliniques que des projets de recherche appliquée. Pour l'instant, la majorité des essais cliniques sont réalisés en oncologie, et ce, à Moncton. Au total, 138 projets sont actifs et en cours.

Plusieurs sessions de formation ont été offertes à l'ensemble des employés de même qu'aux membres du Conseil d'administration en lien avec l'éthique. Le travail se continue de ce côté avec le développement du module E-apprentissage en éthique.

L'éthique organisationnelle est un dossier important et est en cours de développement. Le code d'éthique du Réseau est en processus de révision. La politique du code d'éthique a été révisée et sera soumise pour approbation en juin 2017.

6.3 Rapport annuel sur la satisfaction des patients internes 2016-2017

Le taux régional de participation au sondage est 18 % pour l'année financière 2016-2017, comparativement à 21 % pour la même période de l'année précédente. La majorité des questions ont

eu un taux de satisfaction (excellent et bon) supérieur à la cible de 90 %. La cible visée est 20 %. Seules les questions en lien avec les repas (71 %) et la tranquillité (87 %) n'ont pas atteint la cible.

Les rapports sont disponibles sur une base trimestrielle permettant ainsi aux équipes de mieux préparer les stratégies d'amélioration, d'en faire la mise en œuvre et d'analyser les résultats.

Le sondage des patients hospitalisés a été révisé pour refléter les questions du sondage du Conseil de la Santé du N.-B. (CSNB), qui est basé sur le sondage national développé par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

6.4 Rapport annuel sur les plaintes 2016-2017

Le rapport comprend les données sur les plaintes pour l'année financière 2016-2017, ainsi que les données comparatives pour l'année 2015-2016. Un résumé des tendances et des pistes d'action prises au cours de cette période est partagé aux membres. Le total de plainte reçu cette année a demeuré sensiblement le même que l'an dernier, soit 589. De façon générale, la répartition des plaintes est semblable d'une zone à l'autre.

Nous notons une diminution au niveau des plaintes en lien avec l'air/eau. Cette diminution est en lien avec les plaintes liées aux personnes qui fument à l'entrée des établissements qui sont à la baisse depuis la mise en œuvre de la politique sur les environnements sans fumée.

Durant la prochaine année, une formation sera développée sur la gestion des plaintes/préoccupations afin d'outiller le personnel de première ligne et les gestionnaires à gérer les plaintes au point de service.

6.5 Rapport des dossiers litigieux

Un rapport sommaire des litiges et réclamations en cours est présenté. Le secteur de la Gestion des risques est impliqué dès le début lorsque la source du litige se retrouve dans un incident rapporté par le biais du système en place au Réseau.

Nous constatons que la majorité des litiges se retrouvent dans la catégorie «Traitement-Analyse-Procédure». Ceux-ci sont principalement des allégations de délais de chirurgie, mauvais diagnostic, complications, omissions de traitements et de négligences relatives aux soins reçus. Notre assureur (HIROC) est toujours avisé peu importe la source et c'est ce dernier qui assigne un avocat. Ensuite, le travail de préparation est entrepris avec l'avocat tel l'envoi de documents, discussions et coordination d'entrevues des personnes impliquées.

Nous sommes en train de voir avec notre assureur (HIROC) s'il y a possibilité qu'il nous achemine le rapport des réclamations en français.

6.6 Rapport – Gestion des risques

Gisèle Beaulieu présente le bilan de la dernière année des incidents signalés ainsi que les alertes et rappels reçus et pour lesquels le secteur de la Gestion des risques a assuré un suivi. Nous notons une augmentation des incidents signalés pour l'année 2016-2017 comparativement à l'année 2015-2016. En outre, le Réseau favorise le signalement des incidents par une culture juste et non punitive.

Du taux global des incidents signalés, 10 % sont des incidents évités de justesse. Nous remarquons un taux plus prononcé à la zone 4 où des efforts de bonifier le processus à suivre pour rapporter les incidents évités de justesse se sont montrés positifs.

Le nombre de chutes dans le Réseau varie peu depuis trois ans, puis les chutes graves sont aussi à la baisse. Par contre, le nombre d'incidents reliés aux médicaments est en augmentation depuis trois ans.

Chaque incident est analysé par le secteur concerné et des améliorations sont apportées, afin de mitiger les risques ou les éviter contribuant ainsi à l'amélioration des soins de santé.

Durant la prochaine année, le Réseau fera l'acquisition d'un nouveau logiciel pour la gestion des incidents, ce qui permettra d'influencer la culture de façon positive au signalement des incidents dans une perspective d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des patients.

6.7 Rapport – Mesures d'urgence

La gestion efficace des urgences en santé exige une intervention organisée, dirigée par les autorités pertinentes et mise en œuvre par des membres du personnel qualifié et compétent et celle-ci s'inscrit dans une perspective de gestion intégrée des risques au niveau de l'organisation. Gisèle Beaulieu commente quelques activités qui ont touché les mesures d'urgence de l'organisation durant la dernière année :

- le développement et mise en œuvre de diverses politiques tant au niveau des exercices d'incendie qu'à différentes politiques liées aux codes d'urgence ;
- la mise à jour et l'approbation du mandat du Comité régional des mesures d'urgence, d'ailleurs il est prévu que ce comité soit activé bientôt ;
- l'amélioration du système d'administrateurs en disponibilité dans l'ensemble du Réseau ;
- l'établissement d'un lien entre le code blanc et l'implication au Comité régional de prévention de la violence au travail ;
- la participation au centre d'opérations d'urgence de la ville de Moncton pour la gestion de l'arrivée et l'installation des réfugiés syriens.

Deux nouveaux codes d'urgence ont été révisés dans l'ensemble des établissements et points de service du Réseau en 2016-2017, soit le code noir (menace) et le code jaune (personne disparue). Le développement des autres codes se poursuit.

Une revue après actions a eu lieu suite à la crise du verglas qui a sévi, entre le 25 janvier et le 2 février 2017, et a permis d'obtenir des éléments positifs, négatifs ainsi que des recommandations aux fins d'améliorations. Les suivis sont en cours.

Un plan de continuité des opérations est en voie de développement depuis quelques mois, afin de répondre aux normes d'agrément. La mise en œuvre est prévue au cours de l'année 2017-2018.

6.8 Rapport – Prévention et contrôle des infections

Un sommaire des initiatives effectuées touchant la prévention et contrôle des infections au sein du Réseau est présenté aux membres à titre d'information.

- Un programme régional de prévention et contrôle des infections a été élaboré et approuvé dans la dernière année. Le programme assure le suivi aux recommandations du vérificateur général ainsi qu'aux exigences normatives d'agrément.
- Le taux de conformité d'hygiène des mains s'est amélioré au cours de la dernière année dans certaines zones et des défis ont été notés dans d'autres zones. La conformité varie de 68% à 95% par trimestre.
- L'équipe de coordination régionale de la prévention et contrôle des infections a continué à travailler en vue de corriger les non-conformités identifiées dans le Rapport du vérificateur général en 2015.
- Les taux d'infection nosocomiale des trois organismes résistants aux antibiotiques sous surveillantes soient : le SARM (staphylocoque résistant à la méthicilline), l'ERV (entérocoque résistant à la vancomycine) et le Clostridium difficile ont diminué en deçà des cibles établies pour 2016-2017.
- Il y a eu beaucoup de travail effectué en préparation à la visite d'agrément.

Durant la prochaine année, le mandat du Comité régional de prévention et de contrôle des infections sera actualisé.

Réunion conjointe avec le Comité des finances et de vérification et le Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité

7. Affaires permanentes

7.1 Tableau de bord stratégique et opérationnel (mars 2017)

Invitée : Mireille Lanouette

Les membres passent en revue l'ensemble des indicateurs du tableau de bord stratégique et opérationnel.

Un seul indicateur termine au-delà de la cible au niveau du tableau de bord stratégique, soit le nombre moyen de jours d'hospitalisation en soins aigus chez les 65 ans et plus. Malgré que nous ayons beaucoup d'indicateurs inférieurs à la cible, nous pouvons constater une amélioration continue en ce

qui a trait aux chirurgies en attente de plus de 12 mois. Nous avons atteint un total de 274 chirurgies à la fin mars comparativement à 667 pour la même période l'an dernier. Plusieurs initiatives ont été mises en place puis les efforts ont donné des résultats avantageux.

Deux indicateurs financiers terminent l'année sous la cible, soit le coût par jour patient et le coût par jour repas. Alain Béchard explique brièvement les différents éléments considérés dans ces deux indicateurs, entre autres l'inflation du prix des aliments et les inventaires exhaustifs dans certaines zones.

En ce qui concerne le tableau de bord opérationnel, tous les indicateurs de qualité performant à l'intérieur ou mieux que leur cible sauf celui sur le taux de césariennes à faible risque. Une équipe de travail examine actuellement des stratégies d'amélioration à mettre en place pour améliorer le taux de conformité.

Nous notons une augmentation de 28 % du nombre de griefs comparativement à l'année précédente. Un membre questionne la raison de cette augmentation et la nature de ces griefs. Mireille Lanouette validera cette information et acheminera un suivi aux membres à cet égard.

Il semble que les données reliées au taux de conformité dans les appréciations de rendement ne sont pas exactes. Mireille Lanouette validera ces informations avec le Secteur des ressources humaines.

Tous les résultats des indicateurs sous le volet des activités sont à l'intérieur de la cible.

8. Date de la prochaine réunion : la prochaine réunion sera convoquée en temps et lieu.

9. Levée de la séance

La levée de la séance est proposée par Claire Savoie à 10:20.

Anne Soucie
Présidente du comité

Gisèle Beaulieu
V.-p. – Performance, Qualité et Services généraux

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 19 juin 2017

Objet : **Comité stratégique de la recherche et de la formation**

Vous trouverez ci-joint le rapport et le procès-verbal du Comité stratégique de la recherche et de la formation de la rencontre du 25 mai 2017. Ce rapport sera présenté par Pauline Bourque, présidente du comité. De ce rapport, découlent deux propositions, la première, de recevoir le rapport et la deuxième, l'adoption d'une motion contenue dans le rapport de la présidente.

1) Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité stratégique de la recherche et de la formation de la rencontre du 25 mai 2017.

2) Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte la motion suivante : MOTION 2017-05-25 / 03CSRF du Comité stratégique de la recherche et de la formation de la rencontre du 25 mai 2017.

Soumis le 7 juin 2017 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Point 8.5

Titre de la réunion :	Comité stratégique de la recherche et de la formation	Date et heure :	Le jeudi 25 mai 2017 à 13 heures
		Endroit :	Vidéoconférence
But de la réunion :	Réunion régulière	Moncton : Salle du conseil :	Pauline Bourque, Lucille Auffrey, Dre Desrosiers, Brigitte Sonier Ferguson
Présidente :	Pauline Bourque	Grand-Sault – Local 0217 :	Gaitan Michaud
Secrétaire :	Manon Frenette	Bathurst – siège social :	Gilles Lanteigne, Gabriel Godin, Michelyne Paulin, Manon Frenette

Participants

Pauline Bourque	✓	Gaitan Michaud	✓	Gilles Lanteigne	✓
Lucille Auffrey	✓	Dre France Desrosiers	✓	Brigitte Sonier Ferguson	✓
Gabriel Godin	✓	Michelyne Paulin	✓		

PROCÈS-VERBAL**1. Ouverture de la séance**

La présidente ouvre la séance à 13 heures et souhaite la bienvenue à tous. Elle informe les membres que deux présentations auront lieu en premier temps et que la réunion poursuivra avec l'ordre du jour proposé par la suite.

2. Présentations**2.1 Recherche dans le domaine du vieillissement**

Jean-Luc Bélanger, directeur général de l'Association francophone des aînés du N.-B. (AFANB), en collaboration avec Suzanne Dupuis-Blanchard, directrice du Centre d'étude du vieillissement, présentent la raison d'être de l'AFANB ainsi que le travail fait avec la Chaire de recherche en santé. L'intention des présentateurs est de voir aux possibilités de développer un partenariat avec le Réseau de santé Vitalité au niveau de l'éducation et de la promotion de la santé.

On souligne que tous les éléments apportés à la table sont bien alignés avec ceux du plan stratégique du Réseau en termes de partenariat avec la population. On souligne également le développement de la mission universitaire et de la recherche qui est un des axes stratégiques du plan stratégique.

Monsieur Bélanger et Madame Dupuis-Blanchard sont remerciés de leur présentation et sont invités à faire part de tout commentaire ou suggestion envers un travail collaboratif avec le Réseau.

2.2 Visite d'agrément 2017

Nicole Frigault, gestionnaire régionale de la Qualité et la sécurité des patients du Réseau, fait une présentation d'information sur l'agrément en prévision de la visite prévue en juin 2017. Elle informe également qu'une rencontre est prévue en juin avec tous les membres du CA pour mieux les préparer à la visite. La présentation d'aujourd'hui porte sur le rôle du Comité stratégique de la recherche et de la formation, les normes d'agrément qui touchent le comité et le genre de questions qui pourraient lui être posées lors de la visite. On remercie Madame Frigault pour la présentation intéressante et surtout très informative.

3. Adoption de l'ordre du jour**MOTION 2017/05/25-01-CSR**

Proposé par Gaitan Michaud

Appuyé par Lucille Auffrey

Et résolu que l'ordre du jour soit adopté tel que circulé

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

On note qu'aucun conflit d'intérêt n'est déclaré.

4. Adoption du procès-verbal du 23 janvier 2017

Le procès-verbal de la réunion du 23 janvier 2017 est adopté tel que circulé.

MOTION 2017/05/25-02-CSR

Proposé par Gabriel Godin

Appuyé par Gaitan Michaud

Et résolu que le procès-verbal du 23 janvier 2017 soit adopté tel que circulé.

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

5. Suivis de la réunion du 23 janvier 2017

5.1. Affaires découlant du procès-verbal du 23 janvier 2017

Nouveau poste – Directeur régional - Recherche, Développement scientifique et Formation

En raison des nombreux changements au niveau de l'administration du Réseau depuis 2011, le poste de directeur de recherche/directeur scientifique est demeuré non comblé. Cependant, les activités de recherche et d'enseignement ont continué de croître, surtout depuis 2015. Pour subvenir aux nouvelles exigences de ce secteur et au besoin organisationnel du Réseau de santé Vitalité, le poste de gestionnaire du Bureau d'appui à la recherche a évolué pour devenir celui de directeur – formation et recherche.

Suite à une évaluation de la description du poste de directeur de recherche/directeur scientifique prévu initialement dans le cadre du plan de rattrapage et après avoir comparé cette description à la description de poste actuel du directeur – formation et recherche, il a été décidé de fusionner les deux rôles pour créer le poste de directeur régional – Recherche, développement scientifique et formation, lequel sera occupé par Brigitte Sonier-Ferguson.

5.1.3 Plan de communication (CMPNB)

Un bilan des activités du secteur de la formation et la recherche sera inclus dans le rapport annuel du Réseau de santé Vitalité. Un rapport annuel spécifique pour la formation et la recherche sera développé pour 2018 (en collaboration avec le Centre de formation médicale du N.-B.).

Une mise à jour du CMPNB sera également incluse dans le rapport annuel du Réseau.

Un plan de communication n'a pas encore été établi avec l'Université de Moncton.

5.2 Mise à jour du plan d'action

On présente la mise à jour du plan d'action en indiquant qu'il est complété à 25% de sa totalité.

On souligne la nécessité d'avoir eu à repousser certains échéanciers en raison d'une augmentation significative du nombre de projets et aussi que la directrice est la seule personne responsable de l'accomplissement de la majorité des actions reliées à ces projets. C'est d'ailleurs la raison de la recommandation de l'ajout d'un poste de directeur adjoint qui sera partagé avec le centre de formation. Cet ajout partagé permettra également de garder un lien étroit avec le Centre de formation et offrira un gestionnaire pour le bureau d'appui à la recherche qui complètera l'équipe.

5.3 Liste à jour des projets de recherche

La liste à jour des projets de recherche est revue avec les membres.

5.4 Mise à jour du plan de développement de la mission universitaire

Un groupe de travail pour l'élaboration et la mise en oeuvre d'un plan de développement pour la mission universitaire au Réseau de santé Vitalité a été créé. Une première rencontre a eu lieu le 1er mai. Lors de cette rencontre, un plan de travail décrivant les étapes pour la création du plan de développement fut proposé au groupe. À partir de ce plan, le groupe a défini les grandes étapes pour l'accomplissement du plan de développement.

Le groupe de travail s'est donné comme échéancier de compléter le plan de développement pour l'automne 2017, afin de pouvoir présenter ce dernier au ministère de la Santé pour qu'il considère les ressources nécessaires pour la mise en oeuvre de ce plan de développement de la mission universitaire dans son prochain budget.

5.4.1 Mandat du groupe de travail sur la mission universitaire

Les membres sont d'accord avec le mandat proposé. Aucune particularité n'est soulevée.

5.4.2 Étapes pour l'élaboration du plan de développement

Les membres ont pris connaissance du document qui est déposé à titre d'information. Aucune particularité n'est soulevée.

6. Affaires nouvelles

6.1 Proposition de modification à la composition du Comité stratégique de la recherche et de la formation

On propose l'ajout de deux membres permanents à la composition du Comité stratégique de la recherche et de la formation, soit

- la directrice régionale – Recherche, développement scientifique et formation, et
- le doyen associé de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke/Directeur du Centre de formation médicale du N.-B.

Ces membres participeront à titre de membres d'office sans droit de vote.

MOTION 2017/05/25-03-CSR

Proposé par Lucille Auffrey

Appuyé par Gabriel Godin

Et résolu que le Comité stratégique de la recherche et de la formation accepte la proposition de modification de la composition du Comité stratégique de la recherche et de la formation par l'ajout du directeur régional – Recherche, développement scientifique et formation, et le doyen associé de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke/directeur du Centre de formation médicale du N.-B. à titre de membre d'office sans droit de vote.

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

7. Autres

Aucun autre point n'est traité.

8. Date et lieu de la prochaine réunion

La prochaine réunion est prévue à l'automne.

9. Levée de la séance

La séance est levée à 14 h 55 sur une proposition de Gabriel Godin.

Pauline Bourque

Présidente

Comité stratégique de la recherche et de la formation

Dre France Desrosiers

Vice-présidente

Services médicaux, Formation et Recherche

Ébrouche

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 19 juin 2017

Objet : **Comité médical consultatif (CMC)**

Vous trouverez ci-joint le rapport de la médecin-chef régional qui comporte deux volets 1) Médecin-chef régional; 2) Comité médical consultatif de la rencontre du 6 juin 2017. Ce rapport et les motions seront présentés par Dre Nicole LeBlanc, médecin-chef régional qui est également présidente du Comité médical consultatif. De ce rapport, découlent deux propositions, la première, de recevoir le rapport et la deuxième, l'adoption de cinq motions contenues dans le rapport de la présidente.

1) Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport de la Médecin-chef régional et de la présidente du Comité médical consultatif de la rencontre du 6 juin 2017.

2) Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes : MOTION 2017/06/06-02-CMC, MOTION 2017/06/06-05-CMC, MOTION 2017/06/06-06-CMC, MOTION 2017/06/07-02-CMC et MOTION 2017/06/06-08-CMC du Comité médical consultatif de la rencontre du 6 juin 2017.

Soumis le 7 juin 2017 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Rapport de la médecin-chef régional et du Comité médical consultatif

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 19 juin 2017

Rapport de la médecin-chef régional

Dre LeBlanc partage les dossiers en cours tels que :

- le processus d'inclusion des plans de qualité,
- la révision du processus des octrois de privilèges,
- la continuation des visites dans les zones,
- le processus de révision des exigences minimales, et

Rapport de la présidente du Comité médical consultatif

Le Comité médical consultatif a tenu une réunion régulière le 6 juin 2017. Les sujets suivants ont été discutés :

- Rapports présentés aux membres du CMC

Ces rapports sont créés par le Réseau et sont présentés au CMC pour suivis au niveau de la qualité de l'acte médical.

- Tableau de bord du CMC
- Rapport de progrès – Plan de qualité
- Rapport groupes cliniques
- Progrès de la démarche d'agrément 2017
- Rapport régional des plaintes médicales Q4

- Présentations

- Programme de traumatologie du NB : Intubation en séquence rapide et sédation et analgésie post-intubation pour patients victimes de traumatismes majeurs, ATLS Soins avancés de réanimation des polytraumatisés

MOTION 2017/06/06-02-CMC

Il est proposé par Dr Rénauld Wilson et appuyé par Dr Eric Basque, que le CMCR donne son appui à l'initiative du Programme de traumatologie du NB Intubation en séquence rapide et sédation et analgésie post-intubation pour patients victimes de traumatismes majeurs tel que présenté; motion adoptée à l'unanimité.

- Demandes de nominations et de changements de nominations

Les demandes de nomination et de changement de nomination des zones 1B, 4 et 5 ont été soumises et approuvées par le Comité médical consultatif et sont soumises pour adoption par le Conseil d'administration jusqu'à sa réunion en juin 2018 telles qu'indiquées aux tableaux des pages suivantes.

Zone 1B - Demandes de nominations pour les privilèges

Privilèges adoptés par le comité d'examen des titres le **11 mai 2017**
 Adoptés par le Comité médical consultatif local le **18 mai 2017**
 Adoptés par le Comité médical consultatif régional le **6 juin 2017**

Après avoir étudié les dossiers, les membres du CMCR recommandent les demandes de nomination pour les privilèges des médecins suivants auprès du personnel médical et dentaire du Réseau de santé Vitalité Zone 4 jusqu'à la réunion du Conseil d'administration en **juin 2018**.

Médecins	Statut	Zone	Spécialité	Privilèges
Ahmed, Sabri	Suppléant	1B	Hématologie et oncologie médicale	Oncologue médical
Bradshaw, Scott H.	Conseiller	1B, 4, 5 et 6	Pathologie	Anatomo-pathologiste
Lao, Alexandra	Associé	4	Pathologie	Anatomo-pathologiste
Roy, Marie-Josée	Suppléant	4	Pédiatrie	Pédiatre

Zone 4 - Demandes de nomination pour les privilèges

Privilèges adoptés par le comité de vérification des titres le **3 mai 2017**
 Adoptés par le Comité médical consultatif local le **3 mai 2017**
 Adoptés par le Comité médical consultatif régional le **6 juin 2017**

Après avoir étudié les dossiers, les membres du CMCR recommandent les demandes de nomination pour les privilèges des médecins suivants auprès du personnel médical et dentaire du Réseau de santé Vitalité Zone 6 jusqu'à la réunion du Conseil d'administration en **juin 2018**.

Médecins	Statut	Zone	Spécialité	Privilèges
Baldauf, Christian	Invité	4	Médecine spécialisée	Radiologie
Chow, Sheila	Suppléant	4	Médecine spécialisée	Radiologie
Coret, Alexander	Suppléant	4	Médecine spécialisée	Radiologie
Deschenes, Mira	Associé	4	Chirurgie	Dentiste
Donovan, Andrea	Invité	4	Médecine spécialisée	Radiologie
Galwa, Ram Prakash	Suppléant	4	Médecine spécialisée	Radiologie
Haba, Justin	Invité	4	Médecine spécialisée	Radiologie
Hooman, Hennessey	Suppléant	4	Médecine spécialisée	Radiologie
MacEachern, Ronald	Suppléant	4	Médecine spécialisée	Radiologie
Mansfield, Alexander	Suppléant	4	Médecine spécialisée	Radiologie
Moore, Peter	Conseiller	4	Médecine familiale	Médecine familiale
Potoczny, Stefan	Invité	4	Médecine spécialisée	Radiologie
Ricketts, Michelle	Suppléant	4	Médecine spécialisée	Radiologie
Shastry, Anil Keith	Suppléant	4	Médecine spécialisée	Radiologie
Taylor, Colin	Suppléant	4	Médecine spécialisée	Radiologie
Tynan, Jennifer	Invité	4	Médecine spécialisée	Radiologie
Wiebe, Sheldon	Invité	4	Médecine spécialisée	Radiologie

Zone 5 - Demandes de nomination pour les privilèges

Privilèges adoptés par le comité de vérification des titres le **2 mai 2017**
Adoptés par le Comité médical consultatif local le **9 mai 2017**
Adoptés par le Comité médical consultatif régional le **6 juin 2017**

Après avoir étudié les dossiers, les membres du CMCR recommandent les demandes de nomination pour les privilèges des médecins suivants auprès du personnel médical et dentaire du Réseau de santé Vitalité Zone 6 jusqu'à la réunion du Conseil d'administration en **juin 2018**.

Médecins	Statut	Zone	Spécialité	Privilèges
Hardy, Ghislain	Suppléant	5	Chirurgie	OBS/GYN
Ojuawo, A.L.	Suppléant	5	Chirurgie	OBS/GYN
Traer, Joey	Invité	5	Chirurgie	Art dentaire
Touma, Georges	Suppléant	5	Chirurgie	Chirurgie générale
Whalen, Kim	Stagiaire clinique	5	Médecine familiale	Médecine familiale
Cyr, Emmanuelle	Suppléant	5	Médecine familiale	Médecine familiale
Nadeau, Brandon	Suppléant	5	Médecine	Imagerie familiale

Zone 1B - Demandes changement de nomination pour les privilèges

Privilèges adoptés par le comité de vérification des titres le **11 mai 2017**
Adoptés par le Comité médical consultatif local le **18 mai 2017**
Adoptés par le Comité médical consultatif régional le **6 juin 2017**

Après avoir étudié les dossiers, les membres du CMCR recommandent les demandes de changement de nomination pour les privilèges des médecins suivants auprès du personnel médical et dentaire du Réseau de santé Vitalité Zone 6 jusqu'à la réunion du Conseil d'administration en **juin 2018**.

Médecins	Statut présent	Statut demandé	Zone	Spécialité	Privilèges
Fréchette, Yannick	Suppléant	Associé	1B	Anesthésie	Anesthésiste
Gallant, Mailyn	Suppléant	Associé	1B	Médecine générale	Médecin de famille
Girouard, Isabelle-Anne	Associé	Actif	1B	Médecine générale	Médecin d'urgence et soins intensifs
Hogan, Natalie	Associé	Actif	1B	Médecine générale	Médecin de famille
Lamoureux, Marie-Catherine	Actif	Suppléant	1B	Obstétrique-gynécologique	Obstétricienne-gynécologique
Tower, Jennifer	Invité	Actif	1B	Dentisterie	Dentiste
Martin, Marie-Josée	Suppléant	Associé	1B	Pédiatrie	Pédiatre

Zone 5 - Demandes changement de nomination pour les privilèges

Privilèges adoptés par le comité de vérification des titres le **2 mai 2017**
Adoptés par le Comité médical consultatif local le **9 mai 2017**
Adoptés par le Comité médical consultatif régional le **6 juin 2017**

Après avoir étudié les dossiers, les membres du CMCR recommandent les demandes de changement de nomination pour les privilèges des médecins suivants auprès du personnel médical et dentaire du Réseau de santé Vitalité Zone 6 jusqu'à la réunion du Conseil d'administration en **juin 2018**.

Médecins	Statut présent	Statut demandé	Zone	Spécialité	Privilèges
Oyeye, Grant <u>Date de la demande</u> 23 mai 2017	Associé	Actif	5	Chirurgie	Obstétrie & gynécologie
Rizk, M. <u>Date de la demande</u> 2 novembre 2016	Associé	Actif	5	Médecine	Pédiatrie
Bojilov, B. <u>Date de la demande</u> 2 novembre 2016	Associé	Actif	5	Médecine	Interniste
Nashed, M. <u>Date de la demande</u> 1 décembre 2016	Associé	Actif	5	Médecine	Imagerie médicale
Bennani, T. <u>Date de la demande</u> 23 mai 2017	Actif	Invité	5	Chirurgie	Obstétrie & gynécologie
Cayard, J.E. <u>Date de la demande</u> 23 mai 2017	Actif	Invité	5	Chirurgie	Obstétrie & gynécologie
Maher-Laporte, Marjolaine <u>Date de la demande</u> 1 mai 2017	Associé	Actif	5	Médecine familiale	Médecine familiale

MOTION 2017/06/06-05-CMC

Il est proposé par Dr Eric Basque et appuyé par Dr Mohamed Benlamlih d'approuver en bloc les demandes de nominations pour les privilèges de la zone 1B qui ont été adoptés à la réunion du CMCL du 18 mai 2017, les demandes de nominations pour les privilèges de la zone 4 qui ont été adoptés à la réunion du CMCL du 3 mai 2017, les demandes de nominations pour les privilèges de la zone 5 qui ont été adoptés à la réunion du CMCL du 9 mai 2017 ainsi que les demandes de changement de nomination pour les privilèges de la zone 1B qui ont été adoptées à la réunion du CMCL du 18 mai 2017 et les demandes de changement de nomination pour les privilèges de la zone 5 qui ont été adoptées à la réunion du CMCL du 9 mai 2017; motion adoptée à l'unanimité.

- Nominations de chefs de départements

MOTION 2017/06/06-06-CMC

Il est proposé par Dre Louise Thibault et appuyé par Dr Rénaud Wilson d'approuver en bloc les nouvelles nominations de chefs de départements :

- Zone 1B - Dre Elaine Deschenes, chef du département Centre mère-enfant
- Zone 5 – Dr Mohammed Rizk, Chef de service Pédiatrie; motion adoptée à l'unanimité.

- Nominations de membres aux CMCR

MOTION 2017/06/06-07-CMC

Les membres du CMC ont signalé leur accord à la nomination du Dr Stéphane Godin, Psychiatre de la zone 6 pour un mandat de 3 ans, soit de juillet 2017 à juin 2020; motion adoptée par courriel à la majorité.

- Nominations de membres aux comités provinciaux

Les médecins suivants ont démontré leur intérêt à participer aux comités provinciaux suivants :

- Comité professionnel consultatif :
 - Z4 Dre Nadine Kabwe, pédiatre
- Comité d'éthique clinique :
 - Z1B Dre Alice Désilets, médecin de famille
 - Z5 Dre Nicole Matthews, pédiatre
- Comité d'éthique de la recherche :
 - Z5 Dre Sylvie Katanda, médecin de famille
- Comité provincial de médicaments et thérapeutiques :
 - Z6 Dre Nathalie Banville, anesthésiste, co-présidente du CPMT

MOTION 2017/06/06-08-CMC

Il est proposé par Dr Simon Racine et appuyé par Dr Marc Lagacé d'approuver en bloc les nouvelles nominations des membres aux comités provinciaux telles que présentées; motion adoptée à l'unanimité.

Ceci constitue le rapport de la présidente du Comité médical consultatif et de la médecin-chef régionale; je propose l'adoption de ce rapport tel que présenté.

Dre Nicole LeBlanc
Médecin-chef régional

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 19 avril 2017

Objet : **Comité professionnel consultatif (CPC)**

Vous trouverez ci-joint le rapport du Comité professionnel consultatif de la rencontre du 16 mai 2017. Ce rapport sera présenté par Linda Sunderland, présidente du comité. De ce rapport, découlent deux propositions, la première, de recevoir le rapport et la deuxième, l'adoption des quatre motions contenues dans le rapport de la présidente.

1) Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité professionnel consultatif de la rencontre du 16 mai 2017.

2) Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes : MOTION 2017/05/16 03CPC, MOTION 2017/05/16 04CPC, MOTION 2017/05/16 05CPC et MOTION 2017-05-16 06CPC du Comité professionnel consultatif de la rencontre du 16 mai 2017.

Soumis le 7 juin 2017 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 19 juin 2017

Le Comité professionnel consultatif a tenu une réunion régulière le 16 mai 2017. Les sujets suivants ont été discutés :

- **Nouveaux membres**

La présidente passe en revue le tableau de mise en candidature pour les membres du CPC. Suite à la rencontre du comité ad hoc, les candidats suivants ont été retenus comme membres votants pour un mandat de trois ans (de septembre 2017 à juin 2020) :

Mélanie Desjardins-Bard, infirmière praticienne
Joanne Thibeault, travail social
Mathieu Gautreau, psychologie

MOTION 2017/05/16 04CPC

Proposé par Annie Boudreau

Appuyé par Lise Gauthier

Et résolu que le CPC recommande les nominations des membres ci-mentionnés.

Adopté à l'unanimité

Dre Nicole Leblanc soumet le nom de la Dre Nadine Kazadi-Kabwe, zone 4 pour un mandat de 3 ans débutant en septembre 2017.

MOTION 2017/05/16 03CPC

Proposé par Claudine G Lavoie

Appuyé par Claudette Boudreau

Et résolu que le CPC recommande la nomination de la Dre Nadine Kazadi-Kabwe à titre de membre votant pour un mandat de trois ans (de septembre 2017 à juin 2020).

Adopté à l'unanimité

- **Politiques Administration des médicaments pour les technologues en radiation médicale – Compétence avancée**

Annie Carré présente la politique pour appui du CPC.

MOTION 2017/05/16 05CPC

Proposé par Annie Boudreau

Appuyé par Justin Morris

Et résolu que le CPC appuie la politique « Administration des médicaments pour les technologues en radiation médicale ».

Adopté à l'unanimité

- **Acupuncture et traitements aux aiguilles sèches- Compétence avancée en physiothérapie**

Pauline Marquis-Doucet présente la politique pour appui du CPC.

MOTION 2017-05-16 06CPC

Proposé par Annie Carré

Appuyé par Annie Robichaud

Et résolu que le CPC appuie la politique « Acupuncture et traitements aux aiguilles sèches ».

Adopté à l'unanimité



- **Mandat du Comité professionnel consultatif**

Suite au suivi fait à l'équipe de Leadership concernant l'ajout des vice-présidents des secteurs cliniques à titre de membres d'office, les vice-présidents sont d'accord. Une mise à jour sera faite au mandat.

- **Présentation des rapports suivants :**

- Satisfaction des patients hospitalisés – sommaire annuel 2016-2017
- Tableau comparatif des plaintes – sommaire annuel 2016-2017

Ceci constitue le rapport de la présidente du Comité professionnel consultatif.

Linda Sunderland - Présidente du Comité professionnel consultatif

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 19 juin 2017

Objet : **Privilèges temporaires**

Cette note a pour but de vous informer des privilèges temporaires des médecins du Réseau de santé Vitalité pour approbation en date du 13 avril au 9 juin 2017.

Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les privilèges temporaires des médecins du Réseau de santé Vitalité en date du 13 avril au 9 juin 2017.

Soumis le 7 juin 2017 par Dre France Desrosiers, vice-présidente des Services médicaux, Formation et Recherche.

TABLEAU DES PRIVILÈGES TEMPORAIRES -9 juin 2017

Médecins	Spécialité	Catégorie	Date de privilèges		Zones
			Du	Au	
GALLANT, Dr Chantal	Médecine familiale	Suppléant	19 mai 2017	10 août 2017	1B
BENNETT, Dr John	Radiologie	Suppléant	17 mai 2017	11 août 2017	4
CYR, Dr Emmanuelle	Médecine familiale	Suppléant	29 mai 2017	18 août 2017	4 et 5
ELRIFY, Dr Elsaid	Pédiatrie	Suppléant	10 juin 2017	1er septembre 2017	4
GOLEV, Dr Dimitry	Radiologie	Suppléant	12 juin 2017	1er septembre 2017	4
KIELY, Dr Daniel	OBS/GYN	Suppléant	1er juin 2017	25 août 2017	4 et 5
MARTINS, Dr Jason S.	Radiologie	Suppléant	4 mai 2017	28 juillet 2017	4
McCURDY, Dr Wendy Edith	Radiologie	Suppléant	29 mai 2017	18 août 2017	4
VENKATESH, Dr Vikram	Radiologie	Suppléant	26 mai 2017	18 août 2017	4
BORDEAUX, Dr Patrick	Psychiatrie	Suppléant	29 avril 2017	15 juillet 2017	6
BUSSIÈRES, Dr Annick	Chirurgie générale	Suppléant	18 mai 2017	11 août 2017	6
CORMIER, Dr Hélène	Art dentaire	Associé	20 mai 2017	12 août 2017	6
DUMONT, Dr Jonathan	Médecine interne	Suppléant	13 juin 2017	1er septembre 2017	6
JEEVANDAM, Dr Madana	Pathologie	Suppléant	8 mai 2017	28 juillet 2017	6
WISSANJI, Dr Hussein	Chirurgie générale	Suppléant	10 juin 2017	1er septembre 2017	6

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 19 juin 2017

Objet : **Correspondance**

Vous trouverez ci-joint le tableau et les correspondances reçues depuis la dernière rencontre.

Cette documentation est pour information.

Soumis le 7 juin 2017 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Correspondance du Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité - 2017-2018 (Point 10)

	Date	Destinataire	Expéditeur	Objet	Réponse
No. 1	24 avril 2017	Tous - Communiqué de presse	Égalité Santé en Français	Communiqué de presse - Privatisation dans les hôpitaux francophones. Poursuite contre le gouvernement du N.-B.	Pour information seulement
No. 2	26 avril 2017	Tous - Communiqué de presse	Égalité Santé en Français	Communiqué de presse - Échange entre Égalité Santé en Français et l'opposition officielle à Fredericton	Pour information seulement
No. 3	27 avril 2017	Michelyne Paulin	Égalité Santé en Français	Suivi d'une présentation du 25 avril 2017 - preuve du ministère de la Santé de la privatisation des services alimentaires, environnementaux et de transport des patients.	Pour information seulement
No. 4	28 avril 2017	Ministre Boudreau	Santé Catholique Internationale	Opposition à la privatisation des services alimentaires, environnementaux et autres	Pour information seulement
No. 5	1 mai 2017	Dr Hubert Dupuis	Daniel Légère, président SCFP N.-B.	Remerciement de l'appui dans les démarches judiciaires contre le gouvernement du N.-B.	Pour information seulement
No. 6	1 mai 2017	Gilles Lanteigne	David O'Toole, P.-D.G. de l'Institut canadien de l'information sur la santé	Lettre de bienvenue comme membre du Conseil d'administration de l'Institut canadien de l'information sur la santé	Pour information seulement
No. 7	2 mai 2017	Ministre Boudreau	Gilles Lanteigne	Remise du Plan régional de santé et d'affaires 2017-2018	Pour information seulement
No. 8	2 mai 2017	Ministre Boudreau	Kenneth Bellefleur, citoyen de St-Jacques	Préoccupation au sujet de la nourriture, etc pour les personnes dans les hôpitaux	Pour information seulement
No. 9	3 mai 2017	Ministre Boudreau	Georges R. Savoie, président de la commission de services régionaux	Privatisation des services non médicaux dans les hôpitaux du N.-B.	Pour information seulement
No. 10	4 mai 2017	Ministre Boudreau	Jeanne d'Arc Lavoie, présidente de la Chambre de commerce des îles Lamèque et Miscou	Privatisation des services dans les hôpitaux de Vitalité	Pour information seulement
No. 11	5 mai 2017	Michelyne Paulin et Gilles Lanteigne	Bill Fraser, Ministre des transports et infrastructure	Lettre de remerciement pour le Plan stratégique 2017-2020.	Pour information seulement
No. 12	21 mai 2017	Gilles Lanteigne	Thadée Renault	Déplore la décision prise au sujet des manifestants à l'extérieur des établissements du Réseau de santé Vitalité	Pour information seulement



Notre dossier 2017-06
EMBARGO 24 AVRIL 2017 (6 HEURES)

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

Privatisation dans les hôpitaux francophones: Égalité Santé en français intentera une poursuite contre le gouvernement du Nouveau-Brunswick

Dieppe, le 24 avril 2017 – Un avis d'action et un avis de question constitutionnelle ont été déposés au bureau du procureur général du Nouveau-Brunswick par Égalité Santé en Français (ÉSF) le 7 avril dernier. Ce recours aux tribunaux est enclenché pour réclamer les droits de la communauté francophone et acadienne en santé et ainsi contrecarrer la privatisation de nombreux services dans les hôpitaux. La poursuite sera effective au début de juin prochain. Égalité Santé réclame les droits de la communauté francophone et acadienne en vertu de l'article 16.1 de la **Charte canadienne des droits et libertés** et de la **Loi reconnaissant l'égalité des deux communautés linguistiques du Nouveau-Brunswick**. Selon les lois provinciales, tout requérant doit donner un avis de soixante (60) jours dans le cas d'une poursuite contre la province.

« Le gouvernement est en train de détruire les hôpitaux francophones en dépouillant la régie Vitalité de services hospitaliers essentiels » affirme le président d'Égalité Santé, Dr Hubert Dupuis. Au cours des derniers mois, le ministre de la Santé, Victor Boudreau, a multiplié les décisions axées vers la privatisation des services en santé et ce, sans respecter ni la position, ni l'autonomie de la régie Vitalité. « Non seulement ces décisions unilatérales ébranleront les hôpitaux de la régie; elles briment les droits constitutionnels de la communauté francophone et acadienne. » ajoute Dr Dupuis.

Tout comme le réseau Vitalité, Égalité Santé et d'autres organismes acadiens contestent la privatisation de la gestion des services alimentaires, des services d'environnement et des services de préposés au transport des malades dans les établissements du réseau de santé Vitalité. De plus, ÉSF se soucie sérieusement de l'intention du ministre de la santé de vouloir privatiser le programme Extra-Mural.



Le président d'Égalité Santé déplore cette ingérence du gouvernement Gallant: « Le gouvernement intervient là où il n'y a pas de problèmes. Le réseau Vitalité n'a jamais affirmé qu'il y avait un problème avec la gestion de ses services hospitaliers. Au contraire, chiffres et statistiques à l'appui, le réseau Vitalité a clairement démontré au ministre de la santé, Victor Boudreau, qu'il fait fausse route en imposant ces mesures. »

Selon les requérants, la communauté francophone et acadienne n'a pas la pleine et entière gestion et gouvernance de ses institutions de santé et contestent vigoureusement les actions prises et annoncées par le ministre de la Santé concernant les soins cliniques et non cliniques et leurs privatisations.

-30-

Pour tout renseignement ou demande d'entrevue, veuillez contacter :

Dr Hubert Dupuis, président,
Égalité Santé en Français
506-857-9474

info@egalitesante.com

Notre dossier 2017-07
POUR DIFFUSION IMMÉDIATE

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

Échange entre Égalité Santé en Français et l'opposition officielle

aujourd'hui à Fredericton

Dieppe, le 26 avril 2017 – Dans sa série d'initiatives pour sensibiliser les députés et la population devant les effets néfastes de la privatisation de certains services hospitaliers au Nouveau-Brunswick, le président d'Égalité Santé en Français (ÉSF), Dr Hubert Dupuis, rencontrera le Chef de l'opposition officielle, Blaine Higgs, cet après-midi à Fredericton.

La rencontre demandée par Égalité Santé a pour but de présenter au Chef de l'opposition officielle, les revendications et les démarches entreprises par ÉSF depuis ses débuts, pour la reconnaissance des droits de la communauté francophone en santé.

Dans ce premier échange entre les deux hommes, Dr Dupuis exposera au nouveau Chef du Parti progressiste-conservateur, ses grandes inquiétudes face aux projets de privatisation en santé par le gouvernement libéral de Brian Gallant. « Si nous ne faisons rien pour les stopper, les décisions du ministre de la Santé, Victor Boudreau, auront des conséquences désastreuses pour les hôpitaux francophones de la province » réaffirme le président d'ÉSF, Hubert Dupuis.

Cette rencontre permettra aussi à Dr Dupuis de bien expliquer au Chef de l'opposition, le recours aux tribunaux enclenché par ÉSF pour contrecarrer cette privatisation de nombreux services dans les hôpitaux.

En décembre dernier, le président D'ÉSF, Dr Hubert Dupuis, avait rencontré le Chef du Parti vert du Nouveau-Brunswick, David Coon, pour lui manifester ces mêmes inquiétudes. D'autres rencontres du même type sont déjà prévues au cours des prochains jours et des prochaines semaines.

-30-

Pour tout renseignement ou demande d'entrevue, veuillez contacter :

Dr Hubert Dupuis, président
Égalité Santé en Français
506-874-9474
Info@egalitesante.com



2017 04 27

Madame Michelyne Paulin, présidente
Conseil d'administration
Réseau de santé Vitalité
275, rue Main, Bureau 600
Bathurst (Nouveau-Brunswick)
E2A 1A9

Envoi par courriel : michelyne.paulin@vitalitenb.ca

Objet : Suivi de ma présentation du 25 avril 2017

Madame la présidente

Tel que promis lors de ma présentation lors du « Dialogue avec le public » qui a eu lieu le 25 avril 2017, je vous fais parvenir en annexe la lettre que nous avons reçue du ministre Boudreau le 11 avril dernier.

Comme je l'ai fait le 25 avril, je réitère ma demande pour recevoir la preuve de la décision de privatiser la gestion des services alimentaires, environnementaux et de transport des patients.

Veuillez agréer, madame la présidente, mes sincères salutations.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Hubert Dupuis', written in a cursive style.

Dr Hubert Dupuis
Président

PJ

Le 6 avril 2017

Dr. Hubert Dupuis
Président
Égalité santé en français
449, Chemin Chartersville
Dieppe (N.-B.) E1A 5H1

Docteur,

Je vous remercie de votre lettre concernant notre décision de demander aux régies régionales de la santé de signer une entente à long terme avec une entreprise du secteur privé pour assurer la gestion des services alimentaires, des services d'environnement et des services de préposés au transport des malades dans les établissements des réseaux de santé Vitalité et Horizon.

Cette décision a été prise avec comme souci premier le mieux-être et la santé des citoyens de notre province. Ce partenariat avec le secteur privé permettra aux régies d'adopter de nouvelles technologies et des pratiques de gestion novatrices au sein des réseaux hospitaliers de la province tout en uniformisant les services et coordonnant la planification au profit de nos patients.

Je vous assure que cette décision ministérielle et gouvernementale a été prise dans le respect de la *Loi sur les régies régionales de la santé*.

Je vous prie d'agréer, Docteur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le ministre,



L'hon. Victor Boudreau





Le 28 avril 2017

L'Honorable Victor Boudreau,
Ministre de la Santé
Province du Nouveau-Brunswick
Place HSBC
B.P. 5100
FREDERICTON (Nouveau-Brunswick)
E3B 5G8

Cher Monsieur Boudreau,

OBJET: LA GESTION DES SERVICES ALIMENTAIRES ET ENVIRONNEMENTAUX

À une réunion du conseil d'administration de Santé catholique internationale, on a abordé la question de la privatisation de certains services hospitaliers.

Au cours de la dernière année, le Réseau de santé Vitalité a adopté une série de mesures visant à générer des économies additionnelles relativement à l'offre de Sodexo, pour un montant de 3,4 millions de dollars sur 10 ans, tout en préservant les emplois actuels d'un plus grand nombre de ses employés. La direction de Vitalité estime possible de réaliser des économies encore plus importantes. Or la recherche vient appuyer ses dires. Nous sommes convaincus que le Réseau Horizon pourrait, lui aussi, réaliser des économies équivalentes, voire plus grandes encore.

Au moment où le gouvernement des États-Unis impose une majoration des droits sur le bois d'œuvre, ce qui risque fort de paralyser certaines scieries et de laisser des centaines de personnes sans emploi, pourquoi le gouvernement du Nouveau-Brunswick entreprendrait-il de privatiser les hôpitaux et de priver de leur emploi des centaines d'autres citoyens? Sur le plan éthique, cette approche ne tient pas, surtout s'il est possible de réaliser des économies plus importantes en confiant la gestion de ces services aux Régies de la santé.

C'est pourquoi nous vous recommandons de revenir sur cette décision et d'offrir aux Régies de la santé la possibilité de réaliser ces économies. Si jamais les Régies n'obtenaient pas les résultats prévus, on pourra toujours reprendre le dossier, mais seulement après leur avoir accordé une période de temps suffisante.

Monsieur le ministre, nous respectons votre position, mais nous nous inquiétons de toutes ces personnes au Nouveau-Brunswick, en particulier dans les petites collectivités rurales, dont la vie sera gravement affectée par la décision que vous prenez de privatiser. Si le Gouvernement a pour mandat de créer des emplois et de les protéger, pareille approche ne correspond pas à votre politique.

Nous savons que vous accorderez à cette question toute l'attention voulue, et nous vous prions d'agréer l'assurance de nos sentiments distingués.

SANTÉ CATHOLIQUE INTERNATIONALE

Sœur Anita Holmes, SCIC
Sœur Anita Holmes, SCIC
Présidente du conseil d'administration

Robert B. Stewart
Robert B. Stewart, Ph. D.
Président et chef de la direction

RBS/r Committed to perpetuating the healing mission of Jesus Engagés à perpétuer la mission de guérison de Jésus



**CANADIAN UNION OF PUBLIC EMPLOYEES
NEW BRUNSWICK - NOUVEAU-BRUNSWICK
SYNDICAT CANADIEN DE LA FONCTION PUBLIQUE**

RESU
6 mai 2017

No. 5

President - Président
Daniel Légère dlegere@cupe.ca
113 Englehart Street, Dieppe NB E1A 8K2
tel: (506) 857-2816 fax: (506) 859-9513

Secretary-Treasurer - Secrétaire-trésorière
Minerva Porelle nbcnhu@xplornet.ca
11 McKnight Road, Valley Road, NB E3L 4V4
tel: (506) 466-6149

Le 1^{er} mai 2017

Dr Hubert Dupuis
Président, Égalité santé en français
449 chemin Chartersville
Dieppe, NB E1A 5H1

Cher Dr Dupuis,

Au nom des 27 000 membres du Syndicat canadien de la fonction publique du Nouveau-Brunswick (SCFP NB), je tiens à vous remercier d'avoir pris une position publique contre la décision du gouvernement de privatiser les services d'alimentation, de portage et d'entretien ménager dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick.

Le SCFP NB vous appuie dans vos démarches judiciaires contre le gouvernement du Nouveau-Brunswick pour lutter contre la privatisation des services hospitaliers. Étant le syndicat qui représente les 280 employés de première ligne visés par les changements, nous constatons que vous faites un travail inestimable pour la protection de notre système de santé publique.

Ensemble, nous réussirons à faire comprendre à notre gouvernement provincial que l'amélioration de nos services doit passer par l'interne. La privatisation mine le contrôle que le public détient sur ses institutions. Nous sommes d'avis qu'il est inacceptable que la privatisation soit imposée sur les employés, administrateurs et professionnels qui œuvrent dans le réseau de santé.

Je me ferai un devoir de communiquer avec d'autres syndicats et associations afin qu'ils vous accordent leur appui dans cette lutte pour le bien de notre système de santé publique.

En toute solidarité,

Daniel Légère
Président, SCFP Nouveau-Brunswick

cc: Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité ; Victor Boudreau, ministre de la Santé ;
Norma Robinson, présidente CSHNB SCFP 1252 ; Debra Grimaldi, directrice régionale du SCFP Maritimes

ml/SEPB491



Le 1^{er} mai 2017

M. Gilles Lanteigne
Président-directeur général
Réseau de santé Vitalité Health Network
275 rue Main - Bureau 600
Bathurst (Nouveau Brunswick) E2A 1A9

Objet: Représentant non-gouvernemental de la région 5 (Atlantique) de l'ICIS

Monsieur Lanteigne,

Je tiens à vous souhaiter officiellement la bienvenue au Conseil d'administration de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) à titre de représentant non-gouvernemental de la région 5 (Atlantique).

Pour vous aider à mieux connaître l'ICIS, sa structure organisationnelle et ses initiatives en cours, nous demeurons disponibles afin de répondre à vos questions. Mon adjointe administrative, M^{me} Lucie Hardy, sera en communication avec votre équipe afin de permettre l'accès, pour vous et votre personnel, au Portail du Conseil, où vous trouverez une trousse conçue pour aider les nouveaux administrateurs et les familiariser avec les fondements de la gouvernance de l'ICIS.

Une réunion d'orientation sera également prévue, à votre convenance, avec Caroline Heick, vice-présidente, région de l'Est du Canada, afin de vous fournir des détails supplémentaires et répondre à toutes vos questions, une fois que vous avez eu l'occasion d'examiner les documents d'orientation.

Afin de vous aider à gérer votre emploi du temps, nous vous fournissons ci-après le calendrier 2017-2018 des réunions du Conseil d'administration :

14 et 15 juin 2017 : Edmonton
23 novembre 2017 : Toronto
8 mars 2018 : Ottawa

Au cours de votre réunion d'orientation, nous explorerons également votre intérêt à se joindre au Comité des finances et de la vérification (CFV) du Conseil. Tous les membres du conseil d'administration sont encouragés à se joindre à un comité qui se réunit généralement deux à trois fois par année en personne ou par téléconférence. La prochaine réunion du Comité des finances et de la vérification aura lieu le 31 mai 2017 (par téléconférence) de 13 h à 14 h 30 (HE). Une fois que vous avez eu l'occasion de discuter de votre participation au comité, nous vous ferons parvenir toutes les informations pertinentes, les dates des réunions, etc.



495 Richmond Road, Suite 600
Ottawa, Ontario K2A 4H6
Phone: 613-241-7860 Fax: 613-241-8120

Better data.
Better decisions.
Healthier Canadians.

495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6
Tél. : 613-241-7860 Téléc. : 613-241-8120

De meilleures données
pour de meilleures décisions :
des Canadiens en meilleure santé

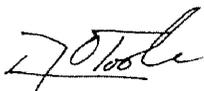
cihi.ca
icis.ca

Le 1er mai 2017, Gilles Lanteigne

N'hésitez pas à communiquer avec Francine Anne Roy (froy@icis.ca ou 613-694-6432) si vous avez des questions.

Je suis ravi de vous compter parmi les membres du Conseil d'administration de l'ICIS.

Recevez, Monsieur, mes salutations distinguées,



David O'Toole
Président-directeur général

c. c. Janet Davidson, présidente du Conseil d'administration
Caroline Heick, vice-présidente, région de l'Est du Canada

Siège social · Head Office
275, rue Main Street, Bureau · Suite 600
Bathurst NB E2A 1A9
506-544-2133
www.vitalitenb.ca

Le 2 mai 2017

Honorable Victor Boudreau
Ministre de la Santé
Place HSBC
C.P.5100
Fredericton NB
E3B 5G8

Monsieur le Ministre,

Le Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité a tenu une rencontre le 25 avril 2017 au cours de laquelle le Plan régional de santé et d'affaires 2017-2018 a été présenté et approuvé de façon unanime.

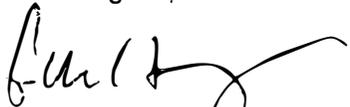
Il nous fait donc plaisir de vous remettre par la présente, une version complète du Plan régional de santé et d'affaires 2017-2018.

Nos prochaines étapes seront consacrées au développement et à la mise en œuvre des plans d'action pour les priorités identifiées.

Nous sommes confiants que le Plan régional de santé et d'affaires du Réseau s'aligne avec les priorités qui ont été identifiées pour le système de santé et nous espérons pouvoir en obtenir rapidement la confirmation de votre part.

Nous demeurons disponibles pour vous rencontrer si vous désirez en discuter ou obtenir des précisions.

Veillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de nos sentiments les meilleurs.



Gilles Lanteigne, Ph.D.
Président-directeur général et secrétaire du Conseil d'administration

c. c. Monsieur Tom Maston, sous-ministre – Santé
Madame Renée Laforest, sous-ministre adjointe – Santé
Monsieur Claude Allard, sous-ministre délégué – Services de santé et Affaires francophones

pj

From: Ken Bellefleur [mailto:kenneth.bellefleur@bellaliant.net]

Sent: May-02-17 7:08 PM

To: Boudreau, Hon. Victor (DH/MS)

Cc: Melanson, Roger Hon. (TB/CT); Gallant, Premier Brian (PO/CPM); Higgs, Blaine (LEG); Chiasson, Chuck (LEG); Dubé, Madeleine (LEG); Landry, Francine Hon. (ONB); Info (VitaliteNB)

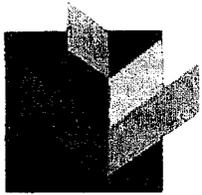
Subject: Nourriture, etc pour les personnes dans les hôpitaux

Nous avons dans nos rangs des politiciens qui pensent avoir tous les réponses, peut-être à cause de la longévité dans la législature du N.-B., mais regardons ton histoire commençant par Atcon et beaucoup d'autres situations qui fait penser plusieurs fois avant d'agir.

J'espère que les prochaines élections seront sans retard pour les gens du N.-B. pour se faire une idée et non une dictature. Le contrôle seraient par le people et non une très mince majorité. Monsieur Gilles Lanteigne a des très bons arguments pour garder les budgets au N.-B. en ce qui concerne les hôpitaux de notre province et j'espère que le premier minister sera une personne avec des arguments que le people est d'accord pour les gens du N.-B.

Kenneth.bellefleur@bellaliant.net

St-Jacques, N.-B.



Le 3 mai 2017

L'honorable Victor Boudreau
Ministre de la santé
Place HSBC
C.P. 5100
Fredericton, N.-B. E3B 5G8

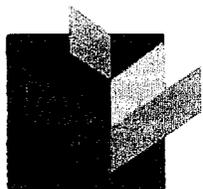
Objet : Privatisation des services non médicaux dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick

Monsieur le Ministre,

Par la présente, les membres de la Commission de services régionaux Péninsule acadienne (CSRPA) souhaite vous faire part de sa vive préoccupation à l'égard des intentions de votre ministère de confier la gestion des services non médicaux des hôpitaux de la province à une entreprise privée. Pour ce, l'ensemble des membres de notre conseil d'administration, composé des quatorze maires de la Péninsule acadienne et des cinq représentants des districts de services locaux ont accepté à l'unanimité, par voie de résolution le 12 avril dernier, de demander à votre ministère de maintenir le statu quo dans la gestion du programme extra-mural, des services alimentaires, du service de transport des patients et du service de l'entretien ménager dans les hôpitaux de la Péninsule acadienne.

Ces services dits non cliniques sont considérés comme étant une **composante essentielle** de notre système de santé. Les impacts d'une saine alimentation ou encore d'une pratique d'hygiène et de salubrité rigoureuse sont considérables et peuvent jouer un rôle primordial sur le rétablissement d'un patient. Une diminution de la qualité de ces services signifie assurément une hausse dans la durée des hospitalisations.

Nous savons tous que l'objectif premier de l'entreprise privée est de faire du profit. Nous craignons alors que le désir de vouloir atteindre la rentabilité signifie du même coup que cette dernière ne peut remplir les exigences requises pour assurer la qualité



Commission de services régionaux

Péninsule acadienne

des soins. En conservant le contrôle sur la gestion de ces services, nous considérons les structures de réseaux de santé comme étant plus adéquates pour assurer que ces exigences soient rencontrées. Puisque que ce n'est qu'une question de sous, la régie francophone continue à affirmer qu'elle serait en mesure d'économiser 25,7 millions \$ sur 10 ans dans ces services alors que les épargnes de la proposition de l'entreprise privée sont évaluées à 22, 2 millions.

Les services non médicaux représentent également près de 1 800 emplois sur l'ensemble de la province du Nouveau-Brunswick. Pour notre région, tous les emplois sont considérés comme étant essentiels à notre économie. La perte de ceux-ci ou encore la dégradation des conditions de travail avec l'arrivée du secteur privé peut avoir des conséquences directes sur l'exode de notre population vers les plus grands centres urbains.

Espérant que vous pourrez donner suite favorable à notre demande, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma considération distinguée.


Georges R. Savoie
Président

- c.c
- M. Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité
 - L'Honorable Denis Landry, député de la circonscription de Bathurst-Est-Nepisiguit-St-Isidore
 - L'Honorable Serge Rousselle, député de la circonscription de Tracadie-Sheila
 - M. Wilfred Roussel, député de la circonscription de Shippagan-Lamèque-Miscou
 - M. Hédard Albert, député de la circonscription de Caraquet
 - Mme Lisa Harris, députée de la circonscription de Baie-de-Miramichi-Neguac
 - M. Denis Losier, maire de la municipalité régionale de Tracadie



Le 4 mai 2017

L'honorable Victor Boudreau
Ministre de la Santé et leader parlementaire adjoint du gouvernement
328, rue Main Suite H, Shediac, N.-B. E4P 2E3

Objet : Privatisation de services dans les hôpitaux de Vitalité

Monsieur le ministre,

Suite au projet de privatisation des soins de santé, nous tenons à vous faire part de l'inquiétude exprimée par les membres de la Chambre de commerce ainsi que de notre communauté.

Suite aux sommets qui ont eu lieu sur la santé à Miramichi, une cloche a été sonnée de ne pas aller de l'avant avec ce projet de Privatisation trois services (alimentation, entretien et transport), soulève la colère auprès des services professionnels et la population en général.

Une première privatisation dans le service de buanderie a été un fiasco, et vous revenez à la charge avec d'autres privatisations. L'application de la Loi sur les langues officielles est toujours, dans les faits, plus complexe à mettre en œuvre auprès des sous-traitants. Soyez assurés que nous ne sommes pas à l'heure des compromis, nous exigeons un service francophone dans les hôpitaux du Nord du Nouveau-Brunswick.

Finalement, comme Chambre de commerce nous privilégions une économie néo-brunswickoise en conservant les postes déjà existants, en augmentant la qualité des services qui s'offrent actuellement, en faisant aussi la promotion des achats locaux et aux compétences des gens d'ici.

Cette privatisation des services a aussi un rôle négatif sur notre environnement et l'économie du Nord de la province. Pensez-y avant de poser ce geste, ce changement va à l'encontre des priorités que la province s'est fixées sur le plan économique, environnemental. Nous comptons, Monsieur le ministre, sur votre écoute et votre flexibilité à réviser ce projet en tenant compte de la population et des professionnels de la santé qui œuvrent chaque jour dans ces milieux.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous porterez à cette demande et vous prions d'agréer l'expression de nos sentiments distingués.

Jeanne d'Arc Lavoie

Jeanne d'Arc Lavoie
Présidente de la Chambre de commerce des îles Lamèque et Miscou

c. c. L'honorable Brian Gallant, premier ministre, le député Wilfred Roussel, Gilles Lanteigne, président du Réseau de santé Vitalité et Shelley Robichaud, directrice de l'Hôpital et Centre de santé communautaire de Lamèque

File No.: 61-13 Vol.: 4
M/17/162

May 5, 2017

Ms. Michelyne Paulin, CPA, CGA
Chairperson of the Board of Directors
Vitalité Health Network
275 Main Street, Suite 600
Bathurst, NB E2A 1A9

Mr. Gilles Lanteigne, Ph.D.
President and Chief Executive Officer
Vitalité Health Network
275 Main Street, Suite 600
Bathurst, NB E2A 1A9

Dear Ms. Paulin, Mr. Lanteigne:

Thank you for your recent letter and for providing me with a copy of Vitalité Health Network's 2017-2020 Strategic Plan. I look forward to reading this publication, and to supporting Vitalité's achievement of its objectives through current and future projects with the Department of Transportation and Infrastructure.

Sincerely,



Bill Fraser
Minister



M. Gilles Lanteigne, président et directeur général
Réseau de santé Vitalité
275, rue Main, Bureau 600
Bathurst NB E2A 1A9

225 Cambridge Cresc.
Fredericton, NB
E3B 4P1

21 mai 2017

Cher Monsieur Lanteigne,

Pensez-y. Quatre ans et huit mois pour en arriver à une décision légale selon laquelle un petit groupe de personnes âgées, menant pacifiquement une vigile de prière sur un trottoir conduisant à l'*Hôpital régional Chaleur*, contrevenait à la loi.

On sait que *Vitalité* a pigé dans son budget de fonctionnement au montant de 100 000 \$ pour les frais juridiques nécessaires à sa lutte contre ce petit groupe de citoyens soucieux. Ce qui signifie de l'argent que *Vitalité* aurait pu dépenser sur des soins de santé essentiels au lieu de la gaspiller sur des frais de litige. Est-ce bien là où les donateurs s'attendent à ce que leurs contributions soient versées, à savoir, combattre des personnes âgées qui protestent pacifiquement le démembrement d'enfants dans leur hôpital?

Ce que *Vitalité* a également effectivement accompli, fut de creuser dans un tas illimité d'argent provenant des contribuables, lui permettant ainsi de mener M. Ronald Jessulat au bord d'une faillite personnelle pour avoir simplement affirmé la constitutionnalité de son groupe de défendre le droit de vivre d'autres êtres humains dans leur refuge maternel (réalité fœtale qu'on croirait toute administration hospitalière à même de reconnaître).

Il semble que le point crucial de ce triste cas d'activisme judiciaire repose sur le témoignage d'un chauffeur d'ambulance, apparemment hostile, qui prétendait avoir été entravé par ce petit groupe de personnes sur un trottoir. Une ingérence en fait qu'aucun des manifestants ne puisse se souvenir – et qu'aucun d'eux ne serait porté à exercer. Ce qui également soulève la question suivante: S'il était évident pour cet ambulancier qu'il y avait un potentiel obstacle devant lui, pourquoi ne pas avoir eu recours à un bref éclat de sirène - qui n'aurait dérangé personne à l'hôpital?

Comme nous l'avons déjà vu à Moncton, *Vitalité* a réussi à expulser un groupe qui priait dans la chapelle de *Georges Dumont* durant certains jours de la semaine. Maintenant, avec cette toute dernière décision antisociale, il est presque qu'assuré que le réseau établira des zones 'bulles' - semblables à celles mises en place aux alentours des cliniques d'avortement afin d'empêcher les gens d'exprimer leur opposition aux procédures barbares pratiquées dans ces institutions à but lucratif.

Ce contre quoi on proteste au Nouveau-Brunswick depuis des décennies et qui ne peut toujours pas être justifié, c'est toute procédure dans un établissement hospitalier public qui tue intentionnellement des bébés à naître et souvent en plus entraîne de sérieux préjudices - physiques, mentaux et spirituels – pour les mères qui se font avorter.

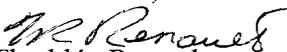
Essentiellement, le but légitime de ces courageux manifestants à l'extérieur de l'*Hôpital Chaleur*

est de l'empêcher de traiter l'enfant à naître comme une maladie ou, pire encore, comme un parasite.

Bien que l'avortement ait longtemps été l'objet principal des contestations pacifiques contre les avortements pratiqués en milieux hospitaliers, nous pouvons maintenant nous attendre à ce que l'euthanasie, le suicide assisté et les chirurgies transgenres soient ajoutés à la liste des pratiques meurtrières qu'on y pratique et qui, elles aussi, seront contestées. Pourquoi? Parce que les merveilleux bienfaits de la vie et de la santé sont ce qui motive les défenseurs de la vie comme le précité M. Jessulat.

Enfin, en tant que PDG et directeur général du *Réseau de santé Vitalité*, j'aimerais que vous réfléchissiez sur ce qui suit: L'avortement est la seule procédure de santé pratiquée en milieu hospitalier qui arrête un cœur de battre. Demandez donc à tous vos cardiologues ce qu'ils pensent d'arrêts cardiaques? Cela pourrait vous donner une meilleure idée où nous sommes en tant que société, lorsque nous menons au bord de la faillite des gens qui contestent pacifiquement les homicides financés par les contribuables dans nos hôpitaux.

Sincèrement,


Thaddée Renault

Copies: Michelyne Paulin, president; Gabriel Godin; Dre Nicole LeBlanc; Anne C. Soucie; Émeril Haché; Gaitan Michaud; Jean-Marie Nadeau; Denis Pelletier

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 19 juin 2017

Objet : **Documentation pour information aux membres**

Deux articles pertinents sont partagés aux membres pour leur réflexion:

- Pour une vision de la réadaptation psychosociale et du rétablissement (soumis par Johanne Roy)
- Le rétablissement - exemple de transformation de pratique au Québec (soumis par Johanne Roy)

Nous invitons tous les membres à suggérer des articles pour nos prochaines rencontres. Si certains membres ont des commentaires ou des réflexions suite à ces lectures nous vous invitons à les partager pendant la rencontre.

Bonne lecture!

Soumis le 7 juin 2017 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.



**SOINS
ET SERVICES**



*Pour une vision
de la réadaptation
psychosociale et
du rétablissement*

**Cadre de référence de la
Direction des services de réadaptation et
d'hébergement dans la communauté**

**Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté
DSRHC – Hôpital Louis-H. Lafontaine**

POUR UNE VISION DE LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE ET DU RÉTABLISSEMENT

CADRE DE RÉFÉRENCE DE LA DIRECTION DES SERVICES DE RÉADAPTATION ET D'HÉBERGEMENT DANS LA COMMUNAUTÉ, HÔPITAL LOUIS-H. LAFONTAINE

Rédigé par :

Jocelyn Bisson, conseiller clinique en réadaptation, recherche et évaluation, DSRHC, HLHL

Herman Alexandre, directeur adjoint, DSRHC, HLHL

Luc Legris, conseiller clinique en réadaptation, DSRHC, HLHL

Raymond Morissette, psychiatre, DSRHC, HLHL

Sylvain Ratel, chef du Service de l'hébergement de groupe, DSRHC, HLHL

29 septembre 2006

La référence suggérée pour ce document est :

Bisson, J., Alexandre, H., Legris, L., Morissette, R. et Ratel, S. (2006). *Pour une vision de la réadaptation psychosociale et du rétablissement: Cadre de référence de la Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté, Hôpital Louis-H. Lafontaine*. Montréal, QC : Hôpital Louis-H. Lafontaine.

Les auteurs sont :

Jocelyn Bisson, M.Sc. (psycho.)

Conseiller clinique en réadaptation, recherche et évaluation, DSRHC, HLHL

Herman Alexandre, M.A.P., M. Serv. Soc.

Directeur adjoint, DSRHC, HLHL

Luc Legris, Ph.D. (psycho.)

Conseiller clinique en réadaptation, DSRHC, HLHL

Raymond Morissette, M.D., psychiatre

Chef de psychiatrie, DSRHC, HLHL

Sylvain Ratel, B.Éd.

Chef du Service de l'hébergement de groupe, DSRHC, HLHL

Toute reproduction totale ou partielle et toute référence aux éléments de ce document sont autorisées, à condition d'en citer la source.

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2006

Bibliothèque nationale du Canada, 2006

ISBN 2 – 922577 – 50 – 3

© Hôpital Louis-H. Lafontaine, 2006

Tous droits réservés

Distribué par la bibliothèque de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine

Téléphone : (514) 251-4000, poste 2964 Télécopieur : (514) 251-0270

Courriel : bibliotheque.lhl@ssss.gouv.qc.ca

Remerciements

Ce document n'aurait pu être réalisé sans la contribution de certaines personnes que les cinq auteurs de ce document tiennent ici à remercier très chaleureusement.

Un très grand merci :

- à Lorraine Malo, chef du Service des programmes de réadaptation vocationnelle, pour sa contribution majeure au chapitre de la réadaptation vocationnelle ;
- à Pierre Mercier, chef du Service du Centre de soutien à l'intégration sociale (CSIS), et à Denis Plamondon, agent de programmation au CSIS, pour leur contribution majeure au chapitre des services du Centre de soutien à l'intégration sociale ;
- à Michel Bernier, chef du Service d'hébergement de psychiatrie gériatrique, Lise Boies, chef du Service d'hébergement spécialisé, Sylvie Cadorette, chef du Service de coordination des ressources, et Raymonde Desjardins, chef du Service d'hébergement individualisé, pour leur soutien et leur apport au chapitre des services d'hébergement ; à Lise Boies également pour son apport à la section sur le modèle de gestion ;
- à Jean-Jacques Leclerc, directeur de la DSRHC, et Nadia Righi, conseillère à la gestion de la qualité, DSRHC, pour leur lecture critique du document et leurs commentaires judicieux ;
- à Julien Hardy, peintre amateur, résident aux Appartements regroupés Poupart et gagnant du concours *Je prend ma vie en main*, pour sa peinture illustrée en page couverture de ce document et intitulée *Écllosion* ;
- à Diane Ratel, pour son apport à la correction finale du document.

Table des matières

Introduction	1	L'intervention au Centre de soutien à l'intégration sociale	24
Le modèle d'intervention	1	La mission du CSIS	24
Le processus d'intervention en réadaptation psychosociale	2	Valeurs prônées dans le modèle de service du CSIS	24
Les valeurs de la réadaptation psychosociale	4	Les objectifs du CSIS	24
Le modèle T-R-R	6	Le modèle vulnérabilité-stress-compétence	25
Le rétablissement, au cœur de la pratique	7	Les profils de clientèle	25
La relation d'aide	8	Les programmes spécifiques	26
Les qualités de l'intervenant en réadaptation psychosociale	10	Le parcours thérapeutique	28
La réadaptation psychosociale en ressource d'hébergement	11	L'infrastructure de recherche et de soutien à la pratique	29
La notion de milieu	11	Les objectifs de l'infrastructure de recherche et de soutien à la pratique	29
La réadaptation psychosociale au quotidien dans les ressources d'hébergement	12	L'évaluation	29
Les ressources d'hébergement	14	L'amélioration des pratiques	30
L'intervention vocationnelle	20	La supervision clinique	35
La préparation, l'entraînement et le soutien en emploi	20	Le modèle de gestion	37
Le soutien aux études	21	Conclusion	38
Le service des programmes de réadaptation vocationnelle	22	Axes de développement	39
		Références	41

Introduction

Le présent document vise à préciser le cadre de référence (le modèle conceptuel) à la base de l'organisation et de la prestation des services à la Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté (DSRHC) de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Ce cadre de référence est principalement inspiré des courants de pensée actuels en réadaptation psychosociale (RP). Notamment, il souscrit entièrement aux valeurs fondamentales de la RP que sont le respect des droits des personnes ayant des problèmes de santé mentale, la réponse adéquate aux besoins des personnes ainsi que le respect et l'encouragement du potentiel des personnes, de leur espoir et de leur participation active. Dans ce qui suit, nous présenterons les grands principes et les processus reconnus comme les meilleures pratiques en RP, notamment en ce qui a trait à l'évaluation, à la planification des services et à l'intervention proprement dite. Nous situerons également la RP et notre approche particulière d'intervention dans le cadre plus large du modèle Traitement-Réadaptation-Réhabilitation (ou modèle T-R-R), ainsi que dans la vision grandissante du Rétablissement. Nous examinerons ensuite les principes plus spécifiques de l'inter-

vention en ressources d'hébergement réadaptatif, soit l'intervention telle qu'elle se pratique au quotidien dans les ressources d'hébergement de la DSRHC, et nous décrirons notre structure de services. Il en sera de même de l'intervention vocationnelle et de la structure des services vocationnels de la Direction, ainsi que des services du Centre de soutien à l'intégration sociale. Nous décrirons ensuite notre infrastructure de recherche et de soutien à la pratique qui vise à mieux inscrire les principes et les valeurs de la RP au cœur même de la pratique quotidienne. En discussion, nous tracerons les principaux axes de développement de la Direction. À cet égard, il importe de souligner que ce cadre de référence, bien que présentant notre vision actuelle de la réadaptation psychosociale et de notre organisation de services pour la réaliser, se veut surtout comme un point de départ. Un point de départ pour susciter la réflexion, l'échange et le dialogue entre nous et avec nos partenaires sur les meilleures moyens d'aider et de soutenir le développement des personnes avec des problèmes de santé mentale. S'il peut nous aider à cheminer en ce sens, il aura grandement atteint son but.

Le modèle d'intervention

Le but général de la réadaptation psychosociale est de restaurer, maintenir et améliorer la qualité de vie des personnes avec des problèmes psychiatriques en les aidant à maintenir, développer et utiliser des habiletés sociales et fonctionnelles pour vivre, apprendre et travailler dans la communauté avec le plus d'autonomie et de satisfaction possible (Anthony, 1979). On peut réaliser cet objectif en offrant à la personne l'aide, le soutien et l'environnement adéquat lui permet-

tant de vivre les opportunités nécessaires à son développement, et ce dans la dignité et l'intégrité de sa personne. Les moyens à cet égard sont fort nombreux et incluent, par exemple, l'entraînement vocationnel et le soutien en emploi, les ressources résidentielles, le développement et l'entraînement aux habiletés sociales et à la vie quotidienne, la gestion de cas (*case management*), l'accompagnement dans l'atteinte des objectifs personnels, les activités de soutien à la famille et les programmes éducatifs (Anthony et Liberman, 1992).

Les services de réadaptation sont généralement offerts dans la communauté, dans un contexte de soutien aussi normalisant que possible. Ils sont offerts de façon individualisée et ils visent à favoriser la responsabilité de la personne et le sentiment de contrôle qu'elle a sur sa vie. Il est généralement admis que les interventions de réadaptation interviennent en complément avec les approches de traitement existantes. L'intervention de réadaptation commence généralement quand l'état mental est relativement stabilisé, bien qu'elle puisse certainement être entreprise ou poursuivie en présence de symptômes, dans les limites de l'individu et de sa capacité à répondre aux interventions de réadaptation et de soutien. En ce sens, le but de l'intervention est la réduction des incapacités fonctionnelles et du handicap associé à la maladie. Le postulat est le suivant : si l'on augmente les habiletés fonctionnelles et l'autonomie de la personne, si on la soutient mieux dans son environnement quotidien, elle sera plus apte à fonctionner dans les rôles de son choix et sera moins sujette aux conséquences néfastes du handicap. Par ailleurs, dans la perspective du rétablissement, qui oriente de plus en plus la conception de l'aide et du soutien en réadaptation psychosociale, l'accent est mis sur le soutien de la personne dans sa réappropriation de son pouvoir d'agir (son *empowerment*), dans la poursuite de ses buts personnels, dans sa quête de sens et dans l'amélioration de sa qualité de vie (Solomon et Stanhope, 2004). À cet égard, la qualité de la relation d'aide devient primordiale. Enfin, il faut souligner que la réadaptation psychosociale vise le même but général que le traitement en psychiatrie, à savoir l'amélioration optimale des capacités et de la qualité de vie de la personne. Les différentes approches et stratégies d'intervention visées par le traitement, la réadaptation ou la réhabilitation se complètent nécessairement, comme nous le verrons plus loin avec le modèle intégré du Traitement-Réadaptation-Réhabilitation (T-R-R).

Dans ce chapitre, nous examinerons plus à fond le processus d'intervention en réadaptation psycho-

sociale, ainsi que les valeurs fondamentales de la réadaptation psychosociale et les principes directeurs qui orientent notre approche particulière de la réadaptation (soit le modèle T-R-R et la perspective du rétablissement). Dans les chapitres subséquents, nous approfondirons les créneaux de la réadaptation psychosociale spécifiques aux trois grands services de la DSRHC: l'hébergement réadaptatif, la réadaptation vocationnelle et la réadaptation en Centre de soutien à l'intégration sociale.

Le processus d'intervention en réadaptation psychosociale

Le processus de la réadaptation psychosociale comprend trois grandes phases: l'évaluation des besoins de la personne, l'établissement de priorités d'intervention à court et à long termes (la planification) et l'intervention proprement dite (Anthony et Liberman, 1992). Les objectifs d'intervention, en conformité avec les valeurs prônées en réadaptation psychosociale, doivent être individualisés, atteignables, centrés sur les besoins et les objectifs de la personne, idéalement mesurables et limités dans le temps (Caldwell et Woods, 2000).

L'évaluation

Dans la phase d'évaluation, on évalue avec la personne ses forces et difficultés dans le but d'identifier ses besoins et de planifier au mieux les services à lui offrir. L'évaluation en RP vise ainsi à avoir un portrait large de la personne, tant au plan de ses forces, de ses habiletés et de ses ressources, qu'au plan de ses difficultés particulières et de ses besoins au niveau psychologique, résidentiel, social et vocationnel (Farkas *et al.*, 1994). Les capacités d'observation et d'évaluation de l'intervenant en RP sont centrales à ce niveau, de même que sa capacité de créer un climat de confiance et d'ouverture mutuelle qui favorise une meilleure connaissance de l'usager. Par ailleurs, on peut utiliser des outils d'évaluation spécifique-

ment conçus à cette fin, et ce dans une optique de réadaptation.¹

Enfin, notons que l'évaluation se fait en préparation aux phases de planification des services et de l'intervention, mais également après ces phases, pour évaluer les progrès faits par la personne, ses réussites, ses difficultés et ses besoins émergents. On a ainsi l'idée d'un cycle où l'intervention est appliquée et mène à un nouveau cycle d'évaluation, d'ajustements ou de replanification et d'intervention. L'usager participe activement à chacune de ces phases.

La planification

Les informations recueillies lors de l'évaluation permettent d'établir avec la personne un plan d'intervention centré sur ses besoins particuliers qui tient compte de ses difficultés et de ses forces. Cela constitue la phase de planification. Le plan d'intervention précise les objectifs de développement des habiletés de la personne, en lien avec ses besoins et ses objectifs personnels, ainsi que les moyens et ressources nécessaires pour les réaliser. Évidemment, l'évolution constante de la personne et les changements incessants dans sa vie amènent à réévaluer constamment le plan d'intervention pour voir s'il correspond toujours aux besoins et désirs de la personne et à l'ajuster au besoin.

L'intervention

Enfin, la phase d'intervention est celle où le plan d'intervention est mis en œuvre avec et par la personne. Elle est constituée du vécu quotidien, avec ses multiples opportunités d'actions, d'apprentissage et de développement. Comme l'intervention en réadaptation physique, la RP comprend deux grandes stratégies d'intervention: (1) le soutien au développement des compétences et habiletés chez l'usager; (2) le développement

des ressources environnementales (Anthony et Liberman, 1992).

Le développement des habiletés

Le développement des habiletés peut se faire de deux façons. La première, l'enseignement direct d'habileté, est utilisée quand la personne n'a jamais acquis l'habileté visée. Elle consiste à entraîner la personne, via une série systématique d'activités éducatives, à lui apprendre l'habileté (ou le comportement) et à lui fournir l'occasion de la pratiquer et de la maîtriser. La deuxième, la programmation des habiletés, utile pour ceux qui possèdent déjà l'habileté, vise à préparer l'individu à l'utiliser dans des contextes spécifiques et à l'aider à surmonter les obstacles qui pourraient l'empêcher de la mettre en pratique. Les habiletés en question peuvent être très variables et concerner tous les domaines de la vie, comme les soins d'hygiène, l'automédication, la gestion des symptômes, l'amélioration ou le maintien des relations familiales et interpersonnelles, la poursuite d'objectifs professionnels ou éducatifs, la gestion de l'argent, la préparation des repas, les activités de loisirs, l'utilisation des transports publics ou l'utilisation des services publics. L'entraînement aux habiletés a été démontré par plusieurs auteurs comme un moyen efficace pour améliorer l'adaptation et les compétences des usagers des services de santé mentale (pour une recension, voir Bellack, 2004; Heinssen, Liberman et Kopelowicz, 2000). De nombreux programmes ont été développés pour favoriser l'acquisition de compétences spécifiques chez les usagers. Dans le cas de l'entraînement aux habiletés sociales, les résultats d'études sont à ce point positifs et systématiques qu'on considère ce type d'intervention comme une meilleure pratique ou intervention basée sur les données probantes (*evidence-based practice*) (Bellack, 2004).

Les interventions environnementales

Les interventions de développement des ressources environnementales visent à mettre l'usager en

¹ Les principes de l'évaluation et les outils d'évaluation utilisés à la DSRHC sont décrits en p. 29.

contact avec une ressource particulière. Il peut s'agir d'une ressource existante qui répond bien au type de besoin de la personne ou d'une ressource qu'on doit modifier parce qu'elle ne répond pas adéquatement aux besoins de la personne. La coordination des ressources requiert la sélection d'une ressource adéquate pour les besoins de l'utilisateur, la mise en place de ce qui est nécessaire pour amorcer l'activité et le soutien de l'utilisateur dans son utilisation de la ressource. La modification d'une ressource requiert de transformer une ressource afin qu'elle réponde mieux aux besoins de l'utilisateur. Cela nécessite parfois de négocier avec les responsables de la ressource pour amener les changements nécessaires. Ces notions seront abordées plus en détail au chapitre suivant sur la RP en ressource d'hébergement (p. 11).

L'intervention de crise

Bien que la RP se réalise normalement auprès d'individus dont la condition mentale est relativement stabilisée, il n'est pas rare que des crises se produisent. Aussi, certains types d'interventions et une certaine approche sont nécessaires lorsque la crise psychiatrique survient. D'abord, on peut définir la crise comme l'exacerbation des symptômes psychiatriques et des troubles mentaux et affectifs au-delà des capacités d'adaptation de la personne. Dans ce contexte, et compte tenu des conséquences fort néfastes que la crise peut amener chez la personne (décompensation psychotique, suicide) et son environnement (violence, aggravation de la condition mentale des autres résidents), il importe aux intervenants de savoir bien réagir. Comme les définissent Caldwell et Woods dans *Best practices in psychosocial rehabilitation* (Hughes et Weinstein, 2000), les buts de l'intervention de crise sont: (1) stabiliser la situation d'urgence; (2) diminuer les stressors qui ont amené la crise; (3) mobiliser les ressources et les soutiens pour résoudre la situation et prévenir l'hospitalisation, si possible; (4) ramener le niveau

global de fonctionnement de l'individu à son niveau initial, sinon à un niveau supérieur.

Idéalement, des interventions préventives peuvent être amorcées et même prévues dans le plan d'intervention. Cela peut inclure des interventions pour prévenir les rechutes, identifier les signes avant-coureurs de décompensation et des stressors spécifiques à la personne ainsi que s'enquérir auprès de la personne des meilleurs moyens de réduire son stress quand elle ne va pas bien et des personnes à contacter en cas de crise. L'intervenant principal devrait avoir une bonne idée du niveau de base des symptômes de la personne, de ses crises passées, de ses facteurs de stress, de ses tentatives de suicide s'il y a lieu ou de son risque suicidaire. En situation de crise, les intervenants devraient pratiquer l'écoute active, communiquer un sentiment d'acceptation et de sécurité, avoir un contrôle actif sur la situation avec un accent sur la résolution de problème et la réduction de l'affect et de la colère, instiguer chez l'utilisateur un sentiment de contrôle et d'estime de soi et savoir référer au bon service, au centre de crise, à l'urgence psychiatrique ou ailleurs, lorsque nécessaire (Caldwell et Woods, 2000).

Les valeurs de la réadaptation psychosociale

Avant d'être basée sur un modèle spécifique d'intervention ou une conception particulière de la maladie mentale, la réadaptation psychosociale (RP) repose d'abord et avant tout sur un ensemble de valeurs et de principes. Étant pratiqués par plusieurs types de professionnels, dans différents types de ressources et services et pour une clientèle fort variée, de tels principes et valeurs constituent un guide à la pratique et à l'organisation des services. Ils servent à orienter la pratique vers l'essentiel, tout en permettant la marge de manœuvre nécessaire à l'émergence de pratiques spécifiques adaptées aux différents professionnels dans leur milieu respectif et pour leur clientèle propre. Plusieurs auteurs en RP ainsi

que plusieurs organismes oeuvrant en RP ont proposé de tels principes et valeurs (Anthony et Liberman, 1992; Bachrach, 1996; Cook et Hoffschmidt, 1993). Dans les dernières années, la DSRHC s'est grandement inspirée dans son orientation clinique des valeurs et principes de l'Association québécoise de réadaptation psychosociale (Ruest *et al.*, 1995). Ces valeurs ont constitué le cœur des discussions menées dans notre Comité de programmation, qui constitue la principale plateforme de discussions cliniques de notre Direction. Nous présentons ici les valeurs et principes qui nous apparaissent les plus centraux et aussi les plus représentatifs de notre approche d'intervention.

Le respect des droits des usagers

Quand on parle des droits des usagers, on est au cœur du concept de réhabilitation qui vise la reprise du pouvoir d'agir et de la dignité de la personne pour repousser la stigmatisation et l'exclusion sociale. Le respect des droits des personnes avec des problèmes de santé mentale implique que l'on considère que ces personnes ont les mêmes droits et libertés que tous les citoyens et qu'on respecte ces droits et libertés dans nos pratiques. Plus particulièrement, cela implique que ces personnes puissent prendre elles-mêmes les décisions qui affectent leur vie à tous égards. Dans cette optique, la RP vise à renforcer ce pouvoir de décision et ce droit à l'autonomie en permettant aux usagers de mieux contrôler leur vie dans tous les domaines et en les encourageant dans ce sens. Dans la mesure du possible, les usagers déterminent eux-mêmes leurs objectifs personnels et choisissent les services et moyens pour les atteindre.

Les besoins

Les besoins des usagers, comme ceux de toute personne, varient de l'un à l'autre ; ils comprennent les besoins biologiques, affectifs, sexuels, psychologiques, sociaux, culturels et spirituels. Ils sont multiples, d'importance variable

et ils varient dans le temps. En ce sens, la RP vise à fournir aux usagers des services adaptés à leurs besoins spécifiques et changeants dans les multiples sphères de leur vie, que ce soit sous forme de soutien, de traitement clinique, de services d'hébergement, de loisirs, d'activités occupationnelles ou vocationnelles et d'actions avec les proches et la communauté.

Le potentiel, l'espoir et la participation active

Le développement du **potentiel** de l'utilisateur comme valeur part du principe que toute personne, qu'importe son niveau de difficultés causé par la maladie, a la capacité d'améliorer à son rythme son niveau de fonctionnement et sa qualité de vie. Dans cette optique, la RP vise à actualiser ce potentiel et à développer les forces et les habiletés de la personne, tout en tenant compte de ses difficultés particulières. Cette valeur est à la base du modèle des forces (*strength model*) proposé, entre autres, par Rapp (1998) comme modèle visant la réappropriation du pouvoir par les usagers en misant sur les forces des personnes. Elle est également inhérente à la notion de réappropriation du pouvoir d'agir, ou d'*empowerment*, qui est un concept clé dans la conceptualisation actuelle en RP.

Avoir ou retrouver **l'espoir** constitue pour les personnes avec un problème de santé mentale une condition essentielle de leur développement. L'espoir permet de donner un sens à leur vie ; il encourage l'effort, éveille le goût d'apprendre, de persévérer et de lutter pour avancer. C'est pour ces raisons que restaurer l'espoir est un objectif premier de la RP. Cela peut être fait en encourageant la personne dans ses petits succès personnels, dans ses réalisations aussi modestes soient-elles. Cela se fait également en offrant aux personnes diverses opportunités d'essayer et d'apprendre des choses. En donnant aux usagers la chance d'explorer leurs propres valeurs, de faire leurs propres choix, d'identifier leurs intérêts et de développer leurs habiletés, c'est l'espoir en eux qu'on éveille et qu'on stimule.

L'accent mis sur la **participation active** des usagers pour favoriser leur réadaptation vient de la conviction que l'individu est responsable des conditions de réussite de sa vie, de ses choix, valeurs et actions et que, sans cette implication ou participation active, aucun développement n'est possible. En ce sens, les pratiques et services de RP visent à soutenir et à encourager cette participation active de toutes les façons possibles : en offrant à la personne la possibilité de faire ses propres choix, de choisir ses objectifs personnels et de faire les activités qu'elle veut. Cela se fait par des encouragements, mais aussi par la mise en place de services orientés en ce sens (ex. : comité d'usagers, participation au plan d'intervention et à l'évaluation des services).

Le modèle T-R-R

Le modèle Traitement-Réadaptation-Réhabilitation (T-R-R) est un modèle conceptuel de l'intervention en santé mentale qui fait explicitement référence au continuum de soins et services nécessaires pour prendre en compte les multiples besoins des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale (Fortier, 2000; Morissette, 1996). D'une part, l'axe Traitement, dans lequel intervient principalement l'équipe de soins dirigée par le psychiatre, se concentre surtout sur la maladie, les déficits, ses causes et les symptômes. À cet égard, une des interventions principales est la pharmacothérapie, qui consiste à fournir à l'usager la médication psychiatrique nécessaire pour réduire ses symptômes et stabiliser sa condition mentale et affective. Les avancées pharmacologiques au cours des dernières décennies ont beaucoup facilité le rôle des psychiatres à cet égard, en permettant de réduire significativement les symptômes positifs de la maladie mentale (hallucinations, délires, comportements insolites) (Lalonde, 2001). Cependant, l'impact de la médication psychiatrique sur les symptômes négatifs de la maladie mentale (retrait social, dépression, anergie) sont beaucoup plus modestes, ce qui renvoie à la

nécessité d'approches alternatives et complémentaires de l'intervention. Parmi les approches de l'axe traitement, on a évidemment la psychothérapie, notamment la thérapie comportementale-cognitive pour laquelle on a démontré l'impact significatif sur la réduction des symptômes négatifs associés aux troubles psychotiques (Garethy *et al.*, 2000), la remédiation cognitive ainsi que l'intervention auprès des familles (pour une recension, voir Canadian Psychiatric Association, 2005; Pratt et Muser, 2004).

D'autre part, l'axe Réadaptation mise sur les incapacités fonctionnelles, les forces de la personne et le développement maximal de ses capacités par des procédures d'apprentissage et de soutien environnementaux (Bachrach, 1992). Les interventions visent à soutenir la personne dans le développement de son autonomie et de sa qualité de vie, en l'accompagnant dans son quotidien et dans la poursuite de ses objectifs personnels.

Enfin, la Réhabilitation vise à amener la personne à franchir un pas de plus dans son développement, en la soutenant de façon pleine et entière dans son intégration sociale. À cet égard, si la réadaptation fournit à la personne les moyens de développer ses capacités et son autonomie, la réhabilitation vise plutôt l'actualisation de ses compétences dans les situations concrètes, par sa participation active dans son milieu. Dans certains cas, pour réaliser cet idéal, l'intervention pourra consister à accompagner la personne dans ses démarches d'intégration ou de participation sociale; dans d'autres, elle pourra consister à changer le milieu pour réduire la stigmatisation, changer les attitudes et les croyances négatives des gens face à la maladie mentale et favoriser l'adaptation de la personne. Les programmes de soutien en emploi sont un bon exemple d'une telle pratique. Notons, à cet égard, que la littérature anglosaxonne ne distingue pas ces deux concepts (réadaptation et réhabilitation) et se réfère indistinctement à la notion de *psychosocial rehabilitation*. La distinction ici permet d'apporter une nuance de

plus, ou un gradient de plus, dans le continuum évolutif de la personne, dans son cheminement de la maladie vers le rétablissement.

Le modèle T-R-R fait partie intégrante du cadre de référence du plan de réorganisation clinique de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine (2006). Il fournit une base conceptuelle fort utile pour conceptualiser l'arrimage et la coordination entre les différents programmes cliniques et les différents services, dont ceux de la DSRHC. Ainsi, les traits du modèle T-R-R renvoient à l'idée qu'aucune des sphères n'est détachée des autres, que chacune est nécessaire et dépendante des autres. La qualité du traitement assure la possibilité de la réadaptation, qui elle-même rend possible la réhabilitation. À l'inverse, la qualité de la réadaptation permet d'éviter ou de réduire les rechutes et les réhospitalisations. Aussi, le modèle pose que chaque intervenant peut agir à des intensités variables dans les différentes sphères d'intervention et à différents moments de l'évolution de la personne. En fait, le modèle oblige à concevoir le cheminement large de la personne et à adopter une perspective large et globale de l'intervention axée sur le cheminement progressif de la personne. Sa finalité, qui vaut aussi bien pour l'intervention proprement psychiatrique que pour l'intervention réadaptative, vise à **maximiser les capacités et la qualité de vie des personnes, en leur offrant les meilleurs soutiens possibles.**

Si le modèle T-R-R n'est pas vraiment connu sous cette appellation en dehors de l'établissement, on peut néanmoins citer quelques articles notoires où ces idées et ces préoccupations d'intégration des services, sinon des philosophies d'intervention, sont exprimées. On pense d'abord aux articles fondateurs de Bachrach (1992, 1996) dans lesquels les valeurs et principes de la réadaptation psychosociale sont clairement exposés, voire même démontrés nécessaires et indispensables dans une conception plus mature de la psychiatrie. Dans le texte plus récent de Kopelowicz et Liberman (2003), on fait un pas de

plus dans la conception de l'intégration des approches médicales et réadaptatives et, enfin, dans le texte de Jacobs *et al.* (2002), on présente l'organisation clinique et administrative d'un centre de santé communautaire où des psychiatres ont pleinement endossé les valeurs et principes de la réadaptation psychosociale, dans une véritable perspective biopsychosociale de la maladie et du traitement.

Le rétablissement, au cœur de la pratique

De plus en plus, la notion de rétablissement s'impose dans le champ de la santé mentale et amène des changements profonds dans la façon de concevoir la maladie mentale et l'intervention en santé mentale. Plusieurs chefs de file en psychiatrie et en RP, dont William Anthony, Marianne Farkas et Phyllis Solomon en parlent comme de la nouvelle vision qui guide maintenant le champ de la santé mentale (Anthony, 1993; Solomon et Stanhope, 2004; Anthony, Rogers et Farkas, 2003). Le rétablissement est l'expérience profonde et intimement personnelle des personnes aux prises avec la maladie mentale, qui trouvent un sens à leur vie, à leur souffrance et à leur maladie, ainsi qu'une façon de vivre une vie satisfaisante, chargée d'espoir et de buts, même avec les limitations causées par la maladie (Anthony, 1993; Deegan, 2003; Corrigan et Ralph, 2005). Dans un article du *Partenaire* en 2001, Anthony définit le rétablissement comme «un cheminement profondément personnel de changement et de travail sur soi, sur ses attitudes, ses valeurs, ses sentiments, ses buts, ses compétences, ses rôles et ses projets de vie» (p. 2). Dans plusieurs cas, le rétablissement représente une réduction importante des symptômes, voire même une rémission complète des symptômes. Ceci est documenté par de nombreuses études longitudinales de suivi à long terme (pour une recension, voir Callabrese et Corrigan, 2005). Pour d'autres, il s'agira de changements positifs profonds dans leur vie, malgré la persistance des symptômes. En bref, si le traitement et la réadaptation psychosociale sont

ce que les intervenants font pour aider les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, le rétablissement est ce que ces personnes elles-mêmes font et vivent pour donner un sens à leur vie et vivre une vie meilleure.

Cette perspective du rétablissement contraste passablement avec l'approche historique en psychiatrie, où l'accent est mis sur la maladie et les déficits, où la maladie mentale est conçue comme une maladie chronique et où le traitement est orienté vers la gestion et la réduction des symptômes (Solomon et Stanhope, 2004). Dans la perspective du rétablissement, l'accent est mis sur les forces et possibilités de la personne. La maladie n'est pas conçue comme chronique, mais plutôt comme une condition que la personne vit et qui peut avoir un sens profond pour elle, et l'intervention est orientée vers le soutien de la personne dans sa quête de sens, dans sa volonté d'atteindre des objectifs importants pour elle et dans son espoir d'une vie meilleure. En ce sens, la notion de rétablissement est intimement liée aux valeurs et principes de la réadaptation psychosociale. Elle s'en distingue, par contre, par le fait qu'elle appartient davantage à la personne qui la vit qu'aux différents intervenants ou services qui pourraient la favoriser ou la faciliter. Malgré cela, on voit poindre ça et là de plus en plus de services de santé mentale orientés vers le rétablissement (Anthony, 1993, 2000, 2001; Carling, 2002; Onken *et al.*, 2002; Solomon et Stanhope, 2004; Sowers, 2005). Selon Solomon et Stanhope (2004), plusieurs états américains ont intégré la notion et les valeurs propres au rétablissement dans leur système de santé mentale. L'Ohio a même structuré l'ensemble de son système de santé mentale autour du rétablissement. Plus près de nous, nous avons le «Plan d'action en santé mentale du Québec» (MSSS, 2005), qui fait du rétablissement une des priorités du Ministère. Sans vouloir faire la synthèse de ces enjeux organisationnels, nous pouvons citer ici les principes de base d'un système orienté vers le

rétablissement, tels qu'énoncés par Anthony (2001).

- Centrer les objectifs des services vers la satisfaction et la qualité de vie des usagers, l'amélioration de leur statut et de leur place en société et la réappropriation de leur pouvoir d'agir (*empowerment*).
- Se doter d'indicateurs mesurant l'impact effectif des services sur les personnes, tant au plan des mesures objectives (utilisation des services hospitaliers, taux d'insertion en emploi) qu'au plan des mesures subjectives (satisfaction, qualité de vie).
- La vision d'ensemble doit inclure l'organisation, mais aussi l'environnement social global de la personne (milieu de travail, éducationnel, résidentiel et familial), car la réinsertion dans tous ces milieux fait partie des impacts attendus pour les usagers.
- L'organisation devrait permettre aux personnes de contribuer à la planification des services et à leur évaluation. Elle devrait les embaucher à tous les niveaux et soutenir la création de services d'entraide.
- L'organisation devrait s'acclimater aux langages, habitudes et mœurs des groupes culturels qu'elle dessert.
- La formation du personnel devrait inclure cette ouverture culturelle et expliciter la philosophie et les principes du rétablissement, de manière à voir et traduire leurs ramifications dans le quotidien de l'intervention. La vision du rétablissement devrait guider la sélection du personnel.
- Les services devraient valoriser le rétablissement, la réinsertion sociale et les buts des usagers.
- L'accès aux services devrait renforcer la liberté de choix des usagers.

La relation d'aide

La relation d'aide en réadaptation psychosociale est fondée sur une confiance mutuelle entre l'intervenant et l'utilisateur. Étant donné les difficultés relationnelles et affectives inhérentes à la maladie mentale, l'établissement d'une telle relation de confiance nécessite des qualités particulières, un savoir-faire et surtout un savoir-être de la part des intervenants pour créer et maintenir cette relation de confiance et susciter la motivation et l'espoir chez l'utilisateur. Les intervenants ont une responsabilité en ce sens et doivent parfois vaincre les résistances des utilisateurs à vouloir s'impliquer activement dans leur réadaptation. L'intervenant doit créer un climat et un environnement riches en espoir et en motivation qui aident l'utilisateur à persévérer malgré les difficultés de sa maladie mentale, malgré les symptômes et les obstacles qu'il rencontre. La relation d'aide vise aussi bien le soutien de l'utilisateur dans ses difficultés que son encouragement dans ses forces, ses projets et ses efforts pour améliorer son contrôle sur sa vie et sa qualité de vie globalement. Ceci requiert des qualités de savoir-faire et de savoir-être, dont nous décrivons ici les principales.

L'établissement d'une relation de confiance

La création d'un lien de confiance avec l'utilisateur, certains diront d'une alliance thérapeutique, vient du développement chez l'utilisateur d'un sentiment de sécurité et de confiance dans sa relation avec son intervenant qui lui permet de se sentir à l'aise d'exprimer ses besoins, ses difficultés, ses préoccupations et ses bons coups. Depuis longtemps, on reconnaît que l'alliance thérapeutique est une dimension centrale de l'intervention psychologique. Plus récemment, des méta-analyses menées sur des centaines d'études ont montré que l'alliance thérapeutique est un des déterminants les plus robustes du succès en psychothérapie, quelle qu'en soit l'approche, et ceci tant pour les clientèles non psychotiques que pour les clientèles psychotiques ou présentant des problèmes graves de santé mentale (Frank et Gunderson, 1990;

Horvath et Symonds, 1991; Svensson et Hansson, 1999). Des chercheurs ont estimé que l'alliance thérapeutique pouvait expliquer plus de 45 % de la variance des résultats en psychothérapie (Gaston *et al.*, 1991). À ce titre, l'alliance thérapeutique fait partie de ce qu'on appelle l'approche des facteurs communs qui reconnaît la contribution majeure de ces facteurs aux différentes approches d'intervention (Lecomte et Lecomte, 1999).

Les interventions clés pour établir une telle relation de confiance comprennent, entre autres, l'écoute active, la création d'un climat exprimant l'acceptation de l'autre, l'absence de jugement et les reflets positifs de la personne. Dans un tel contexte, la personne peut se sentir comprise, écoutée et motivée à s'améliorer. Cela lui permet de révéler ses forces, de susciter son espoir et de la motiver dans son processus de rétablissement.

L'empowerment

L'*empowerment*, ou la réappropriation du pouvoir d'agir, est le processus par lequel les personnes prennent davantage de responsabilités dans l'orientation de leur vie, exercent un plus grand contrôle sur leur environnement et développent des stratégies leur permettant de jouer un rôle actif dans l'atteinte de leurs objectifs de vie (Young et Ensing, 1999). Cette notion est centrale dans le modèle des forces (Rapp, 1998) et elle est intimement liée à la perspective du rétablissement (Deegan, 1997; Provencher, 2002). Plusieurs composantes sont liées au pouvoir d'agir: la confiance en soi, la croyance en ses forces personnelles et leur utilisation, la perception de contrôle sur l'environnement, l'acquisition d'habiletés permettant d'être plus autonome et d'influencer les autres dans l'exercice de ses choix, l'autorité décisionnelle et l'efficacité personnelle (Provencher, 2002).

Évidemment, le rôle de l'intervenant dans ce processus est très important. Il doit stimuler l'utilisateur de toutes les façons possibles, afin que

celui-ci participe le plus qu'il peut dans sa propre vie, dans les décisions et les situations qui le concernent, notamment en l'impliquant activement dans l'élaboration de son plan d'intervention, en l'encourageant à faire des choix personnels et à contribuer aux décisions touchant ses groupes d'appartenance (ex. : comité d'usagers et groupe d'entraide).

L'attitude positive

À elles seules, les techniques et les connaissances nécessaires à l'intervenant en relation d'aide ne sont pas suffisantes. Elles doivent être incarnées par l'intervenant de façon telle qu'un contact accueillant avec l'utilisateur puisse s'en dégager. Ceci repose principalement sur une attitude positive que l'intervenant maintient dans sa relation avec l'utilisateur. Nous savons qu'une attitude positive permet de créer un climat qui est supportant pour la personne et qui préserve ou même restaure l'estime qu'elle a d'elle-même. Cette attitude positive s'exprime par les gestes, les échanges ou les contacts que l'intervenant a avec la clientèle. Elle se manifeste aussi par de l'encouragement : par des reflets positifs sur la personne, des remarques constructives mettant l'accent sur ses forces, par le partage d'expériences personnelles ou même par l'assistance pour résoudre des problèmes concrets. L'encouragement peut également se faire en aidant la personne à mieux prévoir les conséquences de ses gestes et décisions, en lui fournissant de l'information et en la guidant dans ses choix. Ainsi, l'attitude positive et l'encouragement constituent des éléments qui, dans le quotidien de la relation d'aide, permettent à la personne de faire face aux difficultés et contribuent au maintien de l'espoir.

L'écoute

Une relation d'aide suppose *a priori* une bonne compréhension des besoins, attentes et désirs de la personne. L'intervenant doit s'assurer qu'il va bien répondre aux besoins de la personne plutôt qu'à ses propres aspirations d'intervenant. En fait, la

relation commence véritablement par l'écoute de la personne. Une bonne écoute demande de l'empathie, un regard positif sur la personne qui lui donne l'espace et le climat nécessaires à ce qu'elle s'exprime en toute confiance, ce qui permet de mieux la connaître, d'apprendre d'elle, de ses forces et difficultés. La personne est la mieux placée pour renseigner l'intervenant sur ses besoins à elle, ses attentes, ses projets et ses rêves. Être à l'écoute, c'est aussi savoir observer, être attentif à la personne, à ce qu'elle est, aux changements qui surviennent dans sa vie, aux signes potentiels de décompensation ou, au contraire, aux signes d'amélioration de sa condition. L'écoute est donc aussi une attitude bienveillante qui rassure, sans être envahissante. Elle permet à l'intervenant de créer l'environnement propice à mettre la personne en confiance et en mouvement dans sa démarche. Enfin, l'écoute et l'observation sont également des outils permettant à l'intervenant de recueillir de l'information précieuse sur la personne afin de mieux répondre à ses besoins et mieux l'aider dans son développement.

Les qualités de l'intervenant en réadaptation psychosociale

Diane Weinstein, dans un chapitre d'un manuel sur les meilleures pratiques en réadaptation psychosociale (Hughes et Weinstein, 2000), offre une description détaillée des compétences nécessaires des intervenants en RP. Elle présente et décrit 39 compétences, que nous pouvons résumer ici en trois grands types : les qualités relationnelles, personnelles et professionnelles. Les **qualités relationnelles** sont les compétences permettant d'établir une relation positive, aidante et chaleureuse avec l'utilisateur. Il s'agit de savoir être à l'écoute de l'utilisateur, de savoir le motiver, d'utiliser la relation d'aide pour faciliter le changement, d'offrir l'espoir, de bâtir sur les succès de la personne et de minimiser ses échecs, de générer de l'énergie et de l'enthousiasme, d'avoir l'aptitude à soutenir émotionnellement, d'être empathique, d'avoir de bonnes habiletés de

négociation et de médiation et de savoir mettre des limites. Les **qualités personnelles** sont les qualités plus générales de l'intervenant qui favorisent l'efficacité de son rôle d'aidant. Elles comprennent la stabilité émotionnelle, la conscience de soi, la flexibilité, la patience, le sens de l'humour, la tolérance à l'ambiguïté et la capacité de lâcher prise lorsque nécessaire. Les **qualités professionnelles** sont les compétences plus

directement liées à la performance du rôle d'intervenant. Elles incluent croire dans le rétablissement et le potentiel de la personne, respecter les valeurs éthiques, éviter les biais personnels et les préjugés, savoir travailler en collaboration, reconnaître les limites du rôle d'intervenant, savoir s'utiliser comme modèle de rôle et savoir prendre des risques calculés.

La réadaptation psychosociale en ressource d'hébergement

Depuis les premières vagues de désinstitutionnalisation dans les années 60, au cours desquelles on a sorti les usagers des hôpitaux psychiatriques sans trop savoir où les placer, les choses ont bien changé. Il est aujourd'hui clairement reconnu qu'un large éventail de types de ressources d'hébergement est nécessaire pour couvrir les besoins variés des personnes avec des problèmes de santé mentale (IAPSR, 1992). Ces ressources doivent non seulement répondre aux besoins de services de ces personnes, mais aussi favoriser au mieux leur intégration sociale ainsi que le maintien, sinon le développement, de leur autonomie et de leur qualité de vie. Ces ressources peuvent aller de l'appartement privé, où la personne reçoit une supervision clinique occasionnelle, aux résidences de groupes, où des intervenants spécialisés sont de service en tout temps. Bien qu'on ait conçu, à une certaine époque, que les usagers cheminent de façon relativement linéaire d'un type d'hébergement à l'autre à mesure qu'ils gagnent en capacités et en autonomie, la tendance actuelle est plutôt d'offrir à la personne le degré de soutien nécessaire pour qu'elle reste stable, s'intègre bien socialement et se rétablisse dans la mesure du possible (Stroul, 1986). On favorise aussi davantage le choix de l'usager dans les orientations de placement et on considère davantage les facteurs personnels qui peuvent contribuer à faciliter l'intégration sociale (Weinstein, 2000). Par exemple, vouloir un

appartement avec deux chambres à coucher pour accommoder son enfant, une grande chambre à coucher pour y mettre un lit double et accommoder sa vie conjugale, avoir un logement prêt d'une église ou du logement d'un membre de sa famille sont autant de préférences qui, lorsqu'elles sont prises en compte, peuvent faciliter la réhabilitation sociale, le maintien en hébergement et, à l'inverse, réduire d'autant les coûts d'insuccès réadaptatifs et de rechutes psychiatriques (Weinstein).

Les buts visés par les ressources d'hébergement sont de deux ordres : (1) offrir les soins et services dans la communauté aux personnes qui, autrement, seraient hospitalisées en raison de la gravité de leurs problèmes de santé mentale et de leurs incapacités fonctionnelles ; (2) utiliser une gamme de milieux résidentiels pour transiter d'un système centré sur l'hôpital psychiatrique à un système centré sur les services de la communauté (Dahlquist et Fields, 2000)².

La notion de milieu

Dans le modèle des forces développé par Rapp (*The strengths model*, 1998), on définit le milieu comme l'environnement dans lequel vit la personne, la configuration particulière des liens

² Voir la section «Les ressources d'hébergement», en page 16, pour une définition des différents types d'hébergement et de l'organisation administrative des ressources d'hébergement de la DSRHC.

qu'elle entretient (milieu de vie, loisirs, travail, relations sociales) et la matrice à partir de laquelle elle peut construire pour atteindre ses buts et améliorer sa qualité de vie. Ce concept est très intéressant puisqu'il remet l'accent sur l'environnement de la personne comme déterminant de sa qualité de vie et de son potentiel de développement. Ainsi, dans cette optique, le but de l'intervention n'est plus la diminution des symptômes ou le travail sur les déficits de la personne, mais plutôt l'enrichissement de son milieu de vie, le rétablissement de la personne dans le meilleur milieu possible pour favoriser le développement de son potentiel à partir de ses forces et des forces du milieu. Rapp souligne le contraste entre deux types extrêmes de milieux: les milieux facilitants (*enabling*) et les enclaves (*entrapping*). Les enclaves sont décrites comme des milieux pauvres où l'usager est stigmatisé, limité dans ses relations avec les autres usagers et le personnel des services psychiatriques. Il y a dans les enclaves peu d'incitatifs à viser des buts réalistes à long terme et, surtout, peu de possibilités de développer des aptitudes et des attentes qui pourraient faciliter l'autonomie et le développement, notamment celles relatives au travail, à l'autodiscipline et à la structuration du temps et de l'effort.

L'enjeu qui se pose en RP est de faire en sorte que les ressources d'hébergement constituent des milieux les plus facilitants possibles, des lieux où les usagers retrouvent le goût d'agir, d'avancer, d'apprendre, de bouger, de progresser. Les milieux doivent être nourrissants, stimulants, encourageants, fertiles au développement des personnes, quels que soient leur âge ou leurs problèmes particuliers de santé mentale.

La réadaptation psychosociale au quotidien dans les ressources d'hébergement

Les ressources d'hébergement de la DSRHC constituent des lieux privilégiés pour accom-

pagner et soutenir les usagers dans leur processus de rétablissement. Elles offrent, au quotidien, dans l'ensemble des sphères de vie de la personne, une multitude de moments propices au développement de son autonomie. Ces ressources permettent de suppléer hors des murs de l'hôpital à des difficultés ou manques, mais surtout d'aider à maximiser le potentiel de la personne. Le quotidien devient alors la matière première qui permet de partager un ensemble de moments de vie propices à intervenir dans une visée réadaptative. *La réadaptation reste avant tout une intervention individualisée, globale, continue et bien coordonnée (...). Elle cherche à permettre à une personne de vivre dans le milieu le moins restrictif possible, compte tenu de ses limites, en l'aidant à utiliser au maximum ses propres moyens.* (Messier, 2001, p. 1881)

Depuis sa mise sur pied, le Comité de programmation de la DSRHC a tenté de définir qu'elle pouvait être la représentation de ce quotidien en ressource d'hébergement et comment l'orienter pour qu'il permette l'éclosion de façons de faire véritablement conformes aux valeurs de la RP.

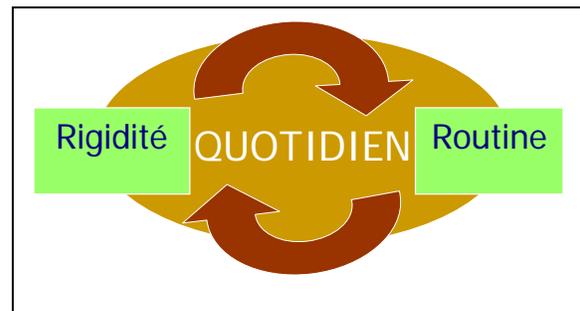


Figure 1

Au départ, le modèle en place offrait aux usagers un quotidien axé sur un cadre très rigide et routinier, qui rendait l'existence très prévisible et rassurante (Figure 1). Les premières expériences d'insertion en dehors des murs de l'hôpital amenaient leur lot d'inquiétudes, autant pour la clientèle que pour le personnel, et le réflexe de tout contrôler et organiser devenait la solution privilégiée pour les intervenants. Cette méthode

procurait probablement l'impression d'éviter les dérapages (plus souvent anticipés que vécus) dans le contexte où la communauté n'était ni préparée ni disposée à recevoir ces nouveaux citoyens sortis de l'hôpital psychiatrique et venant s'établir dans leurs quartiers.

Graduellement, de nouveaux modèles ont émergé en santé mentale, et les notions de réadaptation psychosociale, d'*empowerment* et surtout de rétablissement ont pris une place importante et sont devenues porteuses de changements dans la perception et les actions des intervenants. Ces idées nouvelles ont favorisé le passage d'un premier modèle plus restrictif à un nouveau plus souple (Figure 2).

Cette implantation graduelle, où le quotidien est empreint de souplesse et dépouillé de sa trop grande rigidité, favorise l'expression de routines rassurantes tout en laissant une place de choix à l'émergence de l'imprévu et du non planifié, ce qui permet d'éloigner l'ennui et d'éviter que s'instaure ce que plusieurs ont nommé le syndrome «chaise berçante-café-cigarettes». Cette notion est tout aussi importante pour que le quotidien des intervenants ne devienne pas «une routine plate et peu valorisante aboutissant à une sorte de désespérance professionnelle, à un ras-le-bol stérile» (Gendreau, 2001).

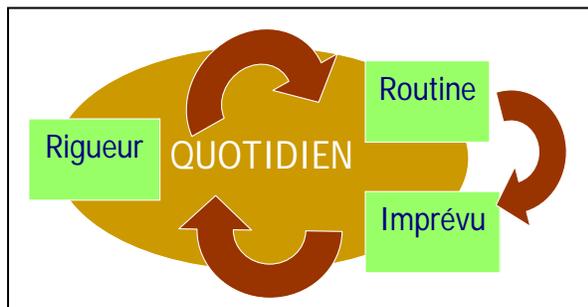


Figure 2

De plus, la considération inconditionnelle de la personne aux prises avec un problème de santé mentale comme un adulte majeur et responsable permet d'ouvrir la porte à des expérimentations et à des essais. Ces derniers, à l'aide du filet de

sécurité que constituent la présence d'intervenants et l'accompagnement au quotidien, offrent des occasions de réalisations et de réussites que ni les intervenants ni les résidents n'auraient cru au départ possibles. Comme l'affirmait Renou (2005) : «Le contexte le plus susceptible d'être positivement évolutif est celui qui permet une alternance entre l'état de déséquilibre dynamique, lequel permet l'acquisition de nouveaux schèmes, et celui d'équilibre dynamique qui permet l'assouplissement de ces mêmes schèmes.» (p. 149)

Voici quelques exemples.

- Un homme hospitalisé plus de 25 ans a déjà été considéré comme impossible à placer, en raison de son état mental jugé toujours instable et de son mode de fonctionnement chaotique au quotidien, en plus de sa consommation de cannabis qu'on craint de voir augmenter s'il retourne dans la communauté. Après trois ans en ressource, cet homme arrive à passer seul une nuit et une journée en camping et, sur place, il refuse de fumer lorsqu'on lui propose un «joint» en expliquant qu'il comprend maintenant les méfaits de cette substance pour lui.
- Une femme réussit à occuper son *bachelor* en ressource depuis plus de deux ans alors que, dans les douze années précédant son arrivée, elle n'était pas restée plus d'un mois dans ses milieux d'hébergement et connaissait des problèmes importants de toxicomanie et de prostitution, en plus de ses problèmes psychiatriques.
- Une femme occupe un HLM, de façon complètement autonome, après un séjour en appartement regroupé, alors que tous les cliniciens l'ayant connue la considéraient comme un cas chronique en raison de ses nombreuses années d'hospitalisation, de ses crises d'agressivité et de ses actes de mutilation importants.

Ces quelques exemples sont représentatifs d'une notion fondamentale en réadaptation psychosociale, *l'espoir*. Il s'agit de cette croyance indéfectible que tout être humain, qu'importe sa condition, peut évoluer et aller au-delà de ce qu'on avait cru possible.

Le vécu quotidien partagé

La réadaptation psychosociale, telle qu'elle est vécue dans les ressources d'hébergement de la Direction, propose une rencontre entre les intervenants et les résidents dans le *vécu quotidien partagé*. C'est à travers lui que se feront les observations et les interactions propices à dégager un plan d'intervention permettant le travail de croissance des schèmes adaptatifs de la personne. Ce plan, conçu avec le résident qui doit ensuite l'approuver, doit permettre l'élaboration d'objectifs issus des désirs de la personne et favoriser l'accroissement de son autonomie fonctionnelle.

La particularité du vécu quotidien partagé est de permettre *l'utilisation* des actions de la vie quotidienne comme moments propices aux interventions réadaptatives. L'idée n'est pas de chercher à modifier des comportements dans une visée de conformisme social, mais bien de permettre à la personne de penser, de décider et d'agir par elle-même dans le milieu le plus aidant qui soit.

L'intervention

Si l'intervention, au niveau des ressources d'hébergement, trouve son application dans un champ très spécifique, soit le quotidien, elle a également été définie au fil des ans par l'individualisation des services, et ce peu importe le type d'hébergement proposé. Graduellement, l'intervention a remplacé les notions de contrôle et les intervenants ont appris à accompagner les personnes dans leur démarche de réadaptation et de rétablissement. Une préoccupation importante est d'être en relation avec une personne plutôt qu'avec une maladie ou un symptôme. Cette évolution dans les pratiques a permis l'émergence d'une approche où l'utilisateur est partie prenante des

décisions. Une expression anglo-saxonne situe bien cette approche en déclarant : «*There's nothing about me without me.*» On peut traduire cette expression par «il n'y a rien à propos de moi sans moi» ou «rien qui me concerne ne se décide sans moi». On considère que l'utilisateur est capable de faire des choix tout en tenant compte, dans l'intervention, de la présence du trouble mental et des difficultés. Ces dernières représentent un défi à relever, mais ne doivent pas être perçues comme des barrières à l'intervention. Seules des restrictions juridiques ou des ententes spécifiques avec le résident au niveau du plan d'intervention peuvent restreindre cette valeur fondamentale dans l'intervention.

L'abolition des codes de vie

Dans cette vague de changements, on a commencé à remettre en question les traditionnels «codes de vie» en ressource d'hébergement. En fait, c'est au moment de la mise sur pied des ressources d'hébergement individualisé qu'on a commencé à remplacer cet outil jugé plutôt restrictif par la notion de *citoyen à part entière*, avec tout ce que cette notion comporte de droits et de responsabilités. On a établi que, comme pour tout autre citoyen, le code civil serait la base de réglementation permettant la coexistence des résidents les uns avec les autres dans l'espace social que la ressource propose. Ce service étant construit à partir de petits appartements individuels, ce premier changement s'est bien produit sans trop heurter les résidents ou les intervenants, malgré certaines inquiétudes de part et d'autre. Les clients ciblés pour résider dans ce nouveau type de service ont trouvé stimulant d'avoir un bail et un vrai appartement et d'être enfin considérés comme des locataires à part entière dans la communauté et non plus des malades.

Quelques années plus tard, à l'ouverture de la résidence de groupe le Ponceau, le même questionnement a resurgi et l'équipe est arrivée à des conclusions similaires sur la nécessité d'abolir le

code de vie et de fonder l'intervention sur la notion de citoyen responsable. Cette décision a entraîné des changements importants dans la façon d'aborder l'intervention. Les craintes ont fusé dès le départ, tant de l'intérieur que de l'extérieur de la ressource, car certains redoutaient que cela provoque un chaos insurmontable. Dans les faits, en remettant le pouvoir de décider et de s'organiser aux personnes, avec le soutien des intervenants, c'est le contraire qui s'est produit. Les résidents se sont effectivement responsabilisés et ont adopté des comportements empreints de maturité que peu d'intervenants, les ayant connus dans d'autres contextes, auraient cru possibles. Dans le vent de transformation des services que ces changements ont apporté, c'est ensuite l'ensemble des résidences de groupe et de la géronto-psychiatrie qui ont aboli l'utilisation de codes de vie pour proposer un mode d'intervention grandement individualisé.

Il faut souligner que cette approche n'est pas magique et ne permet pas d'éviter les difficultés et les contraintes que peut représenter l'expérience du vécu quotidien partagé. «Le quotidien, ça ne tourne pas si bien que ça. C'est plein d'accrochages, de dérapages, d'imprévus, de grains de sable dans la machine bien huilée. Métro-boulot-dodo, c'est bon pour un slogan, mais très souvent, ça ne tourne pas rond (...)» (Rouzel, 2004, p. 39) Mais il faut y voir une évolution dans le regard posé sur la personne et un défi posé aux équipes. Alors qu'autrefois les règles étaient restrictives mais clairement énoncées, voilà que la réflexion continue et le dialogue à teneur réadaptative doivent s'instaurer et amener l'ensemble des acteurs à se questionner et à communiquer régulièrement. Les rencontres d'équipes deviennent incontournables de même que le dialogue quotidien. C'est dans ce contexte que la rigidité fait place à la souplesse et à l'adresse dans l'intervention, ce qui permet de mieux répondre aux besoins et aux intérêts des personnes.

Les comités de résidents

Si cette approche demande un ajustement dans l'intervention, elle est aussi source de changement pour les résidents qui doivent faire face à des responsabilités nouvelles et un besoin d'organiser un quotidien agréable, empreint de respect et de fonctionnalité. C'est donc dans cette visée que les ressources se sont munies de comités de résidents. Un tel comité permet aux résidents de la ressource de discuter de leurs préoccupations et d'amener les changements souhaités. La plupart se tiennent sur une base mensuelle, mais la fréquence et la durée peuvent varier d'une ressource à l'autre.

Au départ animés par des intervenants des ressources et obtenant des niveaux de participation plutôt variables, la majorité de ces comités sont maintenant très fréquentés et certains sont animés ou coanimés par des résidents. Ces comités permettent de régulariser des situations difficiles et propices à des tensions entre les résidents. En assurant une animation respectueuse et en édictant d'emblée les règles de bon fonctionnement, les résidents voient rapidement la possibilité de s'exprimer et de mettre sur la table ce qui leur pèse et n'est pas toujours exprimable dans le feu de l'action. On peut voir à l'occasion des débordements de langage qui demandent à l'animateur de bien exercer son rôle, mais force est de constater que ces rencontres sont salutaires et apportent beaucoup, tant aux résidents qu'aux intervenants. Que ce soit pour le respect des uns envers les autres, le partage des tâches domestiques liées à la coexistence dans un milieu de vie ou l'énoncé de règles leur permettant de coexister paisiblement, l'existence des comités des résidents est une des pierres angulaires de l'approche préconisée dans les ressources d'hébergement de la DSRHC. Les bien-fondés d'une telle approche de groupe, et de l'appropriation par les membres du groupe de leurs propres normes et règles de fonctionnement ont été soulignés par plusieurs auteurs, dont Renou (2005).

Les ressources d'hébergement

La mission des services d'hébergement est d'offrir des milieux résidentiels adaptés aux besoins de la clientèle adulte souffrant de problèmes sévères et persistants de santé mentale. Pour répondre adéquatement à cette mission, la DSRHC comprend plusieurs types de ressources, qui comportent chacun un niveau d'encadrement et de soutien particulier pouvant répondre aux besoins spécifiques de la clientèle desservie. Ainsi, en décembre 2005, la DSRHC comptait 143 ressources résidentielles dans lesquelles résidaient 1487 usagers et où travaillaient 185 intervenants de l'établissement.

Définition des types d'hébergement

On peut définir quatre grands types d'hébergement: (1) les centres de crise, qui fournissent une alternative à l'urgence psychiatrique et où les usagers peuvent séjourner quelques jours, le temps de stabiliser leur condition psychiatrique; (2) les hébergements transitoires, où les usagers séjournent quelques mois, le temps de trouver un hébergement permanent après un séjour à l'hôpital psychiatrique; (3) les hébergements de longue durée tels que les résidences de groupe, les appartements supervisés, les ressources intermédiaires privées et les ressources de type familial, où divers niveaux de soutien sont fournis selon l'ampleur des besoins des clients; (4) les hébergements autonomes avec soutien (*supported housing*), où les services de soutien ne sont pas assurés sur place, mais disponibles au besoin par des intervenants ou des équipes mobiles (Dahlquist et Fields, 2000). Les hébergements de longue durée comprennent les milieux de vie individuels, pour une clientèle plus autonome, et les milieux résidentiels de groupe, pour une clientèle ayant de plus grands besoins d'encadrement.

Les **milieux de vie individuels**, appelés aussi logements avec soutien intégré, sont des milieux résidentiels individuels, mais généralement regroupés, où on retrouve un ensemble de services

axés sur le maintien et l'amélioration de la qualité de vie en logement. L'accès au logement est généralement soumis à certaines conditions, notamment en ce qui concerne les habiletés à la vie quotidienne, et la durée de séjour est parfois déterminée au départ. Ce type de ressources comprend essentiellement les appartements supervisés et les appartements regroupés. Dans les deux cas, il s'agit d'appartements individuels regroupés dans un même immeuble, assurant des services réadaptatifs dans le milieu de vie ainsi que certains services communautaires (local communautaire, buanderie, téléphone public). Dans le cas des appartements regroupés, la présence d'intervenants est assurée 24 heures sur 24, et on peut y offrir une gestion du budget et de la médication. Dans le cas des appartements supervisés, la présence des intervenants n'est assurée que 35 heures par semaine. Les maisons de chambre et les chambres et pensions sont des ressources où on offre des chambres individuelles regroupées dans un même immeuble, avec accès à une cuisine, des salles de bains communes et des services dispensés 35 heures par semaine. Enfin, les appartements relais sont des appartements autonomes, sans encadrement particulier sur place, où les usagers sont suivis par un intervenant individuel, selon la fréquence et l'intensité requises par la personne.

Les **milieux résidentiels de groupe** comprennent les résidences de groupes, les résidences de psychiatrie gériatrique, les ressources de type familial (RTF), les ressources intermédiaires (RI), les maisons de transition et les ressources de psychiatrie justice. Les résidences de groupe à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine ont vu le jour au début des années 90 dans le cadre de la désinstitutionnalisation. Leur mission était alors axée sur l'hébergement et, par la suite, elles sont devenues des milieux réadaptatifs afin de répondre aux besoins des résidents qu'elles accueillaient. Les résidences de groupes sont des immeubles de type duplex avec studio, gérés par l'établissement ou par des OSBL en santé mentale,

dans lesquelles vivent un maximum de 9 résidents et où on offre une large gamme de services de soutien et de réadaptation psychosociale avec la présence d'intervenants sur place 24 heures sur 24. Les ressources de type familial peuvent accueillir jusqu'à 9 résidents et sont gérées par des familles. En plus du service de gîte et couvert, elles offrent des services de soutien et d'assistance. Le suivi clinique y est assuré par un personnel mobile de l'établissement (HLHL), généralement des techniciennes en travail social, des travailleuses sociales et des infirmières. Les ressources intermédiaires privées sont également des lieux d'hébergement tenus et gérés par des propriétaires privés, mais pouvant accueillir de 10 à 29 résidents. Des services de soutien et d'assistance sont dispensés par les propriétaires ou leur personnel et le suivi clinique est assuré par un personnel mobile de l'établissement. Enfin, les résidences de psychiatrie gériatrique sont des milieux résidentiels de groupe offerts à une clientèle gériatrique, gérés et maintenus par le personnel de l'établissement de santé, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

L'organisation administrative des ressources d'hébergement

Parmi l'ensemble des ressources d'hébergement dont l'établissement a la responsabilité, certaines sont entièrement gérées par la DSRHC (les ressources établissement ou RE), d'autres le sont en partie par des organismes sans but lucratif (OSBL) ou encore par des particuliers. Les ressources directement gérées par la Direction sont subdivisées en quatre services: 1) le service d'hébergement individualisé; 2) le service d'hébergement des résidences de groupe; 3) le service d'hébergement spécialisé; 4) le service d'hébergement de psychiatrie gériatrique. En plus de ces quatre services, la DSRHC comprend également le service de coordination des ressources, qui gère le Centre d'intervention de crise l'Appoint ainsi que l'accès aux différentes ressources d'hébergement sous la responsabilité directe d'organismes sans but lucratif (OSBL) ou de particuliers. La

structure des services d'hébergement de la Direction est présentée à la Figure 3.

Le service d'hébergement des résidences de groupe

Le service d'hébergement des résidences de groupe comprend six résidences de groupe: 5915 Viau, 5927 Viau, Francheville, Pierre-Gaulin, Valdombre et Couture. Chacune de ces ressources peut accueillir 9 résidents. Depuis les trois dernières années, ces ressources se sont de plus en plus spécialisées. Ainsi, les résidences 5915 Viau, Francheville et Pierre-Gaulin s'orientent plus spécifiquement vers une clientèle d'âge mûr (40 ans et plus), avec de nombreuses années d'hospitalisation et présentant des troubles psychotiques. La résidence 5927 Viau se spécialise dans une clientèle de jeunes adultes ayant des troubles psychotiques. La résidence Valdombre se spécialise dans une clientèle présentant des troubles psychotiques et de personnalité avec des problèmes de comportement et d'agressivité. Enfin, la résidence Couture accueille sept résidents présentant une déficience intellectuelle légère à moyenne associée à une problématique de santé mentale.

Le service d'hébergement individualisé

Le service d'hébergement individualisé comprend deux appartements regroupés (les Appartements Poupart et Du Marché), trois appartements relais (l'Épopée, Desjardins, Les Pignons bleus) et un hébergement de chambres regroupées (La Petite Patrie). La clientèle de Poupart et celle de La Petite Patrie proviennent de HLHL et du CHUM et présentent des problématiques de troubles cooccurrents (santé mentale, toxicomanie, itinérance et prostitution) (voir *Développement de nouveaux services*, p. 32). La Petite Patrie est comme un appartement regroupé, à la différence que les appartements n'ont pas de cuisine et qu'un service de cuisine est offert aux résidents deux fois par jour. La clientèle de Du Marché comprend un certain nombre de jeunes personnes avec un diagnostic de schizophrénie pour qui Du Marché

constitue une première expérience d'hébergement dans le réseau de la santé mentale. Enfin, on peut souligner la présence d'une intervenante sur place 35 heures / semaine aux Pignons bleus pour une période de deux ans.

Le service d'hébergement spécialisé

Le service d'hébergement spécialisé comprend trois ressources d'hébergement transitoire et deux résidences de groupe spécialisées. Parmi les hébergements transitoires, la résidence Ste-Claire héberge 9 personnes pour une période de quelques

jours à un maximum de trois mois. La Relance héberge 18 personnes en attente d'une ressource d'hébergement pour une durée excédant généralement trois mois. L'Horizon héberge 18 personnes en attente d'une ressource d'hébergement et préalablement hospitalisées dans les unités de la psychiatrie tertiaire. Plusieurs de ces personnes ont été hospitalisées pendant plusieurs années et ont parfois connu de nombreux échecs de placement. La ressource est située dans une ancienne unité de soin de l'hôpital (HLHL).

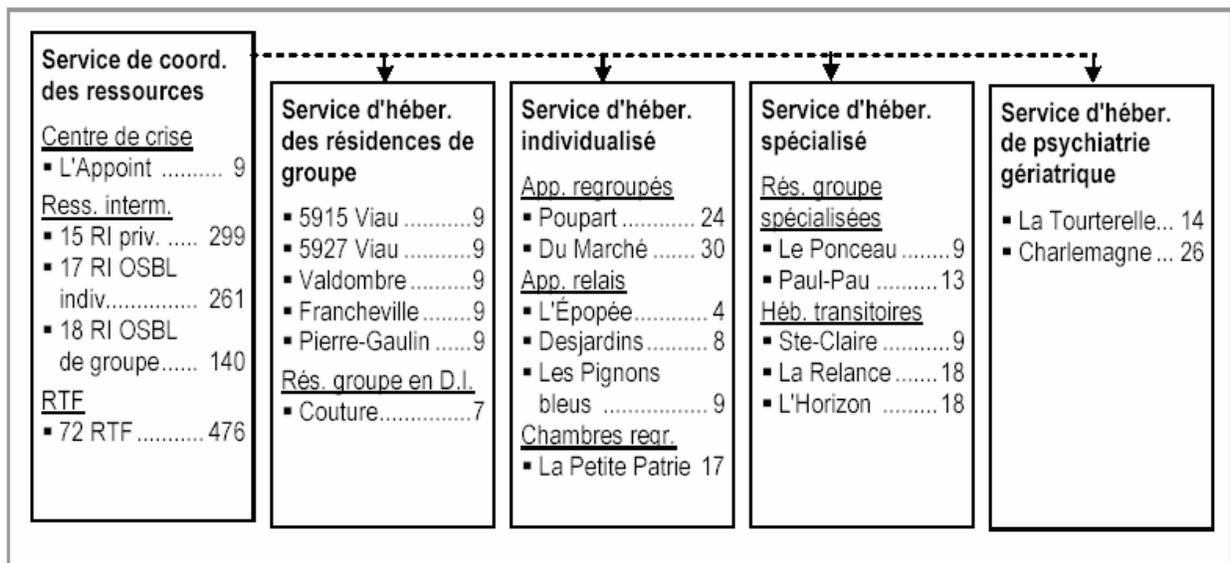


Figure 3 : Structure des services d'hébergement de la DSRHC

Parmi les résidences de groupe spécialisées, Le Ponceau est une résidence située dans la sous-région nord de Montréal et qui accueille jusqu'à 9 personnes présentant des problèmes graves et réfractaires de santé mentale avec des problèmes de comportements associés. Il s'agit dans la plupart des cas de personnes ayant une histoire de longs séjours en milieu hospitalier ou des échecs de placement dans les ressources résidentielles existantes. Établie en 1989, la résidence Paul-Pau est la première résidence de groupe de l'établissement. Elle accueille 13 personnes dans deux duplex attachés. Depuis 2006, sa mission est réorientée vers l'accueil de jeunes personnes âgées de 16 à 20 ans présentant des problèmes de santé

mentale et provenant du réseau de la jeunesse (voir *Développement de nouveaux services*, p. 32).

Le service d'hébergement de psychiatrie gériatrique

Le service d'hébergement de psychiatrie gériatrique comprend deux résidences de groupe: La Tourterelle, inaugurée en décembre 1996, qui accueille 14 résidents en chambres individuelles et Charlemagne, inaugurée en mai 1998, qui accueille 26 résidents, également en chambres individuelles.

Dans les deux dernières années, ces deux ressources ont connu des changements importants de restructuration dans une démarche d'implantation

des valeurs et des principes de la réadaptation psychosociale. Une étude sur le profil de santé physique et mentale de la clientèle âgée des ressources intermédiaires privées et des deux ressources d'hébergement de psychiatrie gériatrique a contribué à orienter cette restructuration (Bisson, Dionne et Ricard, 2004). Le rapport de l'étude relatait, entre autres, que les incapacités des résidents étaient bien palliées par les ressources, mais que certains besoins au plan de la réadaptation et de la réhabilitation étaient moins bien comblés, ce qui pouvait avoir une incidence sur l'autonomie des personnes et leur qualité de vie.

L'objectif a été de réviser le mode de pratique pour accroître les interventions visant à stimuler les personnes ainsi qu'à favoriser leur autonomie et leur épanouissement personnel et social. Alors que les résidences fonctionnaient auparavant davantage dans une perspective de soins, les changements ainsi amenés leur permettent maintenant de fonctionner davantage dans une approche de milieu de vie, ce qui est plus propice à encourager le développement et le maintien de l'autonomie des personnes. Cette révision de la mission du service a, en outre, permis d'orienter ses services vers une nouvelle clientèle. Alors que l'âge et la présence de troubles psychiatriques étaient auparavant les seuls critères d'admission au service, la clientèle actuelle se compose de personnes ayant des troubles psychiatriques sévères et persistants associés à un profil gériatrique. Donc, cette clientèle éprouve des difficultés au plan de la santé physique et psychiatrique, souvent associées à des troubles du comportement, ainsi que des difficultés d'assiduité au traitement et d'autonomie limitée dans les activités de la vie quotidienne. Enfin, notons que la réflexion se poursuit avec les deux équipes d'intervenants pour approfondir les particularités de l'intervention auprès de cette clientèle spécifique, dans le modèle de la réadaptation psychosociale.

Le service de coordination des ressources

La mission du service de coordination des ressources est d'assurer et de coordonner l'accès à un éventail de milieux résidentiels dans la communauté aux personnes souffrant de troubles mentaux graves, qu'elles proviennent de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (mission sous-régionale), de l'Institut Philippe-Pinel ou de la clientèle régionale en psychiatrie légale. Le mandat du service concerne le développement des milieux résidentiels, leur évaluation et le suivi de la qualité. Le service assume également le suivi et la supervision clinique des ressources d'hébergement sous la responsabilité directe d'organismes sans but lucratif (OSBL) ou de particuliers (c.-à-d. les ressources intermédiaires privées et les ressources de type familial). La gestion du Centre de crise l'Appoint est également sous la responsabilité de ce service.

Le mandat du Centre de crise l'Appoint est de répondre aux situations problématiques qui se présentent aux moments où les équipes de traitement ne sont pas accessibles, le jour, le soir, le week-end et les jours fériés; d'aider la personne en crise à trouver des solutions qui se trouvent le plus près possible de son milieu de vie ; de travailler en réseau intégré avec le centre d'intervention de crise L'Entremise et en complémentarité avec le service des Urgences et les équipes de traitement de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et des établissements psychiatriques de la sous-région Est de Montréal. L'Appoint offre deux types d'intervention: (1) de l'intervention téléphonique, via son centre d'appels, qui permet d'évaluer la demande d'aide et d'orienter la personne à la bonne ressource; (2) de l'hébergement de crise, qui est mis à la disposition de la personne lorsque la crise ne peut être résolue dans son milieu de vie. La durée de séjour à l'Appoint varie selon les besoins et est établie en collaboration avec la personne, le milieu de vie et les intervenants concernés. L'Appoint peut accueillir jusqu'à 9 personnes. Les services d'intervention

téléphonique et d'hébergement sont disponibles 24 heures sur 24 et 7 jours par semaine.

Parmi les milieux résidentiels gérés par des OSBL, on retrouve toute la gamme des ressources de groupes et individuelles, dont les ressources intermédiaires, les milieux résidentiels de groupe, les appartements supervisés, regroupés ou relais, des maisons de chambres et des chambres et pensions. On dénombre au total 354 personnes qui habitent dans ces milieux résidentiels gérés par les OSBL. De celles-ci, 230 résident dans les ressources de l'Échelon, 59 dans les ressources du Mûrier

et 65 dans les ressources de La Traversée. Des ententes de services sont également faites auprès de 15 ressources intermédiaires privées, dans lesquelles logent 299 personnes, et auprès de 72 ressources de type familial où logent 476 personnes. Enfin, des ententes de services sont passées avec quatre OSBL – soit L'Intervalle, L'Entretoît, les Résidences Fleuries et Le Mûrier – pour la gestion de ressources intermédiaires en psychiatrie légale. Au total, 96 personnes logent et bénéficient des services dans ces ressources.

L'intervention vocationnelle

L'intervention vocationnelle se réfère aux services mis en place et aux différentes interventions faites, d'une part, pour définir un projet vocationnel significatif pour la personne, en fonction de ses intérêts et de ses aptitudes, et, d'autre part, pour mettre en place les conditions favorisant la poursuite et la réussite de son parcours professionnel. Les études, le travail et l'emploi sont les principaux champs d'activités visés.

La préparation, l'entraînement et le soutien en emploi

L'accent mis sur le travail en réadaptation se comprend quand on constate que la majorité des personnes ayant des problèmes de santé mentale aspirent à détenir un emploi régulier et rémunéré et que ceux qui ont effectivement un emploi en tirent généralement un grand bénéfice. Il a été démontré que le travail, chez les personnes ayant des problèmes de santé mentale comme chez la population générale, avait un effet bénéfique sur l'estime de soi, le fonctionnement social et la santé mentale (Mueser *et al.*, 1997). Or, on sait que la grande majorité des personnes avec des problèmes de santé mentale reste malgré cela sans emploi;

l'étude de Jacobs *et al.* (1992) rapporte des proportions de 75 % à 90 %.

De nombreuses approches ont été développées et appliquées pour soutenir les personnes avec des problèmes de santé mentale dans leur volonté de travailler. Avec les premières approches, il était convenu que les personnes s'engagent initialement dans un processus relativement long de préparation à l'emploi: ateliers protégés, unités de travail de préparation professionnelles, emplois réservés, entreprises dirigées par un organismes de santé mentale ou emplois de transition (Becker et Drake, 2004). Ces programmes mettaient l'accent sur une progression graduelle de préparation à l'emploi, sur la supervision étroite des usagers ainsi que sur des attentes relativement modestes quant aux possibilités des personnes de se trouver et de maintenir de véritables emplois. Toutefois, comme le soulignent Becker et Drake, et avant eux Bond (1998), ces approches transitionnelles comportent de nombreuses lacunes: (1) en raison de leur structure étagée, elles posent des problèmes de motivation; (2) les tâches ne correspondent souvent ni aux préférences ni aux aptitudes des personnes; (3) les habiletés utilisées ne sont généralement pas celles qui seront requises dans les véritables emplois; (4) il n'a pas été démontré

que ces expériences de formation aident à trouver et à maintenir des emplois compétitifs.

Par ailleurs, une nouvelle approche, centrée sur le principe de soutien à l'emploi, a émergé vers le milieu des années 80 aux États-Unis et semble être devenue aujourd'hui le modèle dominant en réhabilitation vocationnelle. Cette approche implique de trouver des emplois compétitifs (c.-à-d. des emplois rémunérés sur le marché du travail pour lesquels toute personne peut postuler) aux clients sans préparation particulière et ensuite de leur fournir le soutien nécessaire pour qu'ils maintiennent leur emploi (Bond, 1998). Dans ce courant, le modèle *Individual Placement and Support* (placement et soutien individuels) est certes le modèle le plus connu et le plus évalué. Six principes le définissent: (1) l'objectif est de trouver un emploi compétitif sur le marché du travail; (2) les clients obtiennent des emplois directement, plutôt que de suivre un long parcours de préparation; (3) le soutien à l'emploi est intégré au traitement en santé mentale; (4) les services sont basés sur les préférences des clients; (5) l'évaluation globale et continue du client est faite à partir de son expérience de travail; (6) le soutien est continu et fourni aussi longtemps que nécessaire (Bond, 1998). Les résultats d'études ont démontré de façon systématique que le soutien en emploi est plus efficace pour l'obtention d'emplois réguliers et le revenu que les approches plus graduelles de préparation à l'emploi (pour une recension, voir Crowther *et al.*, 2001). Des études ont également montré que le soutien en emploi avait des effets plus modestes, bien que significatifs, sur d'autres domaines de fonctionnement tels que le fonctionnement social, les symptômes psychiatriques et l'estime de soi (Mueser *et al.*, 1997; Bond *et al.*, 2001).

Ceci dit, il faut souligner que la plupart des études sur le soutien en emploi ont été conduites aux États-Unis dans le contexte qui leur est propre. Aussi, comme le rapportent Latimer et Lecomte (2002), les prémisses et les conditions sur

lesquelles repose le modèle de soutien en emploi ne sont pas nécessairement rencontrées dans le contexte québécois, notamment en ce qui a trait aux législations relatives à l'emploi, aux protections sociales et aux programmes liés à l'emploi des personnes handicapées. Dans les faits, deux facteurs majeurs peuvent nuire à l'implantation de programmes de soutien en emploi au Québec et réduire les incitatifs pour les usagers d'obtenir un emploi compétitif (Latimer et Lecomte).

D'une part, les politiques et règlements du ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille (MESSF) offrent peu d'incitatifs pour les personnes voulant retourner en emploi. En effet, après 48 mois en emploi, les personnes perdent leur carnet de réclamation qui comprend, entre autres, les coûts liés à l'assurance médicament. D'autre part, les règlements de la sécurité du revenu font en sorte qu'une personne ayant des contraintes sévères à l'emploi ne peut gagner plus de 120 \$ par mois sans pénalité. Au-delà de cette somme, elle voit ses prestations diminuer du revenu gagné. De plus, lorsque la personne gagne le salaire minimum, elle ne voit pas sa situation financière s'améliorer de façon significative compte tenu des frais reliés au travail (transport, vêtements, etc.). Il est donc primordial que ces politiques sociales soient revues pour faciliter l'intégration en emploi des personnes ayant un trouble grave de santé mentale.

Il existe, au Québec, des entreprises qui embauchent des personnes ayant un trouble grave de santé mentale. Il y a d'abord les centres de travail adaptés, créés et subventionnés par l'Office des personnes handicapées du Québec, qui favorisent l'insertion et le maintien en emploi des personnes handicapées. À ce titre, on peut citer *Le Sextant*, qui se spécialise en entretien ménager et dans la manufacture de papeterie de bureau, et *Le Transit*, qui a développé des services de gardiennage et d'emballage de produits équitables. Il y a également les entreprises sociales, développées

selon les modèles européens et subventionnées en partie par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), tels le *Projets Part* qui a développé des services de traiteur, de restauration et de production de plats congelés ainsi que *Collection Innova* qui fabrique des vêtements adaptés. Ces entreprises sont des organismes à but non lucratif dans lesquelles des travailleurs siègent au conseil d'administration et participent aux décisions et orientations de l'entreprise.

Le soutien aux études

Lauzon, dans un numéro spécial du *Partenaire* (2003), présentait les principaux modèles de soutien aux études. Deux de ces modèles mettent l'accent sur le soutien à la poursuite d'études dans les établissements scolaires réguliers: le modèle de soutien en établissement, qui offre ses propres services de soutien aux études, et le modèle d'équipes mobiles, dans lequel des équipes d'intervenants se déplacent et offrent du soutien dans les milieux. Deux autres modèles s'apparentent plus à des programmes de préparation aux études ou à des formations académiques adaptées, soit le modèle de soutien en classe et le modèle de soutien en groupe.

Au Québec, une recherche action a été menée en 2001-2003 par Le Pavois dans la ville de Québec sur le soutien aux études par une équipe mobile (Le Pavois, 2004a, 2004b). Les résultats, bien que basés sur un petit échantillon, ont montré que les interventions de soutien aux études avaient un effet positif sur les étudiants. À Montréal, les responsables de *Prise II*, un organisme communautaire qui a reçu le mandat régional pour le soutien aux études aux niveaux collégial et universitaire, ont observé un besoin grandissant pour ce type de service tant chez la clientèle que dans les établissements.

De nombreux obstacles existent à la poursuite des études chez les personnes ayant des problèmes de santé mentale. L'étude du *Pavois* en a relevé plusieurs et a émis 17 recommandations de

modifications aux politiques et règlements du MESSF, du Ministère de l'Éducation, des Loisirs et des Sports (MELS) et du MSSS. Entre autres, il a été recommandé que les personnes recevant des prestations de la sécurité du revenu puissent suivre plus de deux cours par session sans atteinte à leurs prestations et que les personnes ayant un trouble grave de santé mentale soient reconnues par le MELS comme des personnes handicapées et puissent se prévaloir des mesures d'accommodations et du régime de prêts et bourses pour les étudiants ayant un handicap reconnu.

Le service des programmes de réadaptation vocationnelle

Depuis 2002, la DSRHC a entrepris de réviser les services de réadaptation par le travail, afin de développer des programmes selon les meilleures pratiques et en réponse aux besoins ayant émergé des différentes consultations tenues auprès des usagers et des partenaires (Malo et Gélinas, 2003; Alexandre, Gauthier et Righi, 2004).

Le but du Service des programmes de réadaptation vocationnelle (SPRV) de la DSRHC est de soutenir toute personne souffrant de trouble mental grave dans la poursuite et la réussite de son parcours vocationnel. Le Service comprend quatre programmes (Figure 4): (1) le programme d'entraînement et de préparation à l'emploi (PEPE); (2) le programme de soutien au travail et à l'emploi (PSTE); (3) le programme de soutien aux études (PSÉ); (4) le programme de soutien à la formation professionnelle (PSFP).

Ces programmes s'adressent aux adultes de 18 ans et plus aux prises avec un trouble grave, complexe et réfractaire de santé mentale, qui ont un suivi médical et un intervenant pivot. Le SPRV offre un accès régional et est accessible aux personnes référées par un des partenaires du service: l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, les établissements du RUIS de l'Université de Montréal et des CSSS francophones et les organismes partenaires d'insertion et de soutien à l'emploi et aux études.

Le modèle d'intervention retenu est le modèle vulnérabilité-stress-compétences développé par Nuechterlein et al. (1994) et adapté par Lecomte et Leclerc (2004). Ce modèle permet d'identifier les facteurs chez la personne et dans son environnement qui facilitent ou freinent son parcours vocationnel. Il permet également de cibler les interventions et les adaptations requises en milieu de travail pour soutenir la personne.

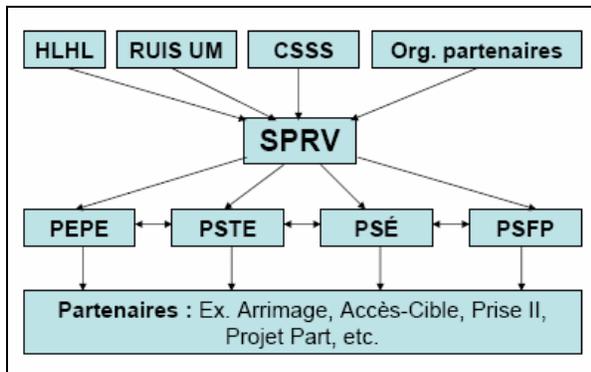


Figure 4 Structure des programmes du SPRV

Le Programme d'entraînement et de préparation à l'emploi a pour buts de préparer la personne à occuper un emploi, de développer ses compétences personnelles en lien avec le rôle de travailleur (comportements et attitudes) et d'améliorer son potentiel de travail (habiletés et capacités). Parmi les activités proposées et en développement, on note: (1) un suivi individualisé par un éducateur spécialisé; (2) un programme de production situé au *Centre Angus* pour une capacité d'accueil de 30-40 personnes; (3) des stages dans différents milieux de travail; (4) un partenariat avec des organismes d'intégration en emploi (ex. : *Collection Innova*, *Le Transit*, *Le Sextant*); (5) des services d'orientation et de *counseling* sur demande; (6) un partenariat avec le *Centre de soutien à l'intégration sociale*, pour l'accès à des programmes d'amélioration des compétences sociales et du fonctionnement cognitif. La participation à ce programme est d'une durée limitée.

Le Programme de soutien au travail et à l'emploi a pour buts de favoriser l'intégration et le maintien en emploi par du soutien à la personne et à son environnement de travail. Cela se fait par des rencontres avec les personnes concernées – le travailleur, le patron et les collègues – et la recherche de solutions et de stratégies communes pour favoriser l'intégration et le maintien en milieu de travail. Cela comprend aussi des activités de promotion et de prévention dans les milieux de travail. Parmi les activités proposées et à développer, on note: (1) les interventions directes dans les milieux de travail selon le plan d'intervention de la personne; (2) les partenariats avec les organismes communautaires qui font de la recherche, de l'intégration et du maintien en emploi, tels *L'Arrimage* et *Accès Cible*; (3) les partenariats avec les organismes qui offrent des emplois spécifiquement aux personnes ayant des troubles mentaux graves tels *Collection Innova*, *Le Sextant*, *Le Transit* et *Projets Part*.

Le Programme de soutien aux études a pour buts : (1) de favoriser et soutenir le retour et la poursuite des études tant académiques que professionnelles dans les établissements réguliers du réseau de l'éducation; (2) de permettre aux personnes d'effectuer des choix correspondant à leurs aspirations et capacités; (3) d'informer les personnes sur les différents parcours académiques et professionnels; (4) de préparer la personne à entreprendre des études et l'aider à analyser son dossier académique avec les ressources concernées. Parmi les activités proposées, on note: (1) le suivi et les interventions individuelles dans les milieux d'éducation selon le modèle de l'équipe mobile développé par *Le Pavois* à Québec; (2) des services d'orientation et de *counseling*; (3) des partenariats avec *Prise II* pour le soutien aux études aux niveaux collégial et universitaire, avec *Le PartCours* pour une formation adaptée de niveau secondaire et avec d'autres milieux scolaires au besoin; (4) l'accès à un centre de documentation.

Le Programme de soutien à la formation professionnelle a pour buts: (1) de permettre l'acquisition de compétences spécifiques et génériques pour exercer un métier selon une formation adaptée; (2) d'obtenir un emploi sur le marché régulier du travail. Les activités proposées sont: (1) le soutien, selon le plan d'intervention individualisé; (2) un programme d'insertion socio-professionnelle (ISP) du MELS d'une durée de 900 heures offert en partenariat avec le Centre Paul-Gratton de la Commission scolaire de la

Pointe-de-l'Île; (3) des services d'orientation et de *counseling* sur demande; (4) un suivi post-programme.

Notons, par ailleurs, que chacun de ces programmes comprendra en outre dans sa gamme d'activités des projets de recherche et d'évaluation pour documenter les résultats du programme ainsi que des références aux autres programmes du SPRV ou aux partenaires.

L'intervention au Centre de soutien à l'intégration sociale

Les services de réadaptation offerts en centre de jour externe existent depuis près de 20 ans à l'Hôpital L.-H. Lafontaine. Dans la dernière année, la réorganisation de services qui touche à la fois l'ensemble du réseau de la santé, notre institution et notre Direction a nécessité des modifications dans la définition de ces services, notamment aux niveaux du profil de la clientèle desservie et de la prestation de services offerts. Globalement, l'offre de services du Centre de soutien à l'intégration sociale (CSIS) s'adresse à des personnes adultes atteintes de troubles mentaux graves ayant une incidence majeure sur les sphères du fonctionnement. À ces troubles peuvent s'ajouter des problématiques concomitantes de toxicomanie, d'itinérance et de prostitution. Ces personnes ont besoin de services de 2^e et 3^e lignes dans l'axe du continuum traitement-réadaptation-réhabilitation. La prestation de services est actualisée en complémentarité et en partenariat avec les services d'hébergement et le service des programmes de réadaptation vocationnelle de la DSRHC.

La mission du CSIS

La mission du Centre est d'élaborer et d'actualiser une programmation visant l'intégration sociale des personnes. Elle est constituée de programmes spécialisés de réadaptation dans lesquels

l'approche de groupe et les activités d'apprentissages thérapeutiques et éducatives tiennent une place prépondérante. Ces programmes ont un caractère transitoire et la durée d'intervention est fonction de la réponse de chaque individu à l'approche proposée.

Ces particularités nous ont incités à nommer cette ressource *Centre de soutien à l'intégration sociale* (CSIS) afin de la distinguer de l'appellation de centre de jour utilisée plus couramment pour différentes clientèles et différents services dans le réseau des services de santé et des services sociaux.

Valeurs prônées dans le modèle de service du CSIS

Les valeurs prônées dans le modèle de service du CSIS s'inscrivent directement parmi les valeurs de la RP mises de l'avant dans ce cadre de référence. L'accent est mis ici sur les besoins de la personne, le respect des droits et la croyance dans le potentiel des personnes. On insiste aussi sur l'importance du lien thérapeutique et des liens significatifs, incluant l'entraide entre pairs. Enfin, au cœur de toute participation aux activités du CSIS, réside la nécessité de la participation active de la personne dans son ou ses projets de réadaptation.

Les objectifs du CSIS

Le premier objectif du CSIS est de donner les moyens à la personne et de la soutenir afin qu'elle puisse s'intégrer de façon optimale dans la communauté en fonction de ses besoins, de ses capacités et de son rythme. Ceci implique l'élaboration d'une programmation diversifiée, souple et centrée sur les besoins de la personne. Il s'agit également de favoriser le travail en partenariat avec les intervenants impliqués dans le suivi des personnes et d'offrir un milieu de vie ouvert, dynamique et soutenant.

Le second objectif général vise à promouvoir et à soutenir les initiatives des personnes dans leur processus d'intégration sociale. Ceci se fait en les impliquant dans l'élaboration de l'offre de service du Centre et en les aidant à gérer des projets favorisant leur intégration sociale.

Le troisième objectif est de soutenir les milieux d'intervention dans leurs actions auprès des personnes. Ceci consiste à présenter des programmes d'information et de formation adaptés à la réalité des milieux demandeurs, à leur assurer un soutien clinique et à créer des lieux d'échanges et de discussions entre partenaires.

Le modèle vulnérabilité-stress-compétence

Les activités offertes dans les programmes d'apprentissages ont été choisies afin de favoriser, d'une part, l'émergence d'une barrière de protection contre la maladie et, d'autre part, le développement d'habiletés et d'une connaissance constructive de soi utiles à l'exercice de la citoyenneté. Ces habiletés font appel à la connaissance et à la gestion de soi (ex. : gestion du stress, des émotions), à la résolution de problèmes, aux habiletés sociales et aux stratégies d'adaptation.

Cette approche s'inspire du modèle vulnérabilité-stress-compétence développé par Nuechterlein *et al.* (1994) et adapté par Lecomte et Leclerc

(2004), qui décrit le processus par lequel une vulnérabilité, qu'elle soit de nature génétique, développementale ou autre, lorsqu'elle est mise en interaction avec des facteurs de stress importants ou quotidiens, déclenche une réponse symptomatique. Mais celle-ci peut être évitée, et la vie sociale et communautaire maintenue, chez les personnes ayant un registre de facteurs de protection efficaces (Lecomte et Leclerc, 2004).

L'orientation vers les solutions

Milton Erickson a été l'un des pionniers de cette approche. Il s'agit d'une méthode qui s'appuie sur les compétences des personnes plutôt que sur leurs insuffisances, sur leurs points forts et leurs aptitudes plutôt que sur leurs faiblesses et leurs limites. Elle s'intéresse en premier lieu à la recherche de solutions – même si celles-ci paraissent difficiles et éloignées – et au moyen de les atteindre. Elle s'efforce de produire des changements dans la manière d'appréhender les choses et la façon d'agir des clients, changements qui mènent à la résolution des problèmes. Elle s'oriente vers une vision constructive de l'avenir, sur l'importance donnée aux forces et aux capacités du client et sur une représentation claire des résultats escomptés (O'Hanlon et Weiner-Davis, 1989).

Les profils de clientèle

Les services du CSIS sont organisés par programmes spécifiques en fonction de trois types de clientèles définis selon un axe allant de la réclusion sociale au plein exercice de la citoyenneté.

Réclusion → Exclusion → Citoyenneté

Cette typologie s'inspire du consensus sur la réadaptation psychosociale adopté par l'OMS (1995) concernant la notion de citoyenneté:

«La réadaptation psychosociale est un processus qui permet à un individu souffrant de troubles mentaux d'atteindre un fonctionnement autonome optimal dans la communauté

et, par conséquent, **d'être un citoyen à part entière**. Cela veut dire à la fois améliorer les compétences de l'individu et apporter des changements à l'environnement afin de créer une qualité de vie acceptable.»

Le premier profil, la réclusion sociale, concerne les personnes qui vivent un isolement social très important. Leur identité s'est construite principalement autour d'une prise en charge par d'autres qu'eux-mêmes. Pour ces personnes, l'offre de services vise la mobilisation, la remotivation, la prise de conscience graduelle de leurs capacités et la reprise de leur pouvoir d'agir.

Le profil exclusion sociale concerne les personnes dont l'adaptation aux différents contextes s'actua-

lise par une implication significative mais partielle dans la communauté et leur réseau naturel. Elles ont parfois la particularité de s'identifier en s'opposant de diverses façons à la norme. L'offre de services pour ces personnes s'appuie sur l'effet rassembleur de l'appartenance au groupe et sur l'alliance thérapeutique. L'ajout d'activités d'apprentissage plus structurées ne se réalise que dans un deuxième temps si la personne le juge nécessaire.

Le troisième profil concerne les personnes qui exerçaient des rôles socialement valorisés dans un passé récent et les personnes qui sont intéressées par une démarche plus avancée de développement d'habiletés psychosociales.

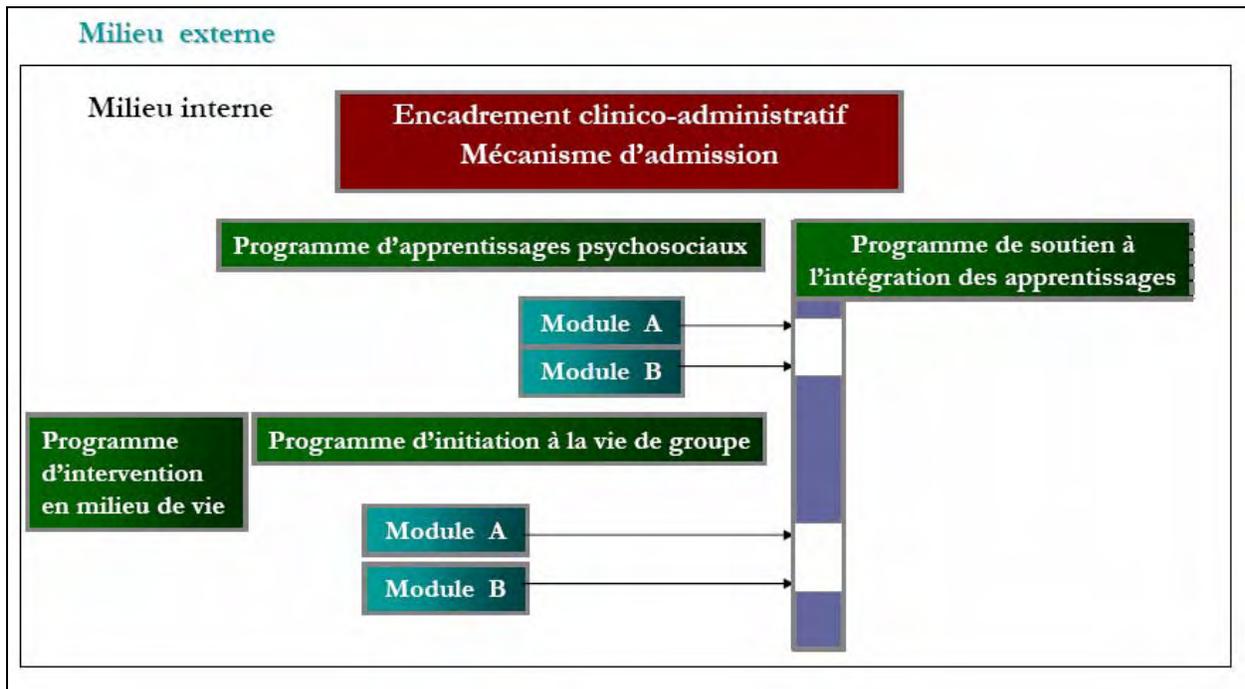


Figure 5 Structure des programmes du CSIS

Les programmes spécifiques

La programmation du CSIS est constituée de quatre programmes (figure 5). Deux programmes d'apprentissages en forment la partie centrale et deux autres se situent en périphérie. Les deux programmes d'apprentissage visent à donner les moyens aux personnes et à les soutenir pour

qu'elles puissent s'intégrer de façon optimale dans la communauté. L'orientation vers l'apprentissage vise à favoriser le développement de compétences comportementales, affectives et cognitives utiles à l'insertion. Ces programmes proposent différents modules portant sur le savoir-faire et le savoir-être et tiennent compte des besoins, des capacités et du rythme des personnes.

Le programme d'initiation à la vie de groupe

Ce programme est constitué de deux modules (A et B) ayant trois objectifs spécifiques communs, mais s'adressant à deux types de clients. Le module A est destiné aux personnes présentant un profil de réclusion sociale, tandis que le module B s'adresse aux personnes confrontées à une problématique d'exclusion sociale avec ou sans trouble concomitant. Les trois objectifs spécifiques sont: (1) développer les habitudes à la vie de groupe, les habiletés cognitives et sociales de base et les sentiments de compétence sociale et d'estime de soi; (2) sensibiliser la personne aux facteurs de protection susceptibles de favoriser l'équilibre mental; (3) favoriser l'appropriation et l'actualisation du pouvoir d'agir de la personne sur son quotidien.

Le programme Apprentissages psychosociaux

Ce deuxième programme d'apprentissage a les mêmes objectifs que le programme d'*Initiation à la vie de groupe*, mais vise en outre le développement de la connaissance de soi et des habiletés interactionnelles. Ce programme est ouvert à toute personne qui recherche une démarche de thérapie d'apprentissages plus développée. Il offre également deux modules. Le module A s'intéresse à la clientèle présentant une vulnérabilité cognitive plus marquée dont les besoins perçus font appel à une approche plus structurée. Le module B vise la clientèle éprouvant des difficultés de régulation émotionnelle, mais qui a des assises cognitives plus solides.

Le programme d'intervention en milieu de vie

L'objectif général de ce programme est de soutenir les milieux de vie dans leurs actions auprès de la clientèle. Deux volets sont définis. Le premier, à caractère plus spécialisé, concerne les besoins liés à l'évaluation. Cela inclut l'évaluation de l'autonomie résidentielle et de l'organisation du milieu de vie ou des obstacles empêchant l'accès aux ressources de la communauté.

Le second volet est plus centré sur l'intervention et vise à surmonter un obstacle concret à la satisfaction d'un désir ou d'un besoin d'insertion communautaire. Ce besoin peut être lié à l'utilisation d'une ressource externe, à l'entraînement au transport en commun, à l'identification d'un lieu d'actualisation ou au soutien technique à une inscription.

Le programme de soutien à l'intégration des apprentissages

Ce programme d'activités se situe à l'interface des programmes d'apprentissages et de la communauté. Son objectif général est de promouvoir et soutenir les projets d'intégration communautaire d'une personne ou d'un groupe de personnes de notre clientèle. Ce projet peut prendre différentes formes et être ou non subséquent à un passage dans un des programmes d'apprentissage. Le programme offre deux catégories d'activités pour favoriser le rétablissement: les activités spécifiques et les projets génériques.

Les activités spécifiques

Ces activités sont offertes dans le cadre de chacun des modules des programmes d'apprentissage. Elles en constituent la phase terminale ou de sortie afin de préparer le projet d'insertion communautaire de la personne. La nature des activités offertes dans chaque module est le reflet du profil de clientèle auquel il est rattaché.

Les projets génériques

Suite à une étape exploratoire, toute personne en lien avec la mission du Centre a accès à trois types de projet.

(1) *Groupe de rencontre sur l'expérience du rétablissement.* Cette approche vise à explorer l'expérience quotidienne de l'insertion communautaire et du rétablissement. Elle s'appuie sur une relation thérapeutique établie et l'aboutissement d'un contrat thérapeutique s'actualisant dans la communauté.

(2) *Dans et avec la communauté.* Il s'agit d'un projet de vie visant à développer l'appartenance au groupe par des activités ludiques, sportives et éducatives. Celles-ci servent de véhicule pour la personne dans son passage d'un lieu de transition à un milieu communautaire. Le projet s'appuie sur des valeurs relatives au plaisir d'être actif avec d'autres personnes et à l'aide naturelle des gens du milieu, y compris les pairs.

(3) *Par et avec le groupe.* Ce projet s'inspire de la philosophie des groupes d'entraide. L'objectif est de favoriser l'émergence d'un esprit d'entraide pouvant s'actualiser dans la communauté ou contribuer à améliorer la qualité des services que nous offrons. Par leur participation à différents comités, les personnes intéressées peuvent contribuer à l'élaboration de différents projets. On peut penser ici à un comité sur la satisfaction des services offerts au Centre, à la préparation d'une activité à l'extérieur ou bien à la mise sur pied d'un groupe d'entraide.

Le parcours thérapeutique

L'intervention de groupe présente plusieurs avantages par rapport à l'intervention individuelle. Bien qu'elle soit centrée sur certaines tâches comportementales, cognitives ou émotives, elle favorise l'émergence de comportements et de réponses appropriés par un processus d'autorégulation et une cohésion de groupe qui créent un sentiment d'appartenance et d'entraide (White, 2000).

Le défi du CSIS consiste à offrir une approche de groupe tout en favorisant une relation thérapeutique individualisée. Cette approche peut être personnalisée à différents moments du parcours de la personne. En voici des exemples.

- Lors de l'analyse de la demande de services, les données de la référence permettent d'ébaucher un premier profil de la personne et

d'envisager une orientation vers un programme spécifique.

- Dans la phase d'entrée, la façon d'être et de faire de la personne en entrevue initiale et dans son exploration des activités de groupe indique aux intervenants comment ils peuvent se comporter pour favoriser la réussite.
- Dans la phase d'apprentissage, la contribution de la personne dans son choix d'objectifs et la façon dont elle s'y prend pour réaliser son projet de vie l'amènent à une plus grande appropriation de son pouvoir d'agir.

Le retour sur l'expérience vécue, qui s'exprime par des mots, des attitudes et des comportements uniques à chaque individu, est la pierre angulaire du projet thérapeutique. Une relation thérapeutique s'instaure par la rencontre et la communication. Donner à la personne la parole, être à son écoute, laisser à la représentation le temps d'opérer sont des incontournables d'une approche centrée sur la personne. Cette méthode indique assez tôt à la personne qu'elle a un pouvoir dans son cheminement. Ce pouvoir, elle le met en branle et peut le constater dès qu'elle exprime ses besoins, ses désirs et les façons dont les intervenants peuvent l'aider. C'est à l'intérieur de cette trame d'informations qu'une relation thérapeutique pourra évoluer.

En conclusion, le CSIS offre un amalgame d'activités thérapeutiques et éducatives à caractère réadaptatif dans un lieu transitionnel qui vise le rétablissement et l'intégration sociale. Ce lieu permet à la personne, à l'intérieur d'un cadre thérapeutique, d'explorer les dimensions de sa vie intérieure et d'ajuster progressivement ses conduites à la lumière de son expérience et de ses échanges avec ses pairs et les intervenants. Par son apport, le Centre souhaite soutenir la personne dans son projet de changement et être un témoin significatif de ses efforts et de ses progrès.

L'infrastructure de recherche et de soutien à la pratique

Les objectifs de l'infrastructure de recherche et de soutien à la pratique

Le but central de l'infrastructure de recherche et de soutien à la pratique à la DSRHC est **le soutien et l'amélioration de nos services et pratiques d'intervention**. Ceci se fait, d'une part, par les processus d'évaluation mis en place, qui visent une meilleure connaissance de notre clientèle, de nos processus et modes d'intervention. Mieux connaître la clientèle, ses besoins, ses forces et ses difficultés permet de mieux répondre à ses besoins et à ses aspirations de développement. De plus, mieux connaître nos processus et modes d'intervention permet de les jauger, de les adapter ou de les modifier en fonction des meilleures pratiques et des pratiques émergentes en réadaptation psychosociale.

L'amélioration se fait, d'autre part, par le regard critique sur nos services et pratiques, par la mise à jour constante de nos connaissances sur les meilleures pratiques et les pratiques en émergence en réadaptation psychosociales, par les activités de supervision clinique ainsi que par la mise sur pied et la réalisation de projets de recherche-action ou de développement organisationnel visant l'amélioration des pratiques ou le développement de nouveaux services mieux adaptés aux besoins d'une clientèle en constant changement. Cette amélioration des pratiques se fait par la participation active des usagers, des intervenants, des gestionnaires et des conseillers cliniques de la Direction à la transformation de nos services via différents comités et projets. Dans ce chapitre, nous examinerons en détail ces deux axes de développement que sont l'évaluation et l'amélioration des pratiques, en y décrivant les différents projets et comités mis en place pour les réaliser, et décrirons le service de supervision

clinique, qui relève à la fois de l'évaluation et de l'amélioration des pratiques.

L'évaluation

L'évaluation à la DSRHC prend de multiples formes. Premièrement, il y a la démarche d'agrément menée aux trois ans sous l'égide du *Conseil canadien d'agrément des services de santé* (CCASS) à laquelle participe notre établissement et notre Direction. Cela implique la participation active de tous les gestionnaires et de tous les intervenants de la Direction à un exercice d'examen de nos pratiques dans une visée d'amélioration continue des services. La méthodologie d'évaluation employée dans cette démarche, les buts visés par notre Direction ainsi que les résultats quant à l'atteinte de ces objectifs sont bien décrits dans les rapports fournis au CCASS au cours des dernières années (DSRHC, 1998, 2001, 2004).

Deuxièmement, une approche d'évaluation vient de projets spécifiques d'évaluation de programme menés dans certaines ressources de la Direction. Cette approche s'inscrit plus particulièrement dans des visées et une méthodologie de recherche. On y utilise généralement des outils d'évaluation standardisés et des méthodes d'analyses qualitatives et quantitatives rigoureuses. Par cette approche, on tente généralement de décrire l'implantation du programme, les services effectivement dispensés, la clientèle et les retombées du programme (voir *La réalisation des projets de recherche*, p. 31).

Troisièmement, une approche concerne l'utilisation continue d'outils d'évaluation pour les fins d'évaluation et d'intervention. D'une part, cela comprend les divers formulaires, questionnaires et outils de travail utilisés par les intervenants dans leur pratique quotidienne d'intervention. À cet égard, une démarche a été menée dans la dernière année pour standardiser et rationaliser ces outils,

faire en sorte que les mêmes outils soient utilisés dans chaque ressource de la Direction, qu'ils soient inscrits au *Dossier soins et services* de l'utilisateur et soient transmis aux archives de l'hôpital. D'autre part, une démarche a également été entreprise en 2005-2006 pour développer une batterie standardisée d'outils d'évaluation pour les fins de gestion, de recherche et d'évaluation des services et de la clientèle. C'est ainsi qu'a été développé l'*Outil d'évaluation en réadaptation psychosociale* (OÉRP), qui comprend huit outils de mesure spécifiques: (1) un questionnaire clinico-administratif; (2) le CIRSG, qui fournit un bilan de santé de l'individu; (3) le Questionnaire des besoins en réadaptation psychosociale (QBRP), qui permet d'évaluer les besoins de la personne et ses objectifs de développement; (4) l'HoNOS, pour évaluer les symptômes psychiatriques et les problèmes de fonctionnement; (5) le Relevé de consommation d'alcool et de drogues; (6) l'échelle de comportements agressifs du Riverview; (7) l'Échelle de satisfaction des domaines de vie, qui est une mesure de qualité de vie; (8) et une échelle d'appropriation du pouvoir d'agir (*empowerment*). L'OÉRP vise à doter la Direction d'outils de mesure standardisés, validés et rigoureux pour recueillir de l'information clinique sur la clientèle desservie par ses services et ainsi pouvoir répondre à plusieurs questions relatives à la clientèle (son profil clinique, son évolution clinique) et à nos services, notamment en ce qui concerne les retombées de nos interventions et de notre programmation en réadaptation sur la clientèle.

Les outils inclus dans l'OÉRP, et tout particulièrement le *Questionnaire des besoins en réadaptation psychosociale* (Bisson et Goulet, 2005), ont été sélectionnés et conçus pour être non seulement des outils d'évaluation, mais aussi des outils cliniques faisant partie intégrante d'une démarche d'intervention centrée sur le rétablissement de la personne. Ils visent à évaluer les multiples facettes de la personne, et leur meilleure connaissance fournit autant de prises à

l'intervention. Ces connaissances permettent l'élaboration d'un plan d'intervention centré sur les besoins et les objectifs de la personne qui est fondé sur une compréhension large, positive et solidement établie de la personne et de son fonctionnement.

Par ailleurs, un autre but visé par le développement de l'OÉRP consiste à fournir aux intervenants et professionnels oeuvrant auprès des usagers un **langage commun** leur permettant d'échanger avec un maximum d'aisance, d'objectivité et de compréhension mutuelle sur les problématiques cliniques spécifiques. L'OÉRP permet aux intervenants de mieux se comprendre dans leurs échanges sur la clientèle, notamment en fournissant une méthode pour évaluer le fonctionnement de l'utilisateur dans les multiples sphères de sa vie, en fournissant des définitions et des barèmes précis des niveaux d'autonomie et de besoins, de même que des définitions précises des différents types de besoins ou de problèmes. En outre, comme il est généralement administré par plus d'un intervenant, et dans la mesure du possible dans une optique multidisciplinaire, il favorise ainsi l'échange clinique entre intervenants. Enfin, la notion de langage commun développé par l'usage d'un outil commun devient particulièrement intéressante et utile quand vient le temps d'assurer un transfert harmonieux d'un usager d'une ressource à une autre. Il favorise ainsi la continuité de soins et la collaboration interprofessionnelle et interdirection.

L'amélioration des pratiques

Comme mentionné plus haut, diverses stratégies sont mises en place à la Direction pour améliorer les services. Une d'entre elles est le regard critique sur nos services et pratiques. Un tel regard permet d'évaluer nos services à la lumière de notre cadre de référence, de nos valeurs, mais aussi en fonction des nouvelles connaissances, des meilleures pratiques et des pratiques émergentes en psychiatrie et en réadaptation psychosociale.

Ce regard critique peut se faire de diverses façons, par le service de supervision clinique, par des projets de recherche-action spécifiques ou les activités de différents comités. Par contre, c'est d'abord par son Comité de programmation (CP) que la DSRHC réalise cet objectif. De fait, le CP a été mis en place à la DSRHC en 1993 pour agir comme «courroie de transmission» entre la théorie et la pratique et assurer que les pratiques d'intervention à la DSRHC s'inscrivent le plus possible dans le courant des meilleures pratiques en réadaptation. Cinq objectifs spécifiques sont visés par le CP: (1) mieux connaître les meilleures pratiques en réadaptation psychosociale; (2) développer les moyens de mieux inscrire ces connaissances et modèles de pratiques sur le terrain, dans l'intervention et dans l'organisation des services; (3) faire consensus sur le modèle conceptuel général d'intervention; (4) faire consensus sur les valeurs inhérentes au modèle de services que la DSRHC veut promulguer et véhiculer; (5) offrir une plateforme où les décideurs de la DSRHC et ceux des autres directions de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine peuvent échanger sur les pratiques, dans le but de trouver de meilleures façons d'organiser les pratiques et l'échange interdirection.

Le CP a connu diverses phases de développement depuis sa mise en place en 1993. La première phase, pilotée par le D^r Raymond Morissette de 1993 à 1996, a mené à une grande période de formation des intervenants durant l'année 1995. La deuxième phase, de 1997 à 2002, a impliqué les chefs de services et les responsables cliniques. La troisième phase, de 2003 à 2005, a permis à la Direction d'approfondir ses valeurs face à l'intervention et à la prestation des services de réadaptation psychosociale (valeurs inhérentes au présent cadre de référence) et de se mettre à jour face aux nouvelles connaissances et aux modèles émergents en RP. C'est là qu'une prise de conscience s'est faite sur l'importance du rétablissement en RP et là aussi qu'ont émergé plusieurs projets de recherche et activités de développement des

services. Enfin, la quatrième phase, qui a débuté à l'automne 2005, est orientée vers l'examen critique des différents services et programmes spécifiques de la Direction. Une grille d'évaluation a été conçue et est utilisée au CP pour les fins d'évaluation des programmes. À ce jour, plus de six programmations spécifiques ont été présentées et discutées en CP. Notons que des représentantes de la Direction des soins infirmiers (DSI), de la Direction des services professionnels (DSP) et de la Direction des services cliniques siègent à ce comité et peuvent exprimer, comme tout autre membre du comité, leurs suggestions face aux programmations présentées et discutées. Notons aussi que le CP sert ainsi de plateforme décisionnelle et que les programmations ainsi présentées au CP doivent être modifiées en fonction des suggestions faites au CP.

La réalisation de projets de recherche

Un autre moyen important par lequel la Direction amène des améliorations dans ses services est la réalisation de projets d'évaluation de programme, de projets de recherche et de projets de recherche-action. Par les projets d'évaluation de programme et les projets de recherche, la Direction peut recueillir de l'information sur ses services, ses programmes et sa clientèle, ce qui lui permet ensuite de prendre les meilleures décisions quant aux changements spécifiques à amener pour améliorer ses services. La différence entre évaluation de programme et recherche tient à l'aspect novateur de la recherche, qui vise à contribuer significativement à l'avancement des connaissances scientifiques. L'évaluation de programme est certes utile, mais l'est essentiellement pour les fins du programme évalué. Un exemple d'un projet de recherche récemment mené à la DSRHC est le projet sur «La santé, l'autonomie fonctionnelle et les besoins de soins des personnes âgées résidant dans les ressources intermédiaires privées et les ressources d'hébergement de psychiatrie gériatrique de l'Hôpital Louis- H. Lafontaine» (Bisson, Dionne et Ricard,

2004). Ce projet a permis de renseigner la Direction sur les conditions de santé physique et mentale de sa clientèle âgée en ressources intermédiaires privées et en ressources d'hébergement de psychiatrie gériatrique et ainsi de mieux cibler ses priorités d'actions pour l'amélioration des services à cette clientèle. De fait, des changements importants ont été entrepris dans le Service des ressources d'hébergement en psychiatrie gériatrique suite aux résultats et aux recommandations issus du rapport de recherche. Également, certains résultats à portée plus générale seront éventuellement publiés dans une revue scientifique pour diffuser les connaissances.

D'autre part, les projets de recherche-action visent, quant à eux, non seulement à évaluer les services en place, mais du même coup à créer les changements souhaités dans les services et les pratiques d'intervention. Comme exemple d'un tel projet, nous pouvons citer le «Projet de recherche-action pour l'amélioration des pratiques réadaptatives dans les ressources d'hébergement de la DSRHC», qui est en cours et se poursuivra jusqu'à l'été 2007. Ce projet de recherche a émergé des discussions du Comité de programmation de la DSRHC en lien avec la question des droits des usagers. Il est subventionné par la Fondation de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et constitue une démarche concrète pour améliorer les pratiques réadaptatives dans les ressources d'hébergement de la DSRHC. Le but visé est que chaque ressource d'hébergement examine ses modes de fonctionnement et identifie dans ses pratiques et dans l'organisation de ses services les changements à amener pour mieux respecter les droits des usagers et mieux réaliser les valeurs de la réadaptation psychosociale.

La méthode adoptée est une recherche-action dans laquelle les usagers et les intervenants de chaque ressource d'hébergement sont appelés à participer. Des questionnaires individuels sont administrés à tous les usagers et intervenants dans le but d'obtenir leurs perceptions des situations et

pratiques à améliorer dans leur ressource. Les résultats d'ensemble pour la ressource sont ensuite présentés aux usagers et aux intervenants par le responsable du projet. Ils servent de base à une discussion de groupe pour établir un consensus sur les situations et pratiques à changer et à améliorer au cours de l'année et les moyens à prendre pour le faire. De ces discussions découle un plan d'actions propre à chaque ressource qui précise les changements à réaliser au cours de l'année, les moyens pour les opérationnaliser et le calendrier des activités. Après un an, l'étude sera reprise pour évaluer les changements faits, identifier les facteurs et conditions qui ont pu aider ou nuire à la réalisation des changements prévus et déterminer les situations et pratiques qui pourront être améliorées dans l'avenir. À ce jour, la première phase de l'étude est terminée. Les analyses préliminaires montrent que les taux de réponses sont généralement très bons, soit de 80% chez les intervenants et de 68% chez les usagers. La participation aux discussions de groupe a été très active et dynamique, ce qui témoigne d'une véritable volonté chez les intervenants et les usagers des ressources de participer activement à l'amélioration des services. Un rapport d'étape sera déposé à l'automne 2006 pour décrire les résultats de la première phase du projet, soit la description des problématiques identifiées par les ressources ainsi que les solutions proposées par elles pour améliorer leurs pratiques.

Le développement de nouveaux services

Afin de répondre aux besoins en constante évolution de sa clientèle, de même qu'à la transformation progressive de sa clientèle, la Direction doit constamment modifier son offre de services. Ceci se fait par la modification des services actuels, des programmations spécifiques et le développement de nouveaux services. On peut citer ici quelques exemples de transformations majeures qui ont eut lieu dans l'offre de services de la DSRHC au cours des deux dernières années.

Une d'entre elles concerne les Appartements regroupés Poupart qui, depuis le Défi Accès de juin 2002, reçoivent une clientèle sous-régionale provenant principalement du CHUM. Cette ouverture de service a amené une clientèle plus jeune, dans laquelle plusieurs usagers présentent une cooccurrence de difficultés touchant la maladie mentale, la toxicomanie, la prostitution et l'itinérance. Dans ce contexte, l'équipe des Appartements regroupés Poupart a dû rapidement développer une approche adaptée aux besoins et à la réalité de cette clientèle. Cela a pu se faire avec le soutien d'un conseiller clinique de la Direction et d'une stagiaire en sexologie, et ce pour parfaire les connaissances des intervenants en toxicomanie et développer leurs habilités à travailler auprès d'une clientèle qui pratique le travail du sexe. La complexité clinique que présente cette clientèle a également nécessité un travail de collaboration avec des partenaires du communautaire (Le CRAN, Dans la rue et Cactus) et des cliniques spécialisées telles que Cormier-Lafontaine. Ce travail a mené, en outre, à l'organisation d'un colloque sur les enjeux de la cooccurrence, auquel ont participé plus de 200 personnes (Comité organisateur du Colloque sur la cooccurrence, 2006), qui a été grandement apprécié par les acteurs et organismes oeuvrant dans le milieu des problématiques de cooccurrence au Québec.

Un autre projet actuellement en développement concerne la transformation d'une ressource du Service de l'hébergement spécialisé, la Résidence de groupe Paul-Pau, pour une clientèle de jeunes de 16 à 20 ans. Il est actuellement dans les priorités du MSSS de développer de telles ressources de transition entre les services destinés aux jeunes et ceux réservés aux adultes. Un projet est en cours depuis décembre 2005, qui fait appel à la DSRHC et à la collaboration de l'Hôpital Rivière-des-Prairies et du Centre jeunesse de Montréal-IU, pour élaborer une offre de services visant à répondre aux besoins de la clientèle des jeunes de 16 à 20 ans du Centre jeunesse qui ont des problèmes de santé mentale. Ce projet vise à

faciliter leur transition entre l'adolescence et le stade jeune adulte et entre les services de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte.

Un des enjeux du développement de tels services de transition est lié à l'intégration des services et expertises des organisations impliquées dans le traitement des jeunes et des adultes. Actuellement, plusieurs pistes sont explorées pour favoriser la contribution de chacune des organisations au développement d'une pratique novatrice, notamment au niveau de la formation, du soutien clinique ou de l'accès à des services spécialisés (crise, travail et étude).

Comme exemple d'autres transformations majeures ayant eu cours dans les dernières années à la DSRHC, on peut citer la transformation du Service des centres et modules de réadaptation vers le Service des programmes de réadaptation vocationnelle et le Service du Centre de soutien à l'intégration sociale (décrits plus haut). Cette transformation vise certainement l'amélioration des services et des pratiques à plusieurs niveaux. D'une part, elle fait suite à une large consultation, tant à l'interne auprès des professionnels et des équipes de gestion de l'établissement, qu'à l'externe auprès des multiples partenaires de la Direction sur la question des services de réadaptation (Malo et Gélinas, 2003; Alexandre, Gauthier et Righi, 2004). D'autre part, elle fait suite à une recension exhaustive de la littérature sur les meilleures pratiques en réadaptation psychosociale et s'inspire assurément des meilleures pratiques dans le domaine. Comme résultat, la nouvelle offre de services est plus conséquente à l'ouverture régionale visée par les deux nouveaux services de même qu'aux besoins plus diversifiés de cette clientèle. De plus, ses services et programmes s'orientent davantage dans l'axe des meilleures pratiques, ils répondent mieux aux demandes des usagers et des partenaires et ils s'arriment mieux à l'offre de services des partenaires. Par ailleurs, chacun des programmes spécifiques de ces deux services

comporte un volet évaluatif qui permettra d'évaluer l'implantation effective des services comme prévu et leur impact sur la clientèle. Cela permettra d'avoir un regard critique sur les services et d'amener les correctifs nécessaires pour viser continuellement l'amélioration des services.

Enfin, il faut souligner que chacun des services de la Direction est en perpétuelle transformation et doit s'adapter continuellement aux besoins changeant de la clientèle, aux transformations de la clientèle et à l'évolution des connaissances et des pratiques. Une expression de cela est la spécialisation grandissante des différentes ressources d'hébergement. Cela se fait par l'expertise grandissante des intervenants sur le terrain avec des clientèles spécifiques, par les activités de formation, la participation des intervenants et des gestionnaires à des colloques et des conférences et la mise en place de divers comités où tant les usagers que les intervenants et gestionnaires sont appelés à participer. Enfin, l'examen des programmations des différentes ressources en Comité de programmation permet d'amener des changements significatifs qui visent nécessairement l'amélioration des services et des pratiques. En outre, dans cet exercice d'examen des programmations, les ressources sont appelées à incorporer un volet d'évaluation pour mesurer l'atteinte de leurs buts et jauger les progrès faits, sinon les lacunes à combler pour mieux répondre aux besoins de leur clientèle.

Les comités

Parmi les comités ou activités de la Direction en lien avec le soutien et l'amélioration de nos services et pratiques, on peut mentionner les Journée des responsables de ressource, le Comité de direction, le Comité formation et diffusion de l'information et les Comités de résidents.

Les Journées des responsables de ressource

Les Journées des responsables de ressource sont des journées de formation et de réflexion visant à approfondir les connaissances des responsables de

ressource sur différentes problématiques en lien avec la santé mentale et la réadaptation psychosociale. Ces journées ont lieu tous les six mois et impliquent une vingtaine de responsables de ressource, en plus de deux ou trois gestionnaires et invités spéciaux pour l'animation des journées. À ce jour, les thèmes abordés ont touché aux notions de contrôle dans l'intervention, de stigmatisation et de rétablissement, à la Politique sur les drogues et l'alcool, à l'animation de la vie de groupe, aux changements dans le réseau de la santé et à la réduction des méfaits liés à la consommation de drogues et d'alcool. Il va sans dire que ces journées sont grandement appréciées par les responsables de ressource.

Les Comités de résidents

Les Comités des résidents, présents dans chacune des ressources d'hébergement, ont été décrits plus haut. On peut souligner ici que ces comités sont un plus pour les usagers et pour la Direction et contribuent certainement à leur façon à l'amélioration des services. En agissant comme plateforme de discussion pour les usagers, ils leur permettent d'exprimer collectivement leurs besoins et leurs suggestions afin d'avoir des services répondant mieux à leurs besoins, leurs valeurs et leurs aspirations.

Le Comité formation et diffusion de l'information

Le mandat du Comité formation et diffusion de l'information est d'assurer le retour d'information aux intervenants et aux usagers, d'évaluer les besoins de formation des intervenants, de diffuser notre modèle de pratique ainsi que les résultats de recherche et d'évaluation et de publiciser les présentations et les publications en lien avec la réadaptation psychosociale. C'est, entre autres, à partir de ce Comité que sont organisés les midis de la réadaptation, une activité de formation sur les thèmes de la réadaptation psychosociale ouverte au personnel de l'établissement et au public en général. De telles activités, par leur

impact sur un large public et les liens qu'elles permettent de créer avec les partenaires du réseau de la santé, sont certes un moyen additionnel et non négligeable d'améliorer les services et les pratiques à la Direction.

Le Comité de direction de la DSRHC

Enfin, le Comité de direction de la DSRHC est également en lien avec l'amélioration des services. Bien que son mandat principal soit de voir au bon fonctionnement des multiples aspects administratifs, financiers, logistiques et opérationnels des services de la Direction, il demeure que son existence et son occurrence régulière sont essentielles au bon fonctionnement des services, voire à leur amélioration. Entre autres, aucune décision d'importance concernant des changements à apporter dans les services ne saurait se faire sans passer par ce Comité.

Le Comité de gestion des risques et de la qualité

Le Comité de gestion des risques et de la qualité est responsable de l'application de la politique de gestion des risques et de la démarche d'amélioration continue de la qualité (démarche agrément). À partir de l'analyse des rapports produits sur les différentes activités de la DSRHC (rapport des cadres de garde, rapport des plaintes, rapports d'évaluation des ressources, rapport CSST et rapports des divers comités de travail), le Comité a la responsabilité de faire des recommandations au Comité de direction de la DSRHC. Le Comité a pour mandat :

- d'implanter des mesures pour évaluer la qualité de la prestation des soins et services ;
- de s'assurer des conditions de succès à la réalisation des équipes d'amélioration continue de la qualité (démarche agrément) ;
- de soutenir les mesures visant à prévenir la récurrence des incidents et accidents ;

- de colliger les informations, de dégager des priorités et de faire des recommandations au Comité de direction et aux partenaires ;
- et de prévoir des modalités d'implantation et de suivi concernant la gestion des risques et de la qualité auprès des différents partenaires fournisseurs de services et signataires d'un contrat avec l'établissement.

La supervision clinique

Le Service de supervision clinique de la Direction s'inscrit dans le cadre des fonctions du conseiller clinique de la DSRHC. Il répond plus spécifiquement aux demandes de soutien clinique et de formation complémentaire pour les intervenants. Ce Service est directement inspiré de la perspective du rétablissement (Provencher, 2002) et d'une approche andragogique d'enseignement (Émard et Aubry, 2004) qui se réfère à la réalité personnelle et environnementale de l'apprenant dans le processus de formation.

Les intervenants sont les personnes-clés à partir desquelles s'actualisent les services de réadaptation de la DSRHC. La restructuration de la DSRHC a conduit à des changements organisationnels importants, mais également à l'implantation d'une nouvelle philosophie d'intervention qui implique des connaissances spécifiques et de nouvelles attitudes. Ce modèle clinique repose, entre autres, sur la disponibilité et la capacité des intervenants à établir avec les usagers un lien significatif à partir duquel le processus de réadaptation et de rétablissement pourra s'actualiser. Comme le souligne Provencher, cette nouvelle philosophie implique pour les intervenants un changement fondamental dans leur rôle qui requiert des attitudes génériques telles que l'acceptation inconditionnelle de la personne, la capacité d'établir un climat et un lien de confiance, la croyance dans le potentiel de la personne et une compréhension empathique. L'intervenant joue ainsi davantage un rôle d'agent

facilitateur que celui d'un expert qui oriente et dirige le processus d'intervention.

L'implantation d'une pratique inspirée de la perspective du rétablissement entraîne également une nouvelle définition du cadre des interventions. Par exemple, le fait de délaissier un cadre plus stricte et plus contrôlant pour un cadre plus souple qui tente le mieux possible de s'arrimer aux besoins des usagers peut être plus déstabilisant pour les intervenants et les amener à se questionner davantage sur les liens établis avec les usagers. Cela nécessite pour les intervenants une plus grande responsabilité dans les liens établis avec les personnes.

De plus, le travail d'intervention dans les ressources d'hébergement implique une proximité quotidienne avec la clientèle. Cette particularité fait en sorte que les ressources constituent des lieux privilégiés d'intervention où se multiplient les occasions d'accompagner les résidents dans leur processus de réadaptation et de rétablissement. Par ailleurs, ce travail clinique de proximité nécessite chez les intervenants une capacité de maintenir le lien thérapeutique, là où le cadre de l'intervention doit souvent être redéfini et aménagé dans le contexte du quotidien.

Dans ce contexte, les dirigeants doivent demeurer sensibles aux besoins de formation des intervenants afin d'offrir le soutien clinique nécessaire. La supervision clinique est donc l'un des outils mis à la disposition des intervenants pour répondre à des besoins ponctuels directement imbriqués à leur réalité. La supervision clinique permet une intégration de l'ensemble des connaissances (*savoir, savoir-faire et savoir-être*) rattachées à l'expérience immédiate et personnelle des intervenants. Le service de supervision clinique est donc complémentaire aux autres moyens existants de formation – que ce soit les colloques, les discussions d'équipe, les journées d'étude et les lectures – avec l'avantage d'être plus personnalisé.

En outre, le service de supervision offre aux membres des équipes d'intervention un lieu et une opportunité pour s'exprimer sur les situations vécues dans la pratique. Cela leur permet de se situer dans le cadre de la relation, d'y clarifier les enjeux relationnels, de prendre du recul et d'alimenter le questionnement clinique. La supervision permet aussi de travailler sur les différentes perceptions émergeant de l'intervention, de mieux saisir les nuances individuelles et de s'entendre en équipe sur une ligne directrice commune.

Ce service de formation complémentaire s'adresse à tous les intervenants de la DSRHC. Les demandes acheminées peuvent provenir d'un intervenant, d'un groupe d'intervenants ou d'une équipe de travail. L'évaluation des demandes permet de préciser les besoins spécifiques de supervision et de définir les modalités du soutien nécessaire. Chaque situation est unique et demande une intervention adaptée au contexte. Il n'y a pas de restriction sur la nature des demandes de soutien, pour autant qu'elles soient en lien direct avec le travail d'intervention. Ce service constitue ainsi un lieu d'acheminement des demandes et des besoins cliniques de formation pour les diverses équipes d'intervenants.

Certaines conditions doivent être maintenues pour que le superviseur clinique puisse bien remplir sa fonction. Une première condition est la nécessité d'assurer une neutralité bienveillante dans le rapport établi avec les différents intervenants. Cette neutralité est facilitée par le statut associé au poste du conseiller clinique de la DSRHC, qui est rattaché au directeur adjoint, mais qui n'a pas la responsabilité administrative directe des équipes d'intervenants. Ce statut lui assure également la souplesse nécessaire pour travailler de pair avec les chefs des différents services, les responsables de ressource et les différents intervenants.

Une seconde condition concerne le cadre et les modalités de supervision. *A priori*, le rôle du superviseur n'est pas celui d'un expert qui dirige et oriente les équipes vers l'application spécifique de

techniques d'intervention. Il est plutôt celui qui accompagne les équipes dans leur réflexion clinique. Son rôle et sa responsabilité sont donc de mettre en place les conditions favorisant cette réflexion et de s'assurer que l'aide réponde bien aux attentes et aux besoins des équipes.

Ceci implique de la part du superviseur la capacité de créer un climat de confiance, nécessaire pour que les intervenants puissent parler librement de leur pratique. Ce lien de confiance repose avant tout sur l'écoute attentive des besoins et des expériences concrètes des intervenants. Cette écoute apporte un soutien et permet de préciser les difficultés rencontrées dans l'intervention.

Certaines demandes concernent des situations cliniques difficiles où l'équipe exprime des sentiments d'impuissance et d'impasse dans l'intervention. D'autres demandes concernent des difficultés plus générales suscitées par de nouvelles clientèles ou par l'implantation du modèle de pratique. Dans certains cas, des rencontres hebdomadaires sont nécessaires et permettent d'assurer un suivi dans le processus d'intégration en complément à des journées d'étude ou de formation. L'expérience dans l'implantation de ce service a permis jusqu'à maintenant de constater les nombreux besoins des équipes et de confirmer que la supervision constitue une dimension essentielle comme soutien au travail clinique des ressources d'hébergement. Elle contribue également au développement de nouvelles pratiques cliniques, comme nous l'avons vu plus haut concernant le développement des services des Appartements regroupés Poupert avec sa nouvelle clientèle aux prises avec des troubles cooccurrents de santé mentale, de toxicomanie, d'itinérance et de prostitution. Une autre démarche comparable s'amorce avec les équipes de Charlemagne et Tourterelle pour travailler la spécificité de la réadaptation auprès des clientèles âgées.

Le modèle de gestion

Le modèle de gestion adopté à la DSRHC repose sur une conception centrée sur les besoins humains (CBH) où l'on valorise les forces et le rôle de chacun. Chaque personne, peu importe sa fonction ou son titre hiérarchique, est importante dans la réalisation de la mission de la Direction. Les valeurs prônées à la DSRHC sont basées sur l'authenticité, la confiance, le respect et l'ouverture des individus entre eux. Une attention particulière est portée au climat de travail afin de créer les conditions qui favorisent la mobilisation du personnel dans la poursuite des buts communs et soutiennent la créativité et l'innovation. Dans cet esprit, plusieurs projets en cours, qui visent à mieux répondre aux besoins et aux nouvelles réalités de la clientèle, ont pris racine dans les idées et suggestions des intervenants sur le terrain.

La conception CBH stipule que le lieu où doit se prendre la décision se situe là où le problème existe (Brassard, 1996). On dit que la mobilisation et la motivation des personnes sont optimisées dans une organisation du travail qui favorise l'autonomie et la responsabilisation des équipes. Cela se réalise à la DSRHC par une décentralisation de la gestion clinique dans chacun des milieux via les responsables de ressource et les agents de programmation. Aussi, bien que plusieurs moyens soient mis en place pour assurer les meilleurs services, l'organisation du travail reste peu formalisée et comporte peu de procédures et de standardisation qui pourraient entraver l'adaptation mutuelle et les processus de résolution de problèmes propres à la réalité de chaque milieu.

Enfin, des efforts constants sont déployés pour amener l'ensemble du personnel à partager une vision et des valeurs communes orientées vers le rétablissement des personnes et pour les soutenir dans une pratique en réadaptation psychosociale de plus en plus exigeante, complexe et orientée vers les meilleures pratiques. Comme nous l'avons vu précédemment, de nombreux moyens sont mis

en place pour assurer le développement de l'expertise et l'amélioration constante des pratiques, tant des intervenants que des gestionnaires. En plus de la participation des équipes à la démarche d'agrément de l'établissement, du service de supervision clinique, de la participation des intervenants et gestionnaires aux différents projets d'évaluation de programme et de recherche-action, on peut également mentionner les journées des responsables de ressource, la participation des intervenants et gestionnaires aux activités de colloques et de formation ainsi que les multiples activités et occasions de contacts et d'échanges avec les chercheurs, intervenants et gestionnaires de l'extérieur du réseau de la santé mentale.

La DSRHC accueille de nombreux visiteurs chaque année du Québec et même d'Europe qui viennent s'inspirer du modèle de pratique mis en place dans nos différentes ressources. Les équipes des milieux visités sont sollicitées dans la présentation de leur programmation clinique. Cette reconnaissance de leur participation au développement d'une expertise en réadaptation favorise leur sentiment de fierté et leur engagement dans la mission de la DSRHC.

Conclusion

Nous avons présenté dans ce document les fondements de notre vision de la réadaptation psychosociale et du rétablissement, telle qu'elle se réalise dans les services de notre Direction. Il est clair que cette vision tout comme la réalité de nos services sont en perpétuel changement, en constante évolution. Aussi, pour revenir à l'essentiel, il peut être utile à cette étape d'en résumer les grandes lignes. Nous présenterons ensuite les principaux axes de développement vers lesquels la Direction compte s'orienter dans les prochaines années.

D'abord, on peut retenir que les principes, valeurs et modèles desquels nous nous inspirons dans notre vision de la réadaptation psychosociale sont directement tirés des courants actuels de pensées et de pratique en réadaptation psychosociale. Les valeurs et principes auxquels nous adhérons sont généralement admis et promulgués par les principaux auteurs dans le domaine, par les guides de meilleures pratiques et par les différentes associations liées à la réadaptation psychosociale ou à la défense des droits des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Nous avons, à cet égard, abondamment discuté des différents

principes d'un modèle d'intervention orienté vers le maintien ou l'amélioration de l'autonomie des personnes, de leur qualité de vie, du respect de leurs droits, de la meilleure réponse possible à leurs besoins, d'une intervention porteuse d'espoir axée sur le développement du potentiel des personnes et de leur participation active dans leur vie et leur communauté. Nous avons également situé notre vision, ou cadre de référence, dans le modèle T-R-R, qui est également le principal modèle de référence de notre établissement. En ceci, la DSRHC se considère certainement membre à part entière de l'organisation de l'établissement et un acteur parmi d'autres dans le système de santé, qui visent à faciliter le cheminement des personnes dans leur processus de réadaptation et, ultimement, de rétablissement. À cet égard, il est clair que la Direction compte s'inspirer de plus en plus de la perspective du rétablissement et orienter son offre de service de la façon la plus cohérente possible avec cette perspective. Nous avons également présenté les trois principaux axes d'intervention qui structurent l'organisation de nos services : l'intervention dans les services d'hébergement, l'intervention vocationnelle et l'intervention en centre de soutien à

l'intégration sociale. Nous avons présenté les bases théoriques de ces approches complémentaires de la réadaptation psychosociale ainsi que l'organisation concrète de ces services.

Enfin, nous avons présenté notre infrastructure de recherche et de soutien à la pratique, en y discutant plus en détail les principes guidant l'évaluation et l'amélioration des pratiques ainsi que les différents comités, projets de recherche et services de soutien à la pratique, dont le service de supervision clinique. Ceci donne un bon aperçu des services de notre Direction et des moyens concrets que nous avons mis en place pour réaliser notre vision de la réadaptation psychosociale et du rétablissement dans la pratique et la réalité concrète des personnes.

Axes de développement

Plusieurs axes de développement orienteront l'avenir de la DSRHC au cours des prochaines années. Nous en décrivons ici sommairement les principaux.

Les services d'hébergement

Comme on l'a vu précédemment, plusieurs changements ont eu lieu ces dernières années dans les services d'hébergement. Nous avons mentionné les transformations importantes qui ont été amenées dans les Appartements regroupés Poupard, qui accueillent de plus en plus une clientèle aux prises avec des problèmes cooccurrents de santé mentale, toxicomanie, itinérance et prostitution, et dans la ressource Paul-Pau, orientée maintenant vers des services aux jeunes de 16 à 20 ans. Dans les deux cas, les réorientations impliquent des changements de clientèles et des changements dans l'organisation des services et dans les pratiques d'intervention. Nous avons également mentionné les changements importants ayant eu cours et se poursuivant dans le service d'hébergement de psychiatrie gériatrique, ainsi que la spécialisation grandissante des autres ressources d'hébergement, dont les ressources de groupes et les ressources

transitoires. Plusieurs changements sont à prévoir dans les prochaines années pour adapter l'offre des services d'hébergement à la demande constamment changeante. Avec l'implantation progressive des mesures prévues dans le plan d'action à l'égard des services de psychiatrie et de l'hébergement réadaptatif, on peut aisément prévoir que ces changements ne sont pas prêts de s'estomper. Aussi, dans ce contexte, la DSRHC sera de plus en plus appelée à faire place à une clientèle régionale et, en conséquence de l'orientation de la clientèle plus légère vers les services de première ligne, à faire place à une clientèle de plus en plus lourde au plan psychiatrique.

Le service des programmes de réadaptation vocationnelle

Nous avons mentionné les changements effectués au cours des dernières années au niveau des services de réadaptation vocationnelle. La nouvelle programmation débute dès cet automne et il est à prévoir que ces programmes s'ajusteront progressivement aux besoins émergents de la clientèle. En outre, des projets de recherche et d'évaluation sont prévus dans chacun des programmes pour évaluer leur implantation et leur impact sur la clientèle, au plan de la satisfaction et des progrès dans les études et le travail, ainsi que pour les adapter et les améliorer.

Le service du Centre de soutien à l'intégration sociale

Les activités du CSIS commenceront également dès cet automne et des ressources sont également prévues pour en évaluer l'implantation, le fonctionnement et l'impact sur les usagers.

Le rétablissement

La perspective du rétablissement remet à notre avis l'accent sur l'essentiel pour les usagers aux prises avec la maladie mentale: l'importance pour eux de trouver un sens à leur vie, à leur souffrance et à leur maladie, l'importance pour eux de vivre

une vie satisfaisante, chargée d'espoir et de buts malgré les limitations causées par la maladie. En ce sens, l'expérience du rétablissement appartient intimement à la personne qui la vit. Cependant, les services peuvent être organisés de manière à la favoriser. Et la DSRHC, s'inspirant des recommandations proposées par Anthony (2001) à cet égard, entend bien continuer ses démarches pour favoriser le rétablissement des personnes. Notamment, la DSRHC veut continuer d'orienter ses services vers la satisfaction et la qualité de vie des usagers de même que l'amélioration de leur statut et de leur place en société. Elle a pris les moyens pour se doter d'indicateurs mesurant les impacts objectifs et subjectifs de ses services sur les personnes. Sa vision comprend l'environnement social global de la personne (études, milieu de travail, milieu résidentiel et familial). Elle entend impliquer davantage les usagers dans la planification des services et leur évaluation. Notamment, des projets sont en voie de développement pour créer des services d'entraide entre pairs et pour embaucher des pairs aidants dans ses services. La formation du personnel est de plus en

plus orientée vers une compréhension en profondeur des valeurs et principes de la réadaptation psychosociale et du rétablissement, de même que la sélection du personnel. Les services valorisent actuellement le rétablissement, la réinsertion sociale et les buts des usagers. Et le mécanisme d'accès aux services de la DSRHC renforce la liberté de choix des usagers.

Le mécanisme d'accès

Enfin, mentionnons que nous sommes à repenser le mécanisme d'accès à la DSRHC. Nous envisageons à cet égard un guichet unique et un mécanisme d'accès mieux défini pour faciliter l'accès aux ressources de la DSRHC, orienter les usagers vers les meilleures ressources, assurer une plus grande continuité de services, tant à l'intérieur des services de la DSRHC que dans ceux de ses partenaires, et assurer l'utilisation la plus efficiente des services de la DSRHC.

Références

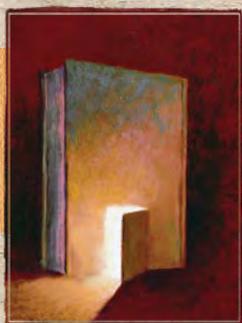
- Alexandre, H., Gauthier, D. et Righi, N. (2004), *Révision des services de réadaptation: document synthèse*, Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Anthony, W.A. (1979), *Principles of psychiatric rehabilitation*, Baltimore, MD: University Park Press.
- Anthony, W.A. (1993), Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health system in the 1990's, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Anthony, W.A. (2000), A recovery-oriented system: Setting some system level standards, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(2), 159-168.
- Anthony, W.A. (2001), Pour un système de santé axé sur le rétablissement: douze points de repère pour l'organisation d'ensemble des services, *Le Partenaire*, 9(2), 1-5.
- Anthony, W.A., Rogers, E.S. et Farkas, M. (2003), Research on evidence-based practices: Future directions in an era of recovery, *Community Mental Health Journal*, 39(2), 101-114.
- Anthony, W.A. et Liberman, R.P. (1992), Principles and practice of psychiatric rehabilitation, In R.P. Liberman (Ed.), *Handbook of psychiatric rehabilitation*, Toronto : Maxwell Macmillan.
- Bachrach, L.L. (1992), Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the care of long term patients, *American Journal of Psychiatry*, 149(11), 1455-1463.
- Bachrach, L.L. (1996), Psychosocial rehabilitation and psychiatry: What are the boundaries ? *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 28-35.
- Becker, D.R. et Drake, R.E. (2004), Intégration communautaire et soutien à l'emploi. In T. Lecomte et C. Leclerc (Éds.), *Manuel de réadaptation psychiatrique*, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Bellack, A. S. (2004), Skills training for people with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 375-391.
- Bisson J., Dionne, M. et Ricard, N. (2004). *La santé, l'autonomie fonctionnelle et les besoins de soins des personnes âgées résidant dans les ressources intermédiaires privées et les ressources d'hébergement de psychiatrie gériatrique de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine*. Rapport de recherche déposé à la Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal.
- Bisson, J. et Goulet, N. (2005), *Le QBRP – Version 1.0. Manuel d'utilisation et d'interprétation du Questionnaire des besoins en réadaptation psychosociale*, Montréal.: DSRHC, Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Bond, G.R. (1998), Principles of the Individual Placement and Support Model: Empirical support. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(1), 11-23.
- Bond, G., Resnick, S., Drake, R., Xie, H., McHugo, G. et Bebout, R. (2001), Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness ? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 489-501.
- Brassard, A. (1996), *Conception des organisations et de la gestion. Les conceptions mécanistes centrées sur les besoins humains et situationnels*. Montréal: Éditions Nouvelles.
- Callabrese, J.D. et Corrigan, P.W. (2005), Beyond dementia praecox: Findings from long-term follow-up studies of schizophrenia, In R.O. Ralph et P.W. Corrigan (Eds), *Recovery in Mental Illness: Broadening our understanding of wellness*, Washington, DC: American Psychological Association.
- Caldwell, B. et Woods, J. (2000), Interventions in psychosocial rehabilitation, In R. Hughes et D. Weinstein (Eds), *Best practices in psychosocial rehabilitation*, Columbia, MD: IAPSRs.
- Canadian Psychiatric Association (2005), Clinical practice guidelines, Treatment of schizophrenia, *Canadian Journal of Psychiatry*, 50 (Sup. 1), 7S-57S.
- Carling, P.J. (2002), Un système à rétablir, *Santé Mentale au Québec*, 27(1), 114-127.
- Comité organisateur du Colloque sur la cooccurrence (2006), *Actes du colloque. Les enjeux de la cooccurrence. Un défi relevé !* 15 févr., Lion d'Or, Montréal.

- Cook, J.A. et Hoffschmidt, S.J. (1993), Comprehensive models of psychosocial rehabilitation, In R.W. Flexer et P.L. Solomon (Eds), *Psychiatric rehabilitation in practice*, Toronto : Andover Medical Publishers.
- Corrigan, P.W. et Ralph, R.O. (2005), Introduction: Recovery as consumer vision and research paradigm, In R.O. Ralph et P.W. Corrigan (Eds), *Recovery in Mental Illness: Broadening our understanding of wellness*, Washington, DC: American Psychological Association.
- Crowther, R., Marshall, M., Bond, G.R. et Huxley, P. (2001), Helping people with severe mental illness to obtain work : systematic review, *British Medical Journal*, 322, 204-208.
- Dahlquist, B. et Fields, S. (2000), Residential treatment programs, In R. Hughes et D. Weinstein (Eds), *Best practices in psychosocial rehabilitation*, Columbia, MD: IAPSRS.
- Deegan, G. (2003), Discovering recovery, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(4), 368-376.
- Deegan, P.E. (1997), *Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities*, Social Work Health Care, 25(3), 11-24.
- Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté, Hôpital Louis-H. Lafontaine (1998). Rapport de la visite d'agrément du Conseil canadien d'agrément des services de santé. Qualité-agrément 1998-2001.
- Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté, Hôpital Louis-H. Lafontaine (2001). Rapport de la visite d'agrément du Conseil canadien d'agrément des services de santé. Qualité-agrément 2001-2004.
- Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté, Hôpital Louis-H. Lafontaine (2004). Rapport de la visite d'agrément du Conseil canadien d'agrément des services de santé. Qualité-agrément 2004-2007.
- Émard, R. et Aubry, T. (2004), *Le suivi communautaire en santé mentale : une invitation à bâtir sa vie*, Ottawa: Presses de l'Université d'Ottawa.
- Frank, J.D. et Gunderson, J.G. (1990), The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia: Relationship to course and outcome, *Archives of General Psychiatry*, 47, 228-235.
- Farkas, M.D., O'Brien, W.F., Cohen, M.R. et Anthony, W.A. (1994), Assessment and planning in psychiatric rehabilitation, In J.R. Bedell (Ed.), *Psychological assessment and treatment of persons with severe mental disorders*, Philadelphia, PA, US: Taylor et Francis.
- Fortier, L. (2000), Sensibilisation au modèle de référence: Traitement-Réadaptation-Réhabilitation (T-R-R), Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Garety, P.A., Fowler, D. et Kuipers, E. (2000), Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant symptoms, *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 73-86.
- Gaston, L., Marmar, C.R., Callagues, D. et Thompson, L.W. (1991), Alliance prediction of outcome beyond in-treatment symptomatic change as psychotherapy process, *Psychotherapy Research*, 1, 104-113.
- Gendreau, G. (2001), *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative*, Montréal: Sciences et culture.
- Heinssen, R.K., Liberman, R.P. et Kopelowicz, A. (2000), Psychosocial skills training for schizophrenia: Lessons from the laboratory. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 21-46.
- Hôpital Louis-H. Lafontaine (2006), Plan de réorganisation clinique de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Montréal: HLHL.
- Horvath, A.O. et Symonds, B.D. (1991), Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis, *Journal of Counselling Psychology*, 38, 139-149.
- Hughes, R. et Weinstein, D. (Eds) (2000), *Best practices in psychosocial rehabilitation*, Columbia, MD: IAPSRS.
- International Association of Psychosocial Rehabilitation Services (IAPSRS) (1992), *Position statement on housing*, Columbia, MD: IAPSRS.
- Jacobs, H.D., Wissusik, R., Collier, D., Stackman, D., Burkeman, D. (2002), Correlations between psychiatric disabilities and vocational outcome, *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 365-369.
- Jacobs, S., Davidson, L., Steiner, J. et Hoge, M. (2002), The integration of treatment and rehabilitation in

- psychiatric practice and services: A case study of a community mental health center. *Community Mental Health Journal*, 38(1), 73-81.
- Kopelowicz, A. et Liberman, R.P. (2003), Integrating treatment with rehabilitation for persons with major mental illnesses, *Psychiatric Services*, 54(11), 1491-1498.
- Lalonde, P. (2001), Schizophrénies, In P. Lalonde, J. Aubut, F. Grungberg *et al.*, *Psychiatrie clinique. Une approche bio-psycho-sociale*, Gaëtan Morin.
- Latimer, E. et Lecomte, T. (2002), Le soutien à l'emploi de type «IPS» pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves: une voie d'avenir pour le Québec ? *Santé mentale au Québec*, 27(1), 241-267.
- Lauzon, G. (2003), Le soutien aux études supérieures pour les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves: modèles de référence, *Le Partenaire*, 10(2), 6-13.
- Lecomte, T. et Leclerc, C. (2004), Interventions de pointe en réadaptation psychosociale, In T. Lecomte et C. Leclerc (Éds), *Manuel de réadaptation psychiatrique*, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Lecomte, C. et Lecomte, T. (1999), Au-delà et en deçà des techniques cognitives comportementales dans le traitement des troubles graves: les facteurs communs, *Santé mentale au Québec*, 24(1), 19-38.
- Le Pavois (2004a), Les trajectoires scolaires de personnes ayant un problème grave de santé mentale; synthèse d'une recherche action, Québec, 24 p.
- Le Pavois (2004b), Les trajectoires scolaires de personnes ayant un problème grave de santé mentale : des pistes d'intervention et d'orientation pour le soutien scolaire de personnes ayant un problème grave de santé mentale. Québec, 9 p.
- Malo, L. et Gélinas, D. (2003), Synthèse : Réadaptation psychosociale. Rapport de consultation, remis au Comité d'orientation sur la réadaptation psychosociale à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Messier, M.J. (2001), Réadaptation, In P. Lalonde, J. Aubut, F. Grungberg *et al.*, *Psychiatrie clinique. Une approche bio-psycho-sociale, Tome II.*, Gaëtan Morin.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005), *Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens*. Québec : MSSS.
- Morissette, R. (1996), *Traitement, réadaptation, réhabilitation*. Présentation faite à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal.
- Mueser, K.T., Becker, D.R., Torrey, W.C., Xie, H., Bond, G.R., Drake, R.E. et Dain, B.J. (1997), Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: A longitudinal analysis, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 419-426.
- Nuechterlein, K.H., Dawson, M.E., Ventura, J., Gitlin, M. et al. (1994), The vulnerability/stress model of schizophrenic relapse: A longitudinal model. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(32 sup.), 58-64.
- Onken, S.J., Dumont, J.M., Ridgeway, P., Dornan, D.H. et Ralph, R.O. (2002), *Mental health recovery: What helps and what hinders ?* Alexandria, VA: National Association of State Mental Health Program Directors.
- Organisation mondiale de la santé (1995), *Psychosocial rehabilitation. A consensus statement*. Document WHO/MNH/MND/96.2, Genève: OMS.
- Pratt, S.I. et Mueser, K.T. (2004), Schizophrenia, In M.M. Anthony et D.H. Barlow (Eds), *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders*, NY: Guilford Press.
- Provencher, H.L. (2002), L'expérience du rétablissement: perspectives théoriques. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 35-64.
- Rapp, C. A. (1998) The strengths model. Case management with people suffering from severe and persistent mental illness. NY: Oxford University Press.
- Renou, M. (2005), *Psychoéducation, une conception, une méthode*, Montréal: Sciences et culture.
- Rouzel, J. (2004), *Le quotidien en éducation spécialisée*, Paris: Dunod.
- Ruest, J.P., Tessier, L., Wagener Jobidon, V. et Paquette, D. (1995), *Valeurs et principes de la réadaptation psychosociale*. Montréal: Association québécoise pour la réadaptation psychosociale.

- Solomon, P. et Stanhope, V. (2004), Recovery: Expanding the vision of evidence-based practice, *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4(4), 311-321.
- Sowers, W. (2005), Transforming systems of care: The American Association of Community Psychiatrists guidelines for recovery oriented services, *Community Mental Health Journal*, 41(6), 757-774.
- Stroul, B. (1986), *Crisis residential services: Review of information*. Prepared for National Institute of Mental Health, Community Support Program.
- Svensson, B. et Hansson, L. (1999), Therapeutic alliance in cognitive therapy for schizophrenic and other long-term mentally ill patients: Development and relationship to outcome in an in-patient treatment programme. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99, 281-287.
- Weinstein, D. (2000). Housing, In R. Hughes et D. Weinstein (Eds), *Best practices in psychosocial rehabilitation*, Columbia, MD: IAPSRs.
- White, J.R. (2000), Introduction. In J.R. White et A.S. Freeman (Eds), *Cognitive-behavioral group therapy for specific problems and populations*. Washington, American Psychological Association.
- Young, S.L. et Ensing, D.S. (1999), Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 219-231.

COLLECTIONS



**ENSEIGNEMENT
ET FORMATION**



**SOINS
ET SERVICES**



**RECHERCHE ET
ÉVALUATION**



**GESTION ET
ADMINISTRATION**



L'Hôpital Louis-H. Lafontaine offre des services spécialisés et ultraspecialisés en santé mentale. Centre universitaire affilié à l'Université de Montréal, il développe des savoirs par la recherche, l'enseignement et l'évaluation.

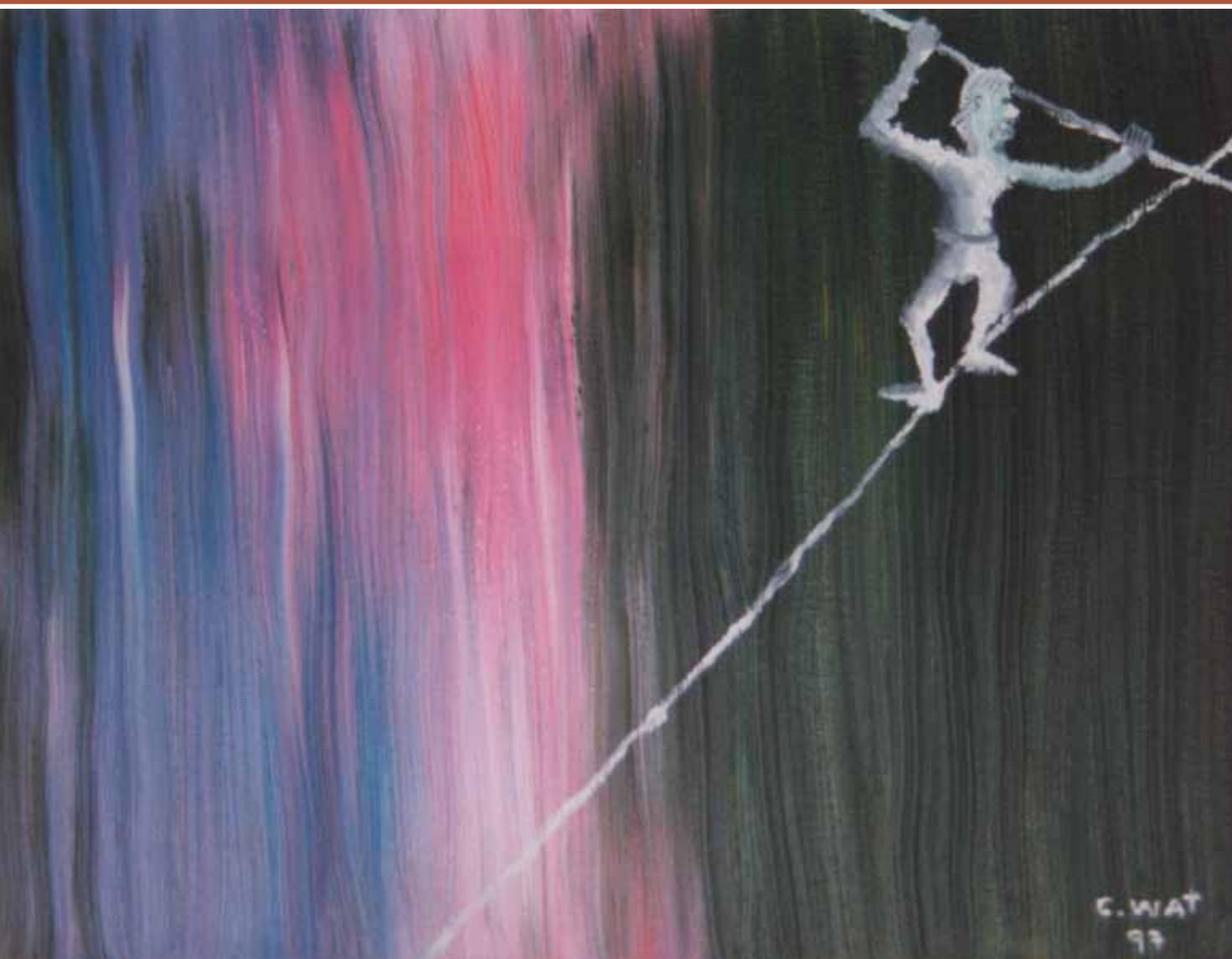
À la fine pointe des connaissances, le Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine est le plus important lieu de recherche en santé mentale dans le milieu francophone canadien.

**Hôpital
Louis-H. Lafontaine**

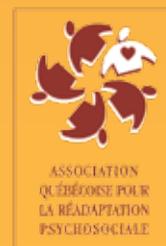
AFFILIÉ À
Université de Montréal 

le partenaire

vol. 16, n° 2, été 2008



Le rétablissement : exemples de transformation de pratiques au Québec



le partenaire

est le bulletin de
l'Association québécoise
pour la réadaptation psychosociale



Siège social :
AQRP, 184, rue Racine, bureau 307
Loretteville (Québec) G2B 1E3
Téléphone : 418 842-4004
Télécopieur : 418 842-4334
Courriel : aqrp@qc.aira.com
Internet : aqrp-sm.org

Comité de rédaction : Véronique Bizier, Rosanne Émard, Diane Harvey, Michel Gilbert, Francis Guérette, Gilles Lauzon, Esther Samson

Édition : Diane Harvey, Esther Samson

Conception et réalisation graphique :
www.fleurdelysee.ca

Impression : Copies du Pavois, Québec

Révision des textes : Judith Tremblay

ISSN : 1188-1607

sommaire

2

- 3 Carnet de l'éditrice
- 3 Chronique du franc-tireur
- 4 Nos pas sur le chemin du rétablissement : Le Centre de traitement et de réadaptation psychiatrique de Nemours partage son expérience
- 14 Le rétablissement : Quatre histoires d'intégration dans la pratique
- 20 Partir du bon pied : Un nouveau projet montréalais tente de donner un départ solide au rétablissement par la formation
- 22 Le fou comme un autre soi-même : petite histoire de la pratique de Pech
- 28 Quand l'espoir nous fait vivre
- 31 *Nous avons lu pour vous...* : La vie en tranches - Chroniques et publications de Camillo Zacchia

vignette sur la une

L'équilibriste, une œuvre de Christian Watters, artiste de Québec et utilisateur de services en santé mentale. *Le subconscient guide directement ma main gauche de façon créative. Ce que je vois m'apparaît illimité de potentiel. De cet ensemble imaginaire naît une réalité, pas toujours belle, contestable, mais à laquelle mon art abstrait, surréaliste, ajoute un peu d'humour*, écrit Monsieur Watters. Ses toiles, tantôt plus accessibles, tantôt plus abstraites, reflètent la richesse de l'esprit créateur de l'auteur.

Au-delà des modèles et des théories sur l'organisation des services de santé mentale axés sur le rétablissement, objet du numéro précédent du *partenaire*, ce dernier numéro d'une série de quatre portant sur le rétablissement présente des exemples de transformations de pratique.

Tout d'abord, Marie-Luce Quintal, psychiatre et responsable clinique au Centre de traitement et de réadaptation psychiatrique (CTR) de Nemours, Institut universitaire en santé mentale, Centre hospitalier Robert-Giffard, et ses collaborateurs nous offrent le cheminement de rétablissement de leur organisation. Les auteurs nous communiquent ni plus ni moins que leur journal de voyage : un parcours jalonné de découvertes, d'erreurs et de victoires.

La transformation des organisations, c'est avant tout celle des gens qui les composent. Cette réalité est mise en avant-scène dans le texte suivant, proposé par Lise Boies, gestionnaire à la Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans

Depuis quelques années, nous parlons, dans le milieu de la santé mentale, de rétablissement, de pairs-aidants, d'intervenants et d'utilisateurs de services. Je suis heureuse de savoir qu'enfin, les gens en rétablissement pourront avoir leur place, nous n'avons qu'à constater les besoins en main-d'œuvre. Nous ne serons plus des parures... Toutefois, je m'interroge beaucoup sur la relation entre les personnes en rétablissement et certains intervenants ou dirigeants. Nous discutons encore en 2008 d'équité salariale. Une loi a d'ailleurs été décrétée pour que la situation évolue; sans cette loi, rien n'aurait changé! Dans notre société, un travail et un salaire équitable sont essentiels pour vivre décemment! Dans les faits, nous nous retrouvons souvent sans emploi ou sous-payés!! Pourtant, plusieurs d'entre nous sommes diplômés, compétents et détenteurs d'une expertise dans notre domaine.

En santé mentale, nous parlons de reconnaissance de notre savoir, d'*empowerment*, de rétablissement, de leadership, de partage, d'égalité, de respect (conférence de Boston, Madame Deagan). Tous les organismes, les ministères (de la Santé, des Services sociaux et autres) ont besoin de notre expertise! Malgré cela, ils veulent encore décider pour nous!

la communauté (DSRHC) au service transitoire de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, et ses collaboratrices. On y constate que le changement orienté vers le rétablissement signifie un réel défi pour bon nombre d'intervenants qui font face à un choc de valeurs et de culture.

Benoît Côté, directeur général de Pech, nous décrit ensuite *La petite histoire de la pratique de Pech*, organisme dont l'intervention consiste à aider les personnes vivant des problématiques multiples (santé mentale, judiciarisation, toxicomanie, instabilité résidentielle). Selon l'auteur, *sur le plan théorique, la plus grande pureté de Pech réside dans son impureté!* Le modèle d'intervention de Pech est hybride, mais l'approche du rétablissement y trouve aussi sa place.

L'histoire d'Aimé est au cœur du texte suivant. Rapportée par Jean-Jacques Gratton, usager et agent de communication au programme des mesures Interagir du centre Wellington, et ses collaborateurs, cette histoire est un bel exemple de l'effet qu'une transformation organisationnelle

Trop fréquemment, les décideurs qui nous représentent parlent pour nous, pour moi, même si je suis à leurs côtés et que j'ai autant d'expertise, de diplômes et d'expérience de travail qu'eux. Est-ce un sentiment erroné de ma part lorsque je sens que je n'ai pas une place d'égal à égal? Nous tous qui tentons de retrouver notre statut dans la société, sur le marché du travail, sommes à même de connaître les embûches et en mesure de trouver des moyens afin d'obtenir un emploi, du soutien dans le cadre de celui-ci et une reconnaissance dans notre domaine d'expertise. Si notre avis diffère de celui des diverses personnes responsables qui tiennent à nous représenter, il serait quand même opportun de s'y arrêter, d'en comprendre le pourquoi et d'en tenir compte. Je suis une intervenante professionnelle depuis plusieurs années et je me suis récemment affichée en tant que personne vivant un rétablissement. Force est de constater que je me suis sentie plus souvent à l'aise avec les utilisateurs qu'avec les intervenants ou les directeurs. Pourquoi? Parce qu'avec les utilisateurs, je ne me sens pas mise à l'épreuve. Lorsqu'il y a des décisions à prendre, mon expertise n'est pas remise en question, bien au contraire, et je me sens traitée de manière équitable.

Il faut que les choses changent et cela ne sera pas toujours sans heurts. Certains

peut avoir sur le rétablissement d'une personne.

Les chroniques de Camillo Zacchias sont l'objet de la rubrique *Nous avons lu pour vous*. C'est avec plaisir que nous vous faisons découvrir ici cet auteur, chef professionnel en psychologie de l'Hôpital Douglas, par le biais du commentaire de Dominique Maheux, étudiant ayant travaillé à l'AQRP.

Dans le prochain numéro du *partenaire*, dont nous prévoyons la sortie à l'automne 2008, nous vous conduirons vers le thème de la citoyenneté, en lien direct avec notre XIV^e colloque. Nous vous ferons découvrir des textes inspirants qui, nous l'espérons, susciteront la réflexion. Mais laissons tout d'abord la parole à notre franc-tireur, Nicole-Andrée Gay, qui nous entraîne à réfléchir au-delà du rétablissement des gens et des organisations, c'est-à-dire sur la place réelle faite aux personnes utilisatrices de services en santé mentale.

Esther Samson

Chronique du franc-tireur

intervenants et décideurs ont besoin d'exercer un contrôle sur les gens pour se sentir utiles et compétents dans leur travail, souvent sans vraiment comprendre ce qu'est le rétablissement. D'autres, heureusement, ont une approche axée sur ce dernier. Je remercie ces professionnels et intervenants qui m'ont permis de croire en moi et appuyée pour que je puisse avoir confiance en mon jugement et utiliser mes aptitudes, mes compétences, mon expertise. C'est avec ces personnes qualifiées que je travaille, que nous travaillons, pour que les portes s'ouvrent. Merci à certaines personnes au sein de la direction qui me laissent la latitude d'être responsable d'un programme et de prendre les décisions parce que j'en ai l'expérience et la capacité. Merci aussi aux gens en rétablissement avec qui je fais mon travail de *coach* avec tant de bien-être. Nous avons tous à apprendre tout au long de notre vie. Si l'espoir et le rêve sont essentiels au rétablissement, la reconnaissance de nos compétences est un préalable à leur réalisation.

Nicole-Andrée Gay,
baccalauréat en éducation, spécialisation
ISEP (développement vocationnel), conseillère
clinique, intervenante, coach, experte en santé
mentale en rétablissement.

Nos pas sur le chemin du rétablissement : Le Centre de traitement et de réadaptation psychiatrique de Nemours partage son expérience

Par Marie-Luce Quintal, responsable clinique, Yolande Champoux, travailleuse sociale, Suzanne Corriveau, infirmière, Martine Goudreault, éducatrice, Claude Lamothe, psychologue, Louise Marchand, gestionnaire administrative et H. Wallot, psychiatre; Centre de traitement et de réadaptation psychiatrique de Nemours (CTR), Institut universitaire en santé mentale, Centre hospitalier Robert-Giffard¹

«**P**rompt rétablissement » disons-nous la plupart du temps à quelqu'un qui a été malade, bien qu'on puisse lui souhaiter de « guérir vite ». C'est que la notion de rétablissement est plus large, elle peut évoquer la guérison, mais elle indique surtout un retour à un état antérieur, principalement un équilibre; toutefois, les données présidant à cet équilibre peuvent être modifiées, et c'est là l'espace de ce concept. Cet équilibre ne veut pas dire nécessairement guérison, car il y a des choses dont on ne guérit pas. On ne guérit pas d'un infarctus, on en garde toujours une cicatrice au cœur. On peut néanmoins s'en remettre et se rétablir, se faire même une meilleure santé, moyennant la plupart du temps des modifications dans sa manière de vivre et dans son environnement. Certains symptômes ou même des limitations peuvent subsister qui font voir qu'il n'y a pas de guérison complète, mais qui

Le rétablissement est une notion de plus en plus à la mode actuellement. On en parle dans les programmes de soins, les milieux d'entraide, les milieux communautaires, les établissements psychiatriques sans oublier au ministère de la Santé et des Services sociaux par le biais de son plan d'action. Cette grande popularité ne suffit cependant pas à bien le décrire. Pourtant, nous sommes appelés à organiser nos services et à axer nos interventions pour soutenir ce processus du rétablissement. Comment y parvenir alors que le but n'est que partiellement défini? Au Centre de traitement et de réadaptation psychiatrique de Nemours (CTR) du Centre hospitalier Robert-Giffard, nous avons décidé d'entreprendre le voyage du rétablissement en acceptant de modifier notre parcours selon nos découvertes, nos erreurs et nos victoires. Nous pouvons dire que nous sommes, en tant qu'organisation, sur le chemin du rétablissement. Nous

des éléments clés du rétablissement, nous tenterons une analogie avec le processus décrit pour la personne atteinte d'une maladie mentale. La table sera alors mise pour le partage de différents aspects du rétablissement et l'effet de ce dernier sur notre vie personnelle ou professionnelle.

DE QUOI SE RÉTABLIT-ON QUAND ON EST UNE ORGANISATION DE SERVICES?

Penser rétablissement, c'est d'abord réaliser la souffrance qui nous habite. Sylvie Noiseux décrit cette étape, pour la personne atteinte de schizophrénie, comme la descente aux enfers. Celle-ci est essentielle, dit-elle :

En effet, on constate que la souffrance incommensurable que ressent la personne au plus profond de cette descente semble être un préalable ou une composante essentielle à la possibilité de vivre un rétablissement.

Loin de nous l'idée de comparer ce que nous vivons comme intervenant ou comme organisation à une descente aux enfers similaire à celle décrite par les personnes ayant une schizophrénie, mais nous devons souvent comme intervenant faire face à notre impuissance, à l'incohérence du système, à la douleur de l'autre ou à des façons de faire qui heurtent nos valeurs et nos croyances. Dans notre milieu de travail s'est parfois installée une atmosphère dominée par le règne du « chacun pour soi » où des guerres de pouvoir minent la créativité et l'entraide. Quelquefois, c'est le système lui-même qui est en souffrance, aux prises avec un processus bureaucratique qui freine l'action et mobilise trop d'énergie. Au Québec, plus qu'ailleurs au Canada ou même dans le monde, nous traînons un passé asilaire qui a non seulement institutionnalisé les patients

4 « Au Québec, plus qu'ailleurs au Canada ou même dans le monde, nous traînons un passé asilaire qui a non seulement institutionnalisé les patients mais également les intervenants, les gestionnaires et tout le réseau de soins. »

sont compatibles avec les notions de santé et de rétablissement. Il n'en va pas autrement dans le domaine de la santé mentale. Et lorsqu'on considère une organisation, on peut se représenter ses éventuels problèmes de fonctionnement comme des troubles de santé et le processus pour en sortir comme un processus de rétablissement. C'est ainsi que nous ferons au cours des lignes qui suivent.

réalisons, avec le temps, que pour arriver à aider les personnes utilisatrices dans leur cheminement, nous devons également accepter de nous rétablir comme personne et comme organisation. Dans cet article, nous partagerons notre journal de voyage. Comme point de départ, nous discuterons de la pertinence de parler de rétablissement pour les intervenants ou les organisations puis, dans un deuxième temps, à partir

¹ Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribué à cet article pour leur temps, leurs commentaires et leurs suggestions.

mais également les intervenants, les gestionnaires et tout le réseau de soins. Nous voilà donc pris dans la souffrance, l'impuissance ou l'aliénation du système. N'est-ce pas là le point de départ nous permettant d'emprunter le chemin du rétablissement?

LES ÉLÉMENTS CLÉS DU RÉTABLISSMENT

Malgré l'absence d'une définition précise du rétablissement, certaines constantes se dégagent des études. Nous savons d'abord que l'un des moteurs du rétablissement est sans contredit l'espoir de pouvoir y parvenir un jour. C'est l'espoir qui permet au rêve ou à l'idéal de reprendre sa place et à la personne de se fixer à nouveau des buts et de se mettre en marche. Lorsque celle-ci affronte des pertes importantes liées à la maladie, elle a souvent l'impression qu'elle est condamnée et emprisonnée à vie dans cette maladie. Notre premier travail clinique consistera à susciter de nouveau l'espoir qu'une vie intéressante et satisfaisante est possible et que, malgré les pertes, des forces et des talents qui ne demandent qu'à être exploités demeurent. Pour être ces porteurs d'espoir, il faut nous-même être totalement convaincus que cette personne peut se rétablir. Nous pourrons alors partir avec elle à la recherche des désirs oubliés et tenter de les faire revivre. L'espoir permet de chercher et de trouver un sens et un but, mais cela ne suffit pas, bien que ce soit essentiel. La personne doit pouvoir se recentrer sur ses forces, sur la partie saine à l'intérieur d'elle alors que la maladie prend tellement de place! Que reste-t-il de la vie d'avant? Dans nos interventions, nous omettons fréquemment de refléter à la personne tout ce qui va bien, tout ce qui est beau et sain, étant nous-mêmes centrés sur le travail à faire. Nous voulons aider la personne à réaliser son projet de vie et nous oublions que la partie saine, celle qui intéressait déjà Philippe Pinel au début du XIXe siècle, est le véhicule utilisé par le rétablissement pour aller de l'avant. Cette reconnaissance de la partie saine à l'intérieur de la personne constitue une deuxième constante identifiée par les chercheurs. Nous avons maintenant une destination et un véhicule; pour faire avancer le tout, nous avons besoin d'énergie. La plus efficace serait celle liée à l'*empowerment*, appelé aussi le « pouvoir d'agir », troisième composante

essentielle. Lorsque la personne reprend son pouvoir de décider et d'agir, elle cesse d'être passive. Elle n'est plus en attente de quelque chose qui viendrait de l'extérieur et qui réglerait son problème, elle participe aux changements, elle fait reculer les limites, elle devient partie prenante de son rétablissement. Avec elle, nous partageons le pouvoir d'aller de l'avant. Patricia Deegan décrit ainsi le changement de paradigme du pouvoir :

[...] nous assimilons le pouvoir à « l'action du pouvoir sur quelqu'un ou quelque chose. [...] Ces rapports hiérarchiques qui déshumanisent et déresponsabilisent ne sont pas les seuls possibles. [...] Le mot « pouvoir » a également le sens « de capacité d'amorcer ou de produire un changement ». Surrey (1987) nous aide à saisir que le pouvoir ne se limite pas à « l'action du pouvoir sur autrui » : il s'entend aussi du « pouvoir partagé » ou du « pouvoir collectif ». (Deegan, 1990)(traduction libre)

Jusqu'à maintenant, nous avons parlé des éléments clés du rétablissement pour une personne atteinte d'une maladie mentale. Est-ce que tout ceci s'applique à nous, intervenants, gestionnaires et organisations? Nous avons mentionné précédemment que nous vivons aussi de la souffrance et qu'il s'agissait-là du point de départ du processus de rétablissement. Tentons maintenant l'analogie : nous avons besoin d'espoir pour trouver un sens et un but à notre démarche, il faut recourir à nos forces et à nos capacités afin d'amorcer le processus puis sentir que nous pouvons faire les changements, que nous ne sommes

ce mouvement de reprise de pouvoir et même d'en provoquer le surgissement. De la même façon, le rôle du leader de l'organisation est de susciter et d'animer la prise collective du pouvoir. Tout ceci n'est-il qu'une banale analogie ou est-ce une réalité? Avec l'expérience accumulée au CTR, nous pensons que dans cette réalité, les processus de rétablissement s'enchevêtrent et que nous cheminons ensemble, nous entraînant les uns les autres pour en émerger tous changés et grandis. Voilà ce que nous allons maintenant tenter d'exposer.

L'INTÉGRATION DES ÉLÉMENTS CLÉS DANS LA PRATIQUE

1. Une gestion qui favorise la reprise du pouvoir et l'association des pouvoirs, Louise Marchand, gestionnaire administrative, et Marie-Luce Quintal, responsable clinique

Quelle contribution peut-on attendre de la gestion dans le processus du rétablissement? À première vue, nous sommes portés à croire que le rétablissement ne se rattache qu'au volet clinique. Par contre, si nous adhérons à l'hypothèse qu'une organisation de soins et son modèle d'intervention clinique doivent avoir une même inspiration, les processus de rétablissement s'imbriquant les uns dans les autres, alors la gestion devient, elle aussi, un élément essentiel du processus. Au CTR, nous avons connu nos épisodes de désorganisation et de guerres intestines comme partout ailleurs. À certains moments, la morosité

« Si nous adhérons à l'hypothèse qu'une organisation de soins et son modèle d'intervention clinique doivent avoir une même inspiration, les processus de rétablissement s'imbriquant les uns dans les autres, alors la gestion devient, elle aussi, un élément essentiel du processus. »

pas des figurants mais des acteurs essentiels au processus. La reprise du pouvoir sur sa vie ne va pas toujours de soi, elle est souvent mise en échec par ce qu'on appelle les symptômes négatifs. C'est pourquoi le rôle du médecin et de l'intervenant est souvent de déterrer

et le découragement ont remplacé le dynamisme et la créativité. Beaucoup de temps et d'énergie s'est perdu à simplement tenter de garder les morceaux en place. Il fallait agir et vite. Le contexte s'y prêtait bien, le Ministère présentait ses nouvelles orientations

pour l'organisation des services et le Centre hospitalier Robert-Giffard se réorganisait en programmes clientèle. De plus, la clientèle orientée vers le CTR depuis quelques années présentait des problématiques plus complexes qui

démarche de restructuration qui a constitué, d'une certaine façon, notre processus de rétablissement.

Le cœur de la démarche s'est échelonné sur une année mais se poursuivra sans cesse. Plus question de statu quo, l'adaptation aux

part aux échanges et aux décisions. Il était de notre devoir de trouver des solutions afin d'apporter les correctifs qui s'imposaient. Ces recommandations n'ont pas toutes été faciles à mettre en place – certaines dérangeaient –, mais elles ont eu au moins le mérite d'être nommées et entendues par tous. Les guerres de pouvoir se sont tranquillement estompées pour faire place à un pouvoir partagé. L'équipe est sortie de sa passivité et s'est engagée prudemment dans l'action. Malgré la réserve et le scepticisme face à notre démarche, l'espoir a repris sa place. Des changements de poste se sont faits dans la coopération et ont permis au plus grand nombre d'intervenants d'être satisfaits. Certains changements plus difficiles ont suscité des réactions normales qui ont pu s'exprimer puis recevoir les explications nécessaires. Finalement, ces réactions ont été gérées par l'équipe sans trop de heurts et avec beaucoup de maturité.

« Depuis plusieurs années, notre discours portait sans cesse sur l'importance de redonner le pouvoir à l'utilisateur, de favoriser sa participation et son engagement dans tout le processus le concernant. Cette même philosophie a été reprise pour soutenir la restructuration du CTR. »

justifiaient des ajustements dans nos services. Ces divers éléments, combinés à l'arrivée d'une nouvelle gestionnaire au CTR, ont été l'amorce d'un changement en profondeur.

Le mode de gestion au Centre hospitalier Robert-Giffard comme au CIR de Nemours se fait conjointement par une responsable clinique (psychiatre et une gestionnaire administrative). De notre point de vue, l'arrivée de cette nouvelle gestionnaire a été la bougie d'allumage qui a su insuffler l'espoir que le CTR avait perdu. Elle croyait en nous et voyait ce que nous ne voyions plus. Elle ne mettait pas l'accent sur nos difficultés, elle nous rappelait aussi nos réussites, percevait nos forces et notre créativité. Mais laissons-la nous raconter ce qui s'est passé.

Cette équipe où je devenais le chef d'unité, je la connaissais pour y avoir déjà travaillé. Après quelques années, je la retrouve énormément fragilisée, on ne se fait plus confiance, chacun s'est replié sur soi pour éviter des blessures. Les gens étaient démobilisés, en maladie ou en survie. Une firme externe a été invitée à analyser la situation, à établir son diagnostic et à faire ses recommandations. Parallèlement, un nouveau gestionnaire a fait son entrée au programme de formation continue et nous a proposé une formule plus innovatrice. La proposition collait bien à l'approche du CTR, elle a plu et elle a été adoptée. Il s'agissait d'associer un entraîneur aux deux gestionnaires pour qu'il les appuie. Ainsi soutenues et en confiance, ces dernières ont mis en place les conditions pour que les équipes, les usagers, leurs familles et leurs proches puissent s'engager dans une

situations devra dorénavant être perpétuelle. Dans la perspective de redonner du pouvoir aux personnes, des comités ont été mis sur pied où tous les intervenants ont été sollicités. On y a également intégré des usagers, des proches et nos partenaires des organismes communautaires. Cette proposition a suscité de la résistance. N'est-il pas sage de laver notre linge sale en famille... alors, pourquoi intégrer aux comités des personnes extérieures? La réponse est simple : il s'agit de l'affaire de tout le monde. Nous ne sommes pas là pour notre fonctionnement interne, mais pour donner des services à des personnes qui ont quelque chose à dire sur ceux-ci. Cette façon de faire permet également de bénéficier d'une vue extérieure à la situation. Entre nous, il est tentant de prendre une position complaisante et d'en rester à des changements superficiels. L'œil de l'autre apporte une vision plus globale et souvent plus objective. En soi, l'inclusion de ces participants externes, par le simple fait de leur présence, le partage de leur vision sur l'organisation et bien sûr, l'apport de leurs observations et suggestions, oblige le groupe à se réorganiser différemment. Ce premier moment de résistance passé, tout le monde s'est attelé à la tâche. Histoire d'établir l'état de la situation, nous avons recueilli l'appréciation de nos services auprès du plus grand nombre possible de personnes. Des sondages-maison ont été envoyés aux utilisateurs de services du programme, aux proches et aux intervenants avec qui nous sommes en partenariat. Le portrait s'est lentement dessiné; nous étions appréciés, bien sûr, mais il y avait des lacunes et des irritants que nous ne pouvions plus ignorer. Il fallait y remédier. Les groupes ont formulé des recommandations qui ont été reprises au comité central, appelé comité de coordination, où là encore, un usager et un proche prenaient

On peut émettre deux hypothèses explicatives autour de cette démarche réussie : 1) la congruence du modèle clinique avec le modèle de gestion; 2) l'effet tiers de la présence d'usagers, de parents et d'acteurs d'organismes communautaires au sein des comités de la restructuration.

Relativement à la première hypothèse, mentionnons que depuis plusieurs années, notre discours portait sans cesse sur l'importance de redonner le pouvoir à l'utilisateur, de favoriser sa participation et son engagement dans tout le processus le concernant. Cette même philosophie a été reprise pour soutenir la restructuration du CTR. En étant ainsi interpellés et consultés, les intervenants ont vécu de l'intérieur ce qui leur était demandé comme attitude auprès des personnes utilisatrices de services. Notre façon de faire reconnaissait leur capacité de se rétablir comme collègue et comme membre d'une organisation et d'être partie prenante à ce processus. Nous avons fait confiance à leur jugement, à leur expérience et à leur créativité, et nous avons eu raison.

De plus, la place accordée aux personnes ciblées par nos services, à leurs proches et à nos partenaires semble être, elle aussi, un atout favorisant le succès du processus. Leur vision extérieure nous a d'abord permis de prendre le recul nécessaire à une évaluation plus juste des forces et des difficultés du Centre, puis elle a ouvert un espace de discussion et

de création permettant à des solutions novatrices de prendre place. Nous aurions sûrement pu aller plus loin mais nous avons apprivoisé cette proximité et compris qu'elle était essentielle pour tous.

En rétrospective, nous constatons que le cheminement vers notre réorganisation s'est avéré aussi important que le résultat obtenu. Tout au long du parcours, nous avons repris, en tant qu'organisation, conscience de notre pouvoir d'agir. Nous savons maintenant que nous pouvons nous rétablir, nous sommes sortis de notre impuissance. Bien que le processus de rétablissement ne soit jamais complètement terminé, les services offerts tiennent maintenant compte de nos nouvelles réalités. Ils sont mieux adaptés aux besoins de nos clients et partenaires tout en étant respectueux des préoccupations des employés. De son côté, le travail d'équipe et la confiance mutuelle sont revenus. Le climat de travail est nettement amélioré et tous en bénéficient. Tant sur le plan personnel que sur celui de l'organisation, nous sommes satisfaits et fiers de notre cheminement, au-delà même de nos attentes initiales. La reprise du pouvoir d'agir dans un pouvoir partagé est l'affaire de tous, gestionnaires, intervenants, utilisateurs de services et proches.

2. Une façon de faire qui évite le traumatisme de l'hospitalisation, Suzanne Corriveau, infirmière, en collaboration

Les périodes de crise font partie de l'évolution normale des personnes. Au CTR, nous avons adapté nos interventions afin de soutenir le processus du rétablissement même lors de ces épisodes.

Lorsqu'un client connaît des moments plus difficiles, il peut d'abord nous joindre au téléphone à toute heure du jour et de la nuit, quel que soit le jour de la semaine. On lui offre alors des moyens qui pourront l'aider à passer à travers ces périodes et ainsi prévenir une rechute. Lors de ces appels, le client peut compter sur une écoute active, une aide afin de gérer le stress, une évaluation de la condition mentale et du risque. Le but n'est pas de trouver la solution au problème, mais d'amener la personne à trouver sa solution et de l'accompagner tout au long du processus. Par la suite, nous assurons le suivi par l'équipe habituelle. Par contre, si ces moyens s'avèrent insuffisants, il y a d'autres possibilités d'interventions. Un membre

de l'équipe peut aller à la rencontre de la personne. Également, celle-ci peut se présenter au Centre pour voir un intervenant et venir passer un moment dans la journée. Elle peut également être référée à d'autres ressources dans la communauté qui pourront répondre à des besoins spécifiques. Enfin, si elle est en voie de se désorganiser ou qu'elle nécessite un traitement plus soutenu, elle est admise au Centre, où nous disposons de lits de traitement, une alternative à l'hospitalisation. Du

« Pour en arriver à placer l'utilisateur dans une situation de rétablissement, l'intervenant doit faire preuve d'une très grande autonomie professionnelle, d'un bon jugement, d'une capacité de prendre des décisions rapides et d'une liberté d'action dans ses interventions. »

personnel infirmier est présent 24 heures par jour et les psychiatres viennent faire leur consultation sur place. Tant que la personne ne représente pas un danger pour elle ou pour les autres et qu'elle est volontaire pour le traitement proposé, elle peut bénéficier des services. Cette manière de faire évite une hospitalisation, souvent vécue négativement par les personnes. Celles-ci sont fières d'avoir réussi à passer au travers sans avoir recours à l'hospitalisation.

Dans le programme du CTR, on place l'utilisateur au cœur de ses décisions, on le responsabilise face à son traitement tout en lui offrant l'encadrement et le soutien nécessaires. Le dosage entre la responsabilisation et la protection n'est pas nécessairement facile et demande des réajustements constants de l'équipe. Ainsi, le respect du rythme de la personne ne doit pas empêcher la stimulation qui permet de contrer les symptômes négatifs de la maladie. De même, le respect de ses choix et de son droit de faire des erreurs ne veut pas dire l'abandonner dans une situation dangereuse pour elle ou pour les autres. Le travail multidisciplinaire, la remise en question de nos façons de faire et l'ouverture à un changement de cap rapide selon l'évolution permettent de maintenir nos interventions à un dosage approprié même s'il n'y a jamais rien d'acquis.

Pour en arriver à placer l'utilisateur dans une situation de rétablissement, l'intervenant doit faire preuve d'une très grande autonomie professionnelle, d'un bon jugement, d'une capacité de prendre des décisions rapides et d'une liberté d'action dans ses interventions. Il doit également être capable de communiquer efficacement avec les membres de l'équipe multidisciplinaire et participer activement au plan d'action mis en œuvre.

Cette façon de faire soulève cependant plusieurs questions; elle nous met face à nos valeurs personnelles, à nos limites et à nos responsabilités en tant qu'infirmières travaillant au sein d'une ressource externe. Par exemple, les règles des politiques et des procédures du Centre hospitalier Robert-Giffard qui ne sont pas toujours en harmonie avec les valeurs du CTR. Il est facile de comprendre qu'une petite organisation clinique communautaire n'a pas besoin des mêmes règles de fonctionnement qu'un hôpital psychiatrique, que l'on pense aux tournées la nuit, à la sécurité ou à la salle des fumeurs pour ne parler que de celles-là.

3. Un outil qui permet à la personne de devenir maître d'œuvre de son rétablissement et de nous donner des points de repère, Martine Goudreault, éducatrice, en collaboration

Un des outils privilégiés des éducateurs est sans aucun doute le plan d'intervention. Dans le passé, cet exercice et les objectifs en découlant se faisaient quelquefois en l'absence de la personne. La prise en charge par l'intervenant, faite en toute bonne foi à cette époque, laissait peu de place à la personne. Les objectifs fixés nous semblaient réalistes et réalisables. Que nous étions loin de l'empowerment! Que de déceptions

aussi!!! Notre bonne volonté conjugée à nos souhaits de bienveillance n'ont pas toujours été source de réussite. Petit à petit, la notion d'*empowerment* a fait partie du langage. Au CTR, nous suivons le courant, nous élaborons notre outil de plan d'intervention intitulé « Maître d'œuvre de mon projet de vie ». À partir de ce moment-là, la personne a commencé à participer activement et à prendre toutes les décisions la concernant.

Le plan d'intervention se fait à partir d'un guide. La personne prend conscience de ses forces, de ses difficultés et amorce ainsi une réflexion qui la conduira à concrétiser ses choix de vie. Ce n'est pas sans heurts que nous lui laissons toute cette place. La route nous apparaît quelquefois longue, les buts irréalistes et l'échec inévitable. Où se situe notre rôle? Nous nous sommes d'abord sentis un peu exclus par cette nouvelle démarche, comme si notre expertise ne comptait plus. Avec le temps, nous réalisons que cette manière de faire permet l'éclosion d'une nouvelle expertise, celle de la personne utilisatrice de services concernant sa propre vie. Elle ne fait pas fi de notre propre expertise, mais elle se conjugue plutôt à celle de tous les intervenants rendant l'ensemble plus efficient. Même si, à première vue, le projet de vie de la personne nous apparaît irréalisable, nous ne la « freinons » pas dans ses rêves. Au contraire, nous utilisons ces derniers comme source de motivation. Nous établissons ensuite avec la personne les étapes intermédiaires indispensables, lesquelles pourront conduire à la réalisation progressive du rêve ou permettront d'ajuster celui-ci à la réalité. Ainsi, en ne mettant pas de côté le rêve, l'espoir naît et agit comme moteur du rétablissement. La lueur de fierté dans les yeux de la personne! Elle est enfin écoutée, elle prend part aux décisions qui la touchent et elle décide de son projet de vie. En lui redonnant du pouvoir sur sa vie, nous lui permettons d'explorer son potentiel et de miser sur elle et son environnement pour cheminer et redevenir la personne trop longtemps oubliée. Tout cela confirme que nous sommes dans la bonne direction.

Malgré tout, la maladie conduit parfois la personne à cesser ses activités ou à prendre un certain recul. Nous lui rappelons alors les efforts qu'elle a faits

jusqu'à maintenant; les éducateurs sont présents et remettent en évidence ses forces. Nous nous relevons ensemble et nous repartons tout simplement. Notre rôle n'est plus celui de spectateur et de décideur, mais celui d'accompagnateur et celui-ci est beaucoup plus confortable.

« Dans ma pratique clinique, une des surprises agréables reliées au rétablissement est le témoignage de personnes découvrant cette orientation et leur pouvoir dans ce sens. »

Dorénavant, nous ne voyons plus seulement la maladie avec ses multiples symptômes, mais d'abord et avant tout une personne avec ses besoins et ses rêves.

4. Des rencontres où l'humain rencontre l'humain

• **Le rétablissement en thérapie**, *Claude Lamothe, psychologue*

Depuis sept ans au CTR, je travaille avec des personnes dont la vie a été bouleversée par des difficultés qui ont contribué à un enfermement personnel et social. Dans leur lutte pour sortir de cette prison et de leurs contraintes, elles ont décidé de m'ouvrir une porte pour chercher les clés nécessaires à leur libération et à l'amélioration de leur situation.

Sans expérience professionnelle avec ce genre de difficulté, j'ai aussi accepté d'ouvrir ma porte et de me laisser guider sur cette nouvelle route par différentes sources : les personnes elles-mêmes, les intervenants ayant de l'expérience, certaines lectures et ma vie personnelle. J'ai eu la chance de me retrouver dans un milieu de travail ouvert à faire une place privilégiée à la clientèle et réceptif aux démarches des intervenants. Ces ingrédients ont constitué une base commune facilitant le rapprochement et l'ouverture.

Dans ma pratique clinique, une des surprises agréables reliées au rétablissement est le témoignage de personnes découvrant cette orientation et leur pouvoir dans ce sens. Plusieurs personnes reçoivent avec une certaine réserve une invitation à investir dans cette direction. Quand elles découvrent leur pouvoir et les effets de celui-ci, elles expriment qu'elles reprennent goût à la

vie et se libèrent d'un enfermement de plusieurs années. Elles semblent engager une nouvelle lutte pour sortir d'une position de survie. Le rétablissement de leur capacité à communiquer avec elles-mêmes et avec leur entourage représente un moment de bonheur favorisant la

reprise de leur place parmi les autres. Avec ces témoignages vivants, j'ai de plus en plus de facilité à me libérer de certains modèles cliniques et à me laisser guider par celui de la clientèle et de ma propre expérience de vie, incluant ma formation. Dans le fond, ils m'invitent à sortir d'une autre sorte d'enfermement et à poursuivre une nouvelle étape professionnelle. Cette liberté retrouvée redonne de l'énergie pour affronter les contraintes de la vie et traverser des moments extrêmement difficiles avec ces personnes.

J'ai appris que chaque rencontre est unique et correspond au meilleur moment qui m'est offert pour aider une personne sur le chemin de sa vie. J'ai appris à accroître ma tolérance face à l'inconnu et aux « bizarreries » de la vie et à mieux situer ma place et celle de l'autre. J'ai appris que le « mal à dire » nécessite une « écoute inconditionnelle » et que l'apprentissage du langage de la douleur peut ouvrir la porte à un soulagement propre à la personne. J'ai appris que des personnes peuvent se perdre et qu'elles ont besoin de se retrouver pour reprendre une nouvelle route favorisant le rétablissement de leur capacité d'aimer. J'ai appris que la dureté de la vie porte atteinte à l'intégrité des gens et qu'elle peut nécessiter des alliances thérapeutiques diverses afin de rétablir cette intégrité. J'ai appris que la recherche des ingrédients essentiels à notre vie est une lutte quotidienne et que pour être en mesure de lutter, nous avons besoin d'un minimum d'énergie disponible. J'ai appris que sentir le soutien d'une autre personne peut se traduire par une simple présence attentive et représenter la base sécurisante conduisant à un rétablissement. J'ai appris que le temps investi est aussi un élément fondamental dans le processus.

Quelles sont les difficultés liées au rétablissement dans ma pratique clinique? D'une part, ma pratique s'inscrit dans le cadre d'un établissement avec sa mission, ses orientations, ses contraintes légales et administratives, son organisation clinique et ses approches privilégiées... Ce cadre est véhiculé par un ensemble de personnes ayant une formation, une expérience et un statut divers. Il est loin d'être facile et évident de se faire une place personnalisée reconnue positivement si elle dérange l'ordre établi. D'autre part, les personnes admises dans les services répondent à certains critères faisant référence à leur situation problématique. Parmi les critères utilisés, il y a la présence d'une maladie mentale « diagnostiquée » et résistante aux traitements médicaux. Dans les faits, les personnes rencontrées ont souvent eu l'occasion de vivre des traitements qui ont laissé des traces plutôt négatives. Elles se présentent fréquemment dans un contexte de soumission et de conformité aux traitements prescrits, plaçant l'intervenant dans une position d'autorité : elles ont abandonné leur pouvoir aux mains des experts; parfois, elles ont remis leur sort à une toute-puissance divine. À l'occasion, certaines personnes emploient les rencontres pour résister et s'opposer aux autorités médicales. Je n'ai pas encore eu l'occasion de commencer une démarche avec une personne se situant dès le départ comme un partenaire dans la modification de ses conditions de vie. La première étape est régulièrement reliée au rétablissement d'un rapport de personne à personne avec des bagages différents. La recherche des ingrédients qui conviennent fait également partie de cette démarche.

Parmi les autres difficultés, il y a la nature même du défi : tolérer d'être guidé par une personne pouvant être temporairement « aveuglée » par des émotions et disposant de conditions accentuant sa vulnérabilité au regard de l'autre. Le retrait ou battre en retraite représente souvent une façon de se protéger et d'être en mesure de récupérer. Même dans le groupe clairement identifié comme moyen de soutien au rétablissement, les personnes ont ten-

dance à s'absenter lorsqu'elles vivent des moments très difficiles. Quand elles osent prendre une place active dans ces circonstances, elles craignent intensément les répercussions pour elles et pour l'entourage. Accepter cette distance, trouver le dosage approprié, rétablir le lien et évaluer les risques de violence (pour la personne elle-même et pour les autres) met en évidence la vulnérabilité de chacun. La minceur des frontières entre les personnes, entre le réel et l'imaginaire, entre la santé et la maladie, entre la vie et la mort, représente une situation parfois difficilement supportable : un état de crise nous met en contact avec une intensité émotionnelle envahissante où la terreur et le désespoir menacent l'intégrité de la personne.

Ce que j'apprécie le plus dans ma pratique actuelle et que je crois être en lien avec la place faite au rétablissement, c'est la chance de vivre quotidiennement des moments où la santé est présente et mise à contribution pour réduire la place du « mal à vivre » et du « mal » dans la vie. Ce que j'apprécie aussi, c'est la possibilité de pouvoir laisser aux personnes le choix de l'utilisation de mes services : fréquence, durée, contenu... Cette liberté m'apparaît faire partie des ingrédients contribuant au rétablissement de leur pouvoir et à l'établissement d'une alliance thérapeutique. Ce qui m'a le plus touché jusqu'à maintenant, c'est d'être avec des personnes luttant contre « l'enfermement » et retrouvant leur goût de vivre. Ces passages constituent une source très riche d'espoir.

• **Le groupe sur le rétablissement,**
Claude Lamothe, psychologue, et Yolande Champoux, travailleuse sociale

À la suite de la conférence d'une personne ayant elle-même l'expérience de la maladie mentale et exerçant un travail d'intervenant, nous avons offert la possibilité d'une rencontre à tous les gens intéressés à réfléchir sur le sujet du rétablissement. Nous avons proposé d'utiliser des textes sur le sujet et l'expérience des personnes présentes. Les seules indications

données pour participer à cette rencontre ont été d'avoir de l'intérêt et de s'identifier simplement comme une personne autour de la table. La question du statut a été mise au second plan. Dans notre esprit, un jour ou l'autre, chaque personne a eu l'occasion de vivre des situations très pénibles dont elle a eu à se rétablir. Cette expérience peut contribuer à alimenter la réflexion. Au départ, notre invitation a rejoint une dizaine de personnes ayant une expérience et une formation différentes.

À la première rencontre, il est évident que la consigne de s'identifier d'abord comme une personne ne s'est pas faite de façon spontanée. La disposition des gens autour de la table et leur présentation ont mis en évidence le statut de chacun. En tant que psychologue, je me suis posé la question de l'ouverture que j'allais faire concernant mon expérience personnelle et quel effet pouvait avoir celle-ci sur des personnes que je vois en thérapie individuelle. Je me suis aussi demandé comment elles allaient se situer par rapport à leur participation en groupe. À cette époque, ma réflexion sur le rétablissement s'inspirait d'un passage où j'ai « frappé un mur » sur le plan professionnel. Je faisais également un lien avec le discours de certaines personnes qui associaient la découverte de leur maladie à un mur qui les avait jetées par terre. La distance que j'ai trouvée m'a permis d'ouvrir sur les moyens utilisés et de conserver une grande réserve par rapport à la charge émotionnelle présente durant ce passage. L'échange s'est concentré sur les moyens propres à chacun et les ressemblances quant aux méthodes utilisées pour traverser un moment difficile. L'écoute du groupe et l'ouverture des personnes ont donné le goût de poursuivre cette démarche. Chaque rencontre se traduit par un rapprochement entre les personnes et un investissement sur un chemin en construction : créer une nouvelle relation et réfléchir sur le rétablissement. Les personnes arrivent à prendre la place qui leur convient et contribuent au choix des thèmes de réflexion. Il est possible d'être présent sans prendre activement la parole; il est possible de s'exprimer de façon émotionnelle; il est possible d'être écouté malgré un discours désorganisé en apparence; il est possible d'être là et d'être apprécié pour sa présence. Un noyau se constitue et d'autres personnes s'ajoutent pour faire un bout de route. Graduellement, le groupe fait non seulement une place à la réflexion mais aussi au soutien.

« Chaque rencontre se traduit par un rapprochement entre les personnes et un investissement sur un chemin en construction : créer une nouvelle relation et réfléchir sur le rétablissement. »

L'enthousiasme de cette démarche entraîne même quelques membres du groupe à participer à des colloques pour partager la richesse de cette expérience.

Se redonner espoir

Le premier effet évident est au cœur du processus de rétablissement : l'**espoir**. Garder intacte la flamme de l'espoir ou la rallumer. Qui de nous n'a pas eu ses moments de découragement, de désillusion, de fatigue? Il n'est pas nécessaire d'énumérer toutes les raisons, tous les contextes qui peuvent expliquer, voire justifier, un état temporaire mais sérieux de manque d'enthousiasme et d'abandon de nos idéaux de départ. Nous savons que nous ne pouvons pas transmettre à l'autre la conviction qu'il peut s'en sortir, si nous ne la portons pas en dedans de nous. Dans le groupe sur le **rétablissement**, chacun est porteur

de guérison. La guérison souhaitée par l'entourage et espérée par la personne prend une place légitime sans immobiliser celle-ci dans une attente désespérante. La personne peut rétablir les conditions appropriées pour améliorer sa qualité de vie. L'espoir s'alimente de ces progrès présents dans le quotidien.

Comme les proches, comme les personnes atteintes, nous avons besoin d'une source d'espoir.

L'espoir est contagieux, et juste une petite dose peut rallumer l'étincelle qui nous permet de continuer.

Accroître sa capacité d'empathie

Le choix de laisser tomber notre rôle d'intervenant nous oblige à faire l'effort de retracer et de dévoiler des zones d'inconfort et de vulnérabilité où nous devons

cours de ces rencontres « magiques ». Quand quelqu'un prend la parole, il sait mieux que quiconque nommer ce qui l'habite et qui fait sens pour lui. Chacun est l'expert de son propre rétablissement. Chacun découvre son pouvoir d'agir en le partageant avec les autres. Le climat de respect et l'écoute des mots, des silences et des émotions rendent possible une libération par la parole. Et chacun se réapproprie ces mots pour se reconforter et les réinvestir dans son quotidien, dans son travail, dans sa relation avec autrui.

Augmenter sa tolérance à l'incertitude, à l'ambiguïté

Nous avons commencé ces rencontres certes avec enthousiasme, mais sans trop savoir où cela allait nous mener. C'est le groupe qui nous conduit, qui fixe lui-même ses propres règles, son rythme, ses thèmes. Nous ne savons pas à l'avance qui sera présent, ce qui se passera et comment ça se passera. Au début, nous abordions un thème, choisi à la fin de l'échange de la rencontre précédente. Maintenant, nous nous concentrons essentiellement sur le soutien mutuel, et accueillons les personnes comme elles sont au moment où elles se présentent, selon les situations ou les événements qu'elles vivent. Nous apprenons à faire confiance à notre capacité d'écoute et de tolérance, y compris devant les silences, les émotions ou les propos parfois confus qu'entraîne la maladie ou la détresse. Nous savons que les personnes dans le groupe sauront trouver les mots pour reconforter ou encourager, mais aussi pour rire et dédramatiser.

Plus nous participons à ces groupes, plus nous constatons leur richesse, leur dynamisme et leur capacité de procurer l'aide que seuls, nous ne pouvons offrir. Nous sommes moins pris dans le piège du « sauveur », des solutions à trouver pour l'autre, de l'action à mener à tout prix.

Diminuer son sentiment d'impuissance

Comme intervenant, on se sent impuissant quand on veut trouver une solution rapide et qu'on n'en trouve pas; quand on a travaillé tellement fort qu'on a l'impression « d'avoir tout essayé »; quand on porte sur ses épaules le poids de la souffrance et des problèmes de l'autre; quand la situation est complexe et qu'on est seul pour l'affronter, etc. En aidant l'autre à reprendre sa « position de sujet » et à reprendre du pouvoir sur sa vie, nous travaillons à deux à trouver des solutions. En mettant la personne en présence d'autres personnes,

« Plus nous participons à ces groupes, plus nous constatons leur richesse, leur dynamisme et leur capacité de procurer l'aide que seuls, nous ne pouvons offrir. Nous sommes moins pris dans le piège du « sauveur », des solutions à trouver pour l'autre, de l'action à mener à tout prix. »

10

d'espoir. Chacun est à une étape différente de son cheminement, et porte son lot d'échecs et de réussites, de rechutes et de rebondissements. Que ce soit pour lutter contre la maladie mentale ou pour passer à travers des périodes difficiles, la vie est un combat, le rétablissement est aussi un combat pour la vie. Et chacun trouve en lui les façons de le mener. Partager ces récits est extrêmement stimulant, parce que ça nous montre comment chaque effort peut porter ses fruits, et à quel point une toute petite réussite peut être une véritable victoire. Quant aux personnes qui vivent des moments difficiles, l'expérience nous indique que le groupe leur offre le réconfort dont elles ont énormément besoin pour continuer à se battre. Libérer les mots pour dire sa souffrance soulage d'une partie du poids qui nous empêche d'avancer et de retrouver espoir...

L'apprentissage et l'intégration du rétablissement deviennent des facteurs de protection de l'espoir et offrent une plus grande sécurité que les désirs

chercher des moyens et mobiliser toute notre énergie pour nous en sortir. C'est une excellente façon de saisir ce qu'il faut de détermination et de courage pour se rétablir d'une maladie mentale. Nous croyons que cela rend notre écoute plus authentique et plus empathique. Passer par ses propres moments de souffrance nous permet de mieux entrevoir la souffrance de l'autre. Reconnaître quels ont été les repères qui nous ont permis de nous retrouver et de nous remettre sur pied lors de périodes particulièrement difficiles crée une complicité, une solidarité nouvelle avec les personnes du groupe.

Reconnaître la compétence des personnes et leur pouvoir d'agir pour leur propre rétablissement

Nous avons l'occasion de travailler dans un centre où l'approche du rétablissement est privilégiée. Nous avons été touchés par les récits de M. Luc Vigneault, par « L'itinéraire du cœur » de Patricia Deegan. Cependant, jamais nous n'avons autant appris sur le rétablissement qu'au

on lui permet de se voir dans le regard de l'autre, d'être appréciée par ses pairs et de reprendre confiance en sa capacité d'agir. Nous sommes plusieurs à chercher ensemble les chemins du rétablissement, et nous pouvons observer et entendre qu'il est possible d'y parvenir.

• **Un groupe d'entraide : PAR ou POUR les usagers?**, Yolande Champoux, travailleuse sociale

L'origine du groupe d'entraide du CTR remonte à une journée de réflexion réunissant intervenants et personnes utilisatrices, où ces dernières avaient formulé cette demande. Le groupe n'a entrepris ses activités qu'en 2004, soit trois ans après qu'un premier comité d'implantation a discuté des principes de fonctionnement et élaboré des objectifs de travail. Le but était d'en faire un véritable groupe « par et pour » les usagers. Les discussions au sein du comité allaient en ce sens également. Cependant, quand nous avons réuni les personnes utilisatrices lors d'une première rencontre, les attentes exprimées étaient on ne peut plus claires : organiser des activités pour briser l'isolement, se créer un réseau d'amis, échanger, se désennuyer et s'entraider. Les personnes ne désiraient pas chercher un autre lieu de rencontre que celui où il leur était plus facile de venir : le CTR. Nous avons démarré avec le soutien de deux intervenants, et nous sommes toujours présents, malgré la volonté de nous rapprocher le plus vite possible de notre idéal de départ. Nous avons vite constaté que lorsque nous relâchions notre présence, la participation avait tendance à diminuer, parfois même les activités tombaient, même si les personnes elles-mêmes les avaient choisies et organisées.

Nous avons donc maintenu notre assistance en proposant d'autres moyens pour accroître l'engagement des personnes, en respectant leurs intérêts, leurs capacités et leur rythme. Nous avons avec elles continué d'organiser des activités qui leur plaisent, auxquelles elles se sentent libres de participer, comme et quand elles le veulent. Nous avons accepté de mettre « sur la glace » notre idéal, pour coller davantage à ce qu'elles nous demandaient, à ce dont elles avaient concrètement besoin.

« Le rétablissement n'est pas un traitement que l'on applique de l'extérieur, une technique à apprendre, mais plutôt une expérience à vivre et à partager, un processus qui conduit à un nouvel état où peuvent coexister cicatrices et parties saines, que ce soit pour la personne utilisatrice de services, l'intervenant, l'organisation ou le réseau lui-même. »

Nous avons pris des cafés, marché, effectué quelques sorties et activités de plein air, nous avons jaser de tout et de rien, assez peu finalement de la maladie et de ses problèmes. Nous avons ri, écouté des films, discuté des raisons qui faisaient que certains étaient absents ou que telle activité n'avait pas fonctionné. Nous avons souvent parlé du soutien et de l'entraide, de la difficulté à se motiver et à se mettre en action. Puis certains se sont engagés dans des comités, d'autres ont participé à des colloques ou à des projets. Des petits gestes ont été posés, quelques participants se sont appelés puis retrouvés à l'extérieur du CTR. Quelques-uns réalisent présentement un vidéo sur le Centre. Le groupe d'entraide existe, il est en quelque sorte un point de référence pour se retrouver entre pairs. Le soutien et l'entraide sont la conséquence d'un sentiment d'appartenance de plus en plus solide.

Comme quoi il faut parfois lâcher prise quant à nos belles intentions, et laisser les personnes aller là où elles le désirent vraiment. Je sais pertinemment que le groupe d'entraide est important, tel qu'il est, pour les personnes qui le fréquentent, car elles reviennent et s'y sentent bien.

Nous ne savons pas si le groupe d'entraide deviendra un jour autonome et indépendant du CTR. Nous tentons d'offrir les moyens pour que cela devienne possible. Mais il se peut également que cela n'arrive pas, que les personnes aillent ailleurs chercher leur envol : dans d'autres groupes, dans d'autres lieux où elles sauront prendre la parole et leur place de citoyen. Si le groupe d'entraide servait de tremplin, ce serait déjà beaucoup.

Conclusion, Marie-Luce Quintal, responsable clinique

Avec cet article, nous avons voulu susciter votre désir de faire partie de la démarche visant à construire un réseau dont les

interventions soutiendront le processus de rétablissement des personnes atteintes d'un trouble mental. Le rétablissement n'est pas un traitement que l'on applique de l'extérieur, une technique à apprendre, mais plutôt une expérience à vivre et à partager, un processus qui conduit à un nouvel état où peuvent coexister cicatrices et parties saines, que ce soit pour la personne utilisatrice de services, l'intervenant, l'organisation ou le réseau lui-même. Il serait dangereux de tenter de reproduire le CTR car chaque organisation, comme chaque personne, est unique. Vous pouvez vous inspirer de sa démarche ou de ses outils, mais vous aurez à créer la « chimie » de votre organisation. En bon médecin, je ne peux terminer sans vous laisser avec une prescription; la voici donc :

→ N'attendez pas avant d'intégrer des utilisateurs de services et des proches dans vos comités lorsque vous planifiez, évaluez ou organisez vos services; ils ont une longueur d'avance dans le processus de rétablissement et ils peuvent être des guides précieux.

→ Ne soyez pas pressés. Une personne utilisatrice m'a déjà dit : « Docteur, on ne peut pas tirer sur la fleur pour qu'elle pousse plus vite ». Cela a été une belle leçon et je me répète souvent cette phrase quand l'impatience me tenaille.

→ Osez, risquez et acceptez de vous tromper et de recommencer. Il n'y a pas d'autre manière de grandir et de changer. Les crises créent un déséquilibre et favorisent le changement.

→ Regardez les étapes une à la fois, ayez une approche de petits pas. La montagne paraît toujours trop haute à escalader, mais un pas à la fois, on peut y arriver.

→ Ne restez pas seul, créez des alliances. Il y aura de la résistance au changement dans le réseau, ne la vivez pas de manière isolée.

→ Bon rétablissement!

Témoignages de participants au groupe de rétablissement du CTR

Retrouver sa clé, et retourner à nos moutons! Qu'est-ce que ça m'apporte, l'expérience du groupe de rétablissement? Seule et avec les autres

Par Marie-Noël, utilisatrice de services

Le groupe m'apporte des présences, du soutien avec les autres, me permettant de comprendre, de saisir les besoins des autres qui m'entourent et de socialiser dans un climat de confiance et de partage, d'émotions qui nous touchent, nous rejoignent quelque part en nous.

Les outils : ces échanges avec les autres m'aident à me différencier, à ressentir l'**espoir**, la volonté, les forces qui m'habitent, une acceptation de ce qui m'arrive en ce présent, de vivre une **solitude partagée** dans un monde où règnent les peines, la maladie, et tenter de se relever ensemble, chacun à sa façon. Ce qui attire mon attention, c'est une clé qui ouvre la porte : « AGIR » une fois, deux, puis trois et encore; une manière typique de se relever de l'isolement. Mon expérience est un atout lorsque je ferme la porte de mon appartement et avec le sourire aux lèvres, me voilà prête à fréquenter les coins nature, à écrire ou

à dessiner. Puis satisfaite et consciente de mon geste, le désir continue, fière de moi, le cœur battant.

Mon petit bonheur se satisfait de choses telles que les soins corporels, les vêtements appropriés, un appartement propre et agréable à vivre. « Opération agir » est mon remède tout comme la prise de mon PRN, parfois indispensable à cause de l'anticipation du stress, car « les autres me dérangent », j'ai un sentiment de gêne, de honte parfois, une peur d'être critiquée, et je me demande comment agir ou réagir.

Il est essentiel de vivre le sentiment d'**estime de soi** pour accueillir l'amour des autres. À ce moment, la confiance réciproque règne. Aimer et être aimée délivre et reconforte, c'est surprenant et même inattendu; un petit velours comme un PRN.

Ce que j'aime en moi, c'est le sentiment de mon apprentissage et des efforts que j'y fais, une réadaptation à tout ce qui m'est propre, ma vie, les affaires qui m'appartiennent, mes pensées, mes forces émergeant avec le temps. Un branle-bas de ma personnalité, de mes goûts, de mes émotions, de mes

souvenirs. Un plus positif, une imagination créatrice et c'est ça qui me tient debout et m'avoue heureuse et belle. Les autres, par exemple, m'aiment bien plus que je peux m'imaginer, en étant même un modèle pour mes proches, indépendante et rassurée. Quels que soient les contacts que l'on entretient avec les autres, ce qui importe, c'est que chacun a en lui une « lueur » qui vibre, une énergie positive à retenir et à protéger, puis à répandre comme un rayon de soleil. Le boute-en-train, j'imagine.

Les rechutes ne sont pas un échec en soi. Elles sont la **manifestation d'un mal-être** général autant physique que dans l'âme qui semble se détériorer, qui me retient prisonnière, renfermée, un moins et encore un moins accumulés. À ce moment, il faut consulter, retourner aux outils, « s'accrocher à ce qui nous fait du bien », dire non à ce qui nous nuit et persévérer pour retrouver la forme, **remonter la pente** de la vie, accepter l'aide, s'abandonner aux petits plaisirs qui renaissent, s'énergiser en **AGISSANT!**

« La pilule est difficile à avaler »; mais ça vaut la peine d'essayer! Et encore... se rétablir pas à pas; et retrouver sa clé!

12

Facteurs qui ont contribué à mon rétablissement comme parent (monoparental)

Par Gertrude Bilodeau, parent

1. L'écoute qu'on m'a accordée après des mois et des mois d'errance (4 ans) avant le diagnostic. Ces mois ou ces années ont été les plus pénibles de ma vie, où mon fils était rejeté un peu partout et par le fait même, moi aussi. Ne connaissant rien de la maladie mentale, tous les outils m'ont été offerts comme sur un plateau d'argent, où le mot « espoir » était le plus important, moi qui ne voyais aucun espoir, car mon fils était très atteint.

2. On a exploité à sa sortie de l'hôpital son potentiel. Avec espoir et dignité, en douceur, sans le brusquer, ce qui était très important pour moi, car je l'avais élevé dans la douceur et l'écoute. On a fait de même avec moi. Aujourd'hui, mon fils vole de ses propres ailes, car on lui a redonné des ailes.

3. Mon rétablissement s'est fait progressivement, car les résultats n'ont pas tardé à apparaître. Les phrases positives ont été accueillies avec joie après ces mois d'enfer tant pour lui que pour moi. Tout à coup, il avait du potentiel, une belle personnalité, des valeurs que je ne voyais plus, un homme qui veut beaucoup réussir son rétablissement. Ces mots sont gravés dans ma mémoire pour le reste de mes jours (le pouvoir des mots). Peu à peu, sa dignité est revenue ainsi que la mienne.

4. La baisse de médicaments a contribué aussi. De 16 par jour à l'hôpital, sa psychiatre a baissé à 1 par jour. Ce sevrage a duré 9 mois, je crois. Je ressentais une grande confiance envers son médecin traitant.

5. Des séances sur le rétablissement au CTR à toutes les 4 ou 6 semaines ont contribué aussi à mon rétablissement. J'ai assisté et j'assiste encore à ces séances où l'on retrouve usagers, parents, psychologues, intervenants.

Ces échanges m'ont permis de voir des gens à l'écoute, sans jugements, de recevoir beaucoup de réponses à mes questions. Voir des usagers utiliser plein d'outils a contribué à solidifier cet espoir.

6. Comme nous voulions tous les deux, mon fils et moi, nous rétablir, on nous a donné la main et aujourd'hui, je vois un fils merveilleux, aimant, reconnaissant, qui vit en appartement, qui travaille à temps partiel dans la communauté, très apprécié de son employeur, autonome, qui contribue à mon bonheur. À l'hôpital, quand on a établi le diagnostic de schizophrénie, on m'a laissé entendre (dit clairement) qu'il se bercerait le reste de ses jours en fumant. Aujourd'hui, j'aimerais bien leur présenter mon fils. Je crois qu'ils n'en croiraient pas leurs yeux. Un fils transformé et une mère épanouie.

Merci au CTR du fond du cœur.

Témoignage sur le groupe de rétablissement du CTR

Par Mireille Bourque, utilisatrice de services

J'ai entendu parler du rétablissement, il y a deux ans. J'avais appris par hasard que le personnel du Centre où je suis suivie allait recevoir une formation sur le sujet. Je me demande encore comment j'ai eu le courage de demander à assister à une formation qui s'adressait uniquement aux employés.

J'étais loin de croire au rétablissement. J'avais plusieurs rechutes à mon actif. Mais ce jour-là, j'ai réalisé que non seulement le rétablissement était possible, mais que j'y étais déjà engagée.

C'est donc avec un vif intérêt que j'ai commencé à participer aux rencontres dès que l'idée a été lancée. J'étais là avec d'autres clients, des intervenants, des membres des familles. Nous avons découvert que nous étions tous en processus de rétablissement, que ce soit à cause de la maladie, d'une rupture, d'un deuil, d'une situation difficile.

J'ai échangé sur ce qui me faisait du bien, comme faire une marche, prendre un bain chaud ou une tisane, dessiner et écrire. J'ai échangé mes trucs sur comment me sortir de la colère, de la déprime, de l'anxiété. J'ai découvert à la lumière des témoignages que je n'étais pas jugée pour mes propos, pas plus que je ne l'étais sur les périodes où j'allais moins bien, et que je comptais davantage sur

le groupe pour me guider dans mon processus de rétablissement. Il y avait toujours ce partage d'espoir, ces échanges d'expérience et de vécu, le désir de comprendre et d'être compris.

Chacun a une richesse à partager, une beauté intérieure à laquelle nous ne sommes pas indifférents. J'étais souvent émue, touchée. Le groupe donnait un nouveau sens à ma vie et me rappelait que je n'étais pas seule pour trouver des solutions à mes inforts. Nous avons parlé de la famille, du réseau social, de l'importance d'aimer et de se sentir aimé. Nous avons abordé nos émotions, des moments forts de l'année, des PRN autres que la médication, vous savez, toutes ces petites douceurs, tous ces petits gestes qui touchent et qui font du bien. Nous avons orienté nos échanges sur le positif, des petits détails qui nous font vibrer et apprécier la vie. De cette manière, nous nous outillons pour faire face aux difficultés, les prévenir ou du moins en atténuer les conséquences.

Le groupe, c'est un échange d'égal à égal. Cela me conduit à relativiser les choses. Ce que je croyais être des symptômes s'avère parfois des difficultés inhérentes à la vie de tout être humain. Je me sens moins marginale. Tranquillement, je tasse la maladie. Ce n'est plus elle qui gère ma vie. J'ai du pouvoir.

En groupe, nous partageons nos trucs, ce qui nous fait du bien, ce qui nous aide, ce qui allume une petite lumière. J'apprends à découvrir la grandeur et la beauté des petites

choses dans mon quotidien. Je suis appréciée comme personne et non comme malade. Autour de la table, cette notion de maladie n'a pas sa place. On s'assoit comme personne en processus de rétablissement. Nous sommes tous sur le même pied d'égalité. Nous avons tous à apprendre des autres et à donner à travers nos témoignages.

Des fois, je mets des mots sur mon vécu et je me fais refléter : « Tu as trouvé les mots que j'ai toujours cherchés » ou encore : « Tu as des images qui me parlent tellement », et ça me fait plaisir. De la même manière, les autres m'apportent du soutien, m'aident à voir autrement, à me réconcilier avec moi-même. Je me sens valorisée. Je prends contact avec les forces qui m'animent, les qualités que je possède, et je découvre que même dans les moments difficiles, il y a une partie de moi qui demeure saine, qui continue d'espérer, qui m'amène à prendre position, à retrouver mon pouvoir d'agir sur ma vie et sur mon quotidien. J'ai commencé à m'engager dans ma communauté. Je profite du groupe pour me ressourcer, pour faire le plein, pour m'abreuver de toute la richesse des échanges, pour prendre conscience que je ne suis pas seule et qu'ensemble, nous marchons vers le rétablissement, un long processus, souvent inégal, parfois stagnant, mais qui finit toujours par quelques pas en avant et une meilleure connaissance de soi et des autres. L'espoir fait place à une réalité satisfaisante et épanouissante. Que demander de plus?

BIBLIOGRAPHIE

Deegan, P. (1990). Spirit breaking : When the helping professions hurt. *The Humanistic Psychologist*, 18(3), 308.

L'AQRP est fière d'annoncer la collaboration de nombreux partenaires dans l'organisation de son

XIV^e COLLOQUE : Rétablissement et citoyenneté dans l'espace francophone.

Pour un gage de succès : une équipe de partenaires hors du commun !

<ul style="list-style-type: none">• Ministère de la Santé et des Services sociaux• Agences de santé et des services sociaux du Québec• Association des personnes utilisatrices de services de la région de Québec• Centre hospitalier et Institut universitaire Robert-Giffard• Centre hospitalier Louis-H. Lafontaine• Centres locaux d'emploi• Comité santé mentale travail de Montréal• Centre le Havre	<ul style="list-style-type: none">• Consulat général de France• Emploi-Québec• Fondation Travail et Santé Mentale• Instituto Italiano di Cultura• Institut universitaire et hôpital Douglas• Le Pavois• Office des personnes handicapées du Québec• Ville de Beaupré• Vincent et moi• Et d'autres à venir !
---	--

Le Rétablissement : un passeport vers la Citoyenneté. La Citoyenneté : un passeport vers le Rétablissement.

Le rétablissement : Quatre histoires d'intégration dans la pratique

Par Lise Boies, gestionnaire à la Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté (DSRHC) au service d'hébergement transitoire de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine,

Julie F. DesRochers, agente de programmation, coordonnatrice des programmes de préparation et de soutien à l'emploi du Service des programmes de réadaptation vocationnelle (SPRV) de la DSRHC de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine,

Sophie Maher, agente de programmation, coordonnatrice clinique au Centre de soutien à l'intégration sociale (CSIS) de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine,

Francine Pagé, utilisatrice de services

Le texte qui suit est le fruit de la rencontre de personnes qui partagent une même passion et un même rêve d'influencer les soins et les services dans une perspective de rétablissement pour les personnes atteintes de maladie mentale. Dans ce groupe, il n'y a pas d'expert, de professionnel, d'usager ou de gestionnaire. Il y a Francine, Lise, Julie et Sophie qui ont décidé de se remettre en question et de participer à ce changement à travers leurs actions quotidiennes.

en réadaptation et des nouvelles attentes et besoins des utilisateurs de services. Il y avait un désir également de consolider et de mieux documenter l'expertise accumulée sur le terrain. Les réflexions ont donné lieu à une révision des pratiques et des offres de service et ont conduit en septembre 2006 au dépôt d'un cadre de référence : *Pour une vision de la réadaptation psychosociale et du rétablissement*. Ce cadre est inspiré notamment des courants de pensée de la réadaptation psychosociale, du modèle Traitement-Réadaptation-Réhabilitation ainsi que de la perspective du rétablissement.

et parfois même ses échecs. Cette peur de l'échec nous a souvent conduits à adopter des pratiques axées sur la protection et le contrôle en oubliant que tout être humain apprend davantage de ses erreurs que de ses succès. Pourquoi en serait-il différent pour une personne atteinte de maladie mentale dans son parcours de rétablissement? L'abolition des codes de vie nous a obligés à trouver de nouveaux mécanismes de régulation de la vie de groupe en sollicitant davantage par exemple les comités de résidents dans la recherche de solutions. Ainsi, dans une résidence, il y avait des plaintes concernant un résident qui mangeait à lui seul toute la brique de fromage. Il prétendait être incapable de se contrôler car sa chambre était à côté de la cuisine. Un de ses pairs, dont la chambre était située à l'étage du dessus, lui a alors proposé l'échange de leurs chambres. Cette simple solution a réglé la situation sans avoir à mettre en place un moyen coercitif qui autrefois aurait pu prendre la forme d'un cadenas sur le frigo.

14

LE DÉFI DE LA GESTION

Par Lise Boies

Je suis gestionnaire à la Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté (DSRHC) au service d'hébergement transitoire de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine depuis maintenant six ans. La DSRHC a effectué d'importantes remises en question de l'ensemble de ses services au cours des dernières années tant du point de vue de l'hébergement que de ses autres secteurs soutenant l'insertion des personnes aux prises avec une problématique de santé mentale. Après avoir créé de nombreux services au fil des années, il fallait revoir leur pertinence en fonction des tendances

Les valeurs fondamentales de respect des droits, de croyance au potentiel et d'espoir sont placées au cœur de l'intervention. Ces valeurs ont donné lieu à l'abolition des codes de vie dans les différents milieux d'hébergement de façon à ce que la personne utilisatrice soit considérée comme citoyenne à part entière soumise aux mêmes règles de vie que le reste de la société. Ce changement a suscité au départ de nombreuses résistances, car il impliquait de la part des intervenants un changement de rôle majeur. L'intervenant passait de contrôleur des règles à accompagnateur soutenant la personne dans son quotidien, dans le respect de ses désirs et de ses projets, et à travers ses obstacles

En tant que gestionnaire, je dois soutenir davantage les intervenants dans cette prise de risque essentielle à la reprise de citoyenneté des personnes dans leur processus de rétablissement. Je dois favoriser l'instauration d'un climat de confiance et une ouverture à la créativité qui permettent aux intervenants de rechercher des solutions novatrices pour des problèmes de plus en plus complexes. Je crois que dans des services orientés vers le rétablissement, les mêmes valeurs doivent s'appliquer dans les pratiques de gestion comme dans celles de réadaptation.

« Le changement de paradigme du rétablissement demeure encore un choc de valeurs et de culture en psychiatrie pour bon nombre d'intervenants. Notre formation a été axée davantage sur l'évaluation et la reconnaissance des symptômes et des déficits. »

Le changement de paradigme du rétablissement demeure encore un choc de valeurs et de culture en psychiatrie pour bon nombre d'intervenants. Notre

formation a été axée davantage sur l'évaluation et la reconnaissance des symptômes et des déficits. On nous a enseigné que nous étions les experts. *Le rétablissement vient bousculer certaines croyances, car il met les rêves et les désirs au premier plan puisqu'ils sont le moteur de ce processus.* La personne redevient le maître d'œuvre de son propre cheminement et l'expert de sa propre vie. Le rôle de l'intervenant se modifie, il n'est plus seul à décider du plan d'intervention. Il doit s'assurer de la participation de la personne dans l'élaboration de son plan pour déterminer ses propres objectifs. Ce changement entraîne un déplacement du pouvoir qui peut être inconfortable, surtout quand les choix de la personne heurtent certaines de nos valeurs personnelles. Comment aider une personne qui consomme des drogues ou qui se prostitue dans le contexte d'une approche axée vers le rétablissement? En tant que gestionnaire, je dois m'assurer que les intervenants disposent d'un soutien adéquat dans leur travail quotidien. L'aide d'un psychologue conseiller clinique et

dans la communauté à la suite d'une hospitalisation.

J'ai foi en la poursuite de la transformation de nos services et de nos pratiques orientées vers le rétablissement, car ces changements créent à la fois une expérience positive pour la clientèle et une plus grande satisfaction des intervenants face à leur nouveau rôle.

LE DÉFI DU SOUTIEN À L'INTÉGRATION SOCIALE

Par Sophie Maher

Je travaille comme agente de programmation et coordonnatrice clinique au Centre de soutien à l'intégration sociale (CSIS) de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Le CSIS a été créé en 2006 par la DSRHC à la suite d'une réorganisation du service des centres de jour afin de mieux répondre à sa mission, soit élaborer et actualiser une programmation spécialisée visant l'intégration sociale des personnes vivant avec un trouble grave de santé

Dans le cadre du mandat qui m'a été confié en 2007, je devais concevoir un programme pour une clientèle ayant une problématique de santé mentale avec des troubles associés. La principale caractéristique de cette clientèle réside dans ses difficultés relationnelles qui engendrent des problèmes de fonctionnement ou d'adaptation :

Ces personnes ont recours à des comportements autodestructeurs (toxicomanie, prostitution, automutilation...);

- Leur engagement est fluctuant dans plusieurs sphères de leur vie. Elles n'adhèrent pas aux services traditionnels; elles ont de la difficulté à évoluer dans un cadre déterminé;
- Elles ont de bonnes capacités cognitives, mais elles sont limitées par leurs difficultés relationnelles; elles ont tendance à s'opposer à la norme.

Le défi était donc de créer un programme pour une clientèle qui ne se conforme pas aux services du CSIS.

Parallèlement à ce mandat, j'ai eu l'occasion de participer à la formation *Training for Trainers*¹ sur le rétablissement. Au-delà du savoir comme connaissance théorique, cette formation a été pour moi une confrontation de mes valeurs au « savoir être » et au « savoir faire ». « Placer la personne au centre de nos préoccupations et de nos actions » et « Soutenir la personne dans son processus de rétablissement » me sont apparus comme deux éléments distincts. J'ai donc amorcé une réflexion personnelle concernant l'application de ces notions dans une démarche de conception de programme.

Cette réflexion s'est poursuivie au sein de l'équipe, à l'intérieur du programme « Santé mentale et troubles associés² ». Notre désir était d'instaurer un programme orienté vers le rétablissement, en considérant les caractéristiques spécifiques de la clientèle et ses besoins. Nous avons entrepris une démarche de travail comprenant une revue de la littérature et une démarche de consultation auprès

« Nous avons été guidés par la volonté de placer la clientèle au centre de son processus d'intégration sociale en favorisant son engagement dans la conception même de la programmation. »

d'une sexologue est parfois nécessaire pour leur permettre de prendre un recul face à ces situations, pour éviter que des valeurs personnelles viennent interférer dans le cadre d'intervention.

Même si je considère que beaucoup de chemin a été accompli au cours des dernières années au sein de la DSRHC pour revoir les pratiques dans une visée de rétablissement, il reste encore des étapes à franchir qui représentent des défis de taille. Entre autres, nous commençons à prendre en compte les utilisateurs au sein de nos différents processus décisionnels. De plus, nous avons démarré un projet pilote d'embauche d'un travailleur pair-aidant à l'intérieur d'une équipe d'hébergement transitoire dont la mission est de soutenir les personnes lorsqu'elles reviennent

mentale. L'orientation du CSIS vise donc à accompagner les personnes dans leur processus d'intégration sociale afin qu'elles puissent exercer leur rôle de citoyen comme elles le désirent.

À la suite de réflexions sur les éléments facilitant l'intégration sociale, l'organisation des services du CSIS s'est effectuée selon des profils de clientèle et en fonction de trois objectifs généraux :

- Soutenir différents milieux d'intervention dans leurs actions auprès des personnes;
- Aider les personnes dans leur processus de rétablissement et les habiliter à poursuivre celui-ci;
- Promouvoir et soutenir l'action des personnes afin qu'elles puissent s'intégrer dans la communauté et y améliorer leur qualité de vie.

¹ Formation effectuée en 2007 et donnée par des formateurs de l'Université de Yale.

² Cette appellation est aussi un sujet de réflexion pour l'équipe. Nous aimerions trouver un terme significatif qui va au-delà des difficultés rencontrées par les personnes, pour éviter une double stigmatisation. Malheureusement, n'ayant pas encore découvert ce terme et pour les besoins actuels, nous employons cette appellation pour identifier le programme.

de personnes utilisatrices de services et d'intervenants afin de mieux connaître les besoins et les intérêts de la clientèle ciblée. Nous avons été guidés par la volonté de placer la clientèle au centre de son processus d'intégration sociale en favorisant son engagement dans la conception même de la programmation. Ainsi, nous avons consulté 95 personnes utilisatrices de services provenant de 12 milieux de vie différents³.

Tout au long de notre démarche de travail, nous avons invité une personne utilisatrice de services en processus de rétablissement à nous faire part de son expérience et de ses commentaires, ce qui nous a aidés pour l'organisation et le contenu du programme.

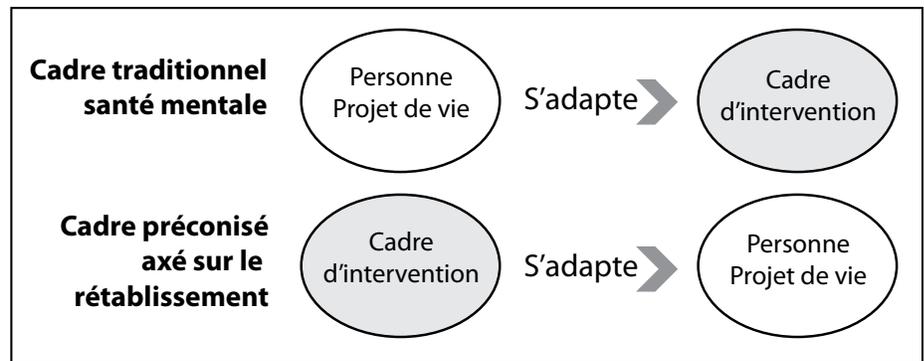
Le bilan de cette démarche nous a permis de préciser le profil et les besoins spécifiques de la clientèle, les stratégies facilitant l'intervention ainsi que la mise en place du programme. Ce qui ressortait davantage, c'était que les personnes voulaient travailler certaines habiletés par l'entremise d'éléments de plaisir et d'intérêts divers. Le fait d'avoir une activité centrée sur une résolution de problèmes ou sur un apprentissage dirigé ne semblait pas leur convenir. Il fallait donc penser à un moyen de créer un contexte d'apprentissage stimulant et dynamique, tout en évitant de leur imposer une structure trop lourde.

Plusieurs besoins et intérêts similaires sont ressortis de la démarche de consultation, tels que le besoin d'être en relation et d'avoir un rôle social de même que des intérêts pour les sports, les arts, les loisirs et la culture. Nous avons donc pensé monter une programmation à

avoir une banque d'activités afin de pouvoir présenter différentes options. Si l'activité désirée n'est pas élaborée, nous allons nous adapter et la mettre sur pied. La participation de la clientèle sera ainsi motivée par ses intérêts et l'activité deviendra en même temps un milieu propice à l'accroissement de ses habiletés. L'apprentissage se fera à travers l'activité, celle-ci permettant une actualisation concrète d'habiletés affectives, relationnelles et sociales. À travers l'activité, les personnes auront l'occasion de vivre une expérience personnelle, laquelle prendra un sens significatif à leurs yeux. En fonction de ses besoins et de son cheminement, chacune d'entre elles pourra utiliser cette expérience pour consolider son apprentissage.

constatons quelques défis qui se présentent à nous dans la mise sur pied et la continuité des services.

Au-delà de l'adhésion de l'équipe aux fondements du rétablissement, la mise en application concrète de ces notions doit demeurer au centre de nos discussions. Avoir une compréhension commune est certainement une base; or, l'intégration et l'application peuvent demeurer difficiles. Le cadre d'intervention étant modifié, les intervenants peuvent ressentir une certaine insécurité. Par le fait même, une tendance à adopter une attitude paternaliste ou débonnaire peut paraître sécurisante. L'alliance thérapeutique devra ainsi prendre la forme d'une coopération axée sur un partage de connaissances et fondée sur



Par cette organisation, nous souhaitons promouvoir une approche individualisée des services qui permet une participation active de la personne à l'élaboration de la programmation. Par la diversité des intervenants, le rôle de facilitateur vers l'intégration sociale prend tout son sens. Les différentes disciplines offrent un soutien plus élargi à la personne pour le

les besoins et les intérêts des personnes utilisatrices.

Nous devons aussi envisager des moyens pour réévaluer régulièrement nos pratiques et nos interventions. Nous avons entre autres pensé à un comité qui nous guiderait quant à la satisfaction face à nos services et à leur pertinence.

Considérant que la programmation sera élaborée en fonction des besoins et des intérêts des personnes, chaque membre de l'équipe devra posséder une bonne capacité d'adaptation, faire preuve de flexibilité et bien connaître les ressources de la communauté. Afin de mieux accompagner les personnes dans leur processus d'intégration sociale, nous devons accepter un changement de rôle traditionnel d'intervenant pour laisser place à un rôle de facilitateur. L'écoute des besoins et des intérêts ainsi que la croyance au potentiel de la personne prendront une place centrale dans l'intervention.

« Afin de mieux accompagner les personnes dans leur processus d'intégration sociale, nous devons accepter un changement de rôle traditionnel d'intervenant pour laisser place à un rôle de facilitateur. »

partir de quatre thèmes : éducation physique, art et créativité, loisirs et culture, ateliers thématiques. En fonction des intérêts des personnes, nous produisons actuellement une programmation d'activités qui correspond à leurs choix. Pour chaque thème, nous allons

plein épanouissement de son potentiel (promotion de la santé, augmentation de compétences, accompagnement dans la communauté, etc.).

Malgré le désir d'obtenir un programme orienté vers le rétablissement, nous

³ Échantillonnage fait auprès de la clientèle résidant dans les ressources d'hébergement de la DSRHC.

Outre la connaissance des ressources de la communauté, un travail doit être effectué en ce qui a trait aux préjugés et à la discrimination pour favoriser une intégration sociale dans les divers milieux. Par conséquent, la première étape dans l'équipe sera de démystifier nos propres préjugés concernant la clientèle.

Un autre défi à prendre en considération a trait aux partenaires référents. Faire la promotion d'un programme basé sur des thèmes sans le cadre structurel traditionnel peut paraître flou pour certains. L'engouement actuel vers les *meilleures pratiques* nous ramène à une certaine définition précise d'activités et à l'exercice d'une pression envers les intervenants quant à leurs actions. Il semble y avoir une certaine rivalité entre les *données probantes des meilleures pratiques* et les *données qualitatives* des services orientés vers le rétablissement. Il nous apparaît parfois difficile d'appuyer notre programme sur ces *données qualitatives* peu reconnues scientifiquement. Nous tenons à maintenir notre orientation vers les forces et la subjectivité des personnes, donc à nous orienter vers des *pratiques suffisamment bonnes*⁴.

Nous ne prétendons pas établir un programme unique et strictement orienté vers le rétablissement. Nous sommes conscients que plusieurs autres dimensions devraient être modifiées sur le plan des cadres structurel et organisationnel. Cependant, nous croyons que nos assises théoriques sont intéressantes puisque ce sont les personnes utilisatrices de services qui guident nos interventions; avec l'espoir qu'un jour, elles puissent faire partie intégrante de notre équipe!...

LE DÉFI D'ENTENDRE, sur trame d'intégration en emploi

Par Julie F. DesRochers

Je suis agente de programmation, coordonnatrice des programmes de préparation et de soutien à l'emploi du Service des programmes de réadaptation vocationnelle (SPRV) de la DSRHC de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

L'implantation de ces nouveaux programmes de préparation et de soutien à l'emploi s'est amorcée en septembre 2006, après une réflexion en profondeur et une transformation majeure des programmes

« En fait, avant de prendre part à cet événement formatif, expérientiel et réflexif, j'entretenais, sans le savoir, certaines résistances et idées reçues tenaces face au paradigme du rétablissement »

existants, le but étant de mettre de l'avant et de consolider une mission dorénavant clairement réadaptative, visant l'intégration en emploi. C'est dans la foulée de ce virage, sous-tendu par les principes de la réadaptation psychosociale et de services orientés vers le rétablissement, que j'ai décidé de me joindre à l'équipe du SPRV.

J'avais été « exposée » antérieurement à quelques reprises à ce nouveau paradigme du rétablissement, surtout par le biais de conférences et de lectures sur le sujet. J'avais toutefois à l'époque un peu de difficulté à voir comment transposer concrètement dans le quotidien les valeurs et les principes de services orientés vers le rétablissement, tout en ayant la conviction que ce dernier était possible. L'idée apparaissait séduisante, en ceci qu'elle rejoignait mes valeurs d'intervenante, soit qu'une personne aux prises avec un problème de santé mentale puisse vivre une vie ordinaire et significative, selon ses choix, dans sa communauté...

Quelques mois plus tard, ma supérieure immédiate, Mme Lorraine Malo, chef du SPRV, me glissait un mot au sujet de l'initiative *Training for Trainers*. En fait, avant de prendre part à cet événement formatif, expérientiel et réflexif, j'entretenais, sans le savoir, certaines résistances et idées reçues tenaces face au paradigme du rétablissement. Notamment, quelle place occupait la notion d'évaluation dans une approche orientée vers le rétablissement? N'étions-nous pas tenus de poser un « diagnostic fonctionnel » avant de « permettre » à quelqu'un de se lancer dans un projet de vie, un projet d'emploi de surcroît? N'augmentions-nous pas les risques pour la personne en l'accompagnant dans l'atteinte de ses propres buts

et désirs, si ceux-ci nous apparaissaient irréalistes? Les notions de responsabilité et de rôle de l'intervenant en santé mentale étaient au cœur de mes propres dilemmes face au rétablissement.

Dans le domaine de l'intégration en emploi, cet enjeu de rôle et de responsabilité de l'intervenant m'apparaît fondamental, d'autant plus que le travail, comme nous le savons, peut être un aspect déterminant dans un processus de rétablissement, s'il est significatif pour la personne. Or, nombreuses sont les situations où une personne se présente dans nos services avec un projet de travail qui peut *apparaître* irréaliste en fonction de l'expérience et des capacités antérieures. Quel sera donc mon rôle, moi qui suis à la porte d'entrée des programmes, et quel sera celui des intervenants par la suite? Évaluer les capacités de travail? Offrir des étapes préparatoires pour s'assurer que la personne soit *prête*? Quelle sera la valeur de ces activités préparatoires?

En fait, bien que ma réflexion soit encore incomplète, la personne la mieux placée pour répondre à ces questions est l'utilisateur même, sauf dans les cas où il représente un risque pour sa propre sécurité ou celle d'autrui. Sinon, mon rôle et celui des intervenants de nos programmes est d'explorer avec la personne son projet et ses aspirations, de voir avec elle son fonctionnement au travail, d'encourager l'autoévaluation, d'offrir des choix et des possibilités, de l'informer et de discuter avec elle du coût et des bénéfices des interventions proposées et de ses choix, et avec son consentement éclairé et sa décision, proposer l'intervention appropriée et significative pour elle, en connaissance de cause des enjeux et des conséquences de ses choix. Comme Patricia Deegan le

« Les notions de responsabilité et de rôle de l'intervenant en santé mentale étaient au cœur de mes propres dilemmes face au rétablissement. »

⁴ Ce concept d'*assez bonnes pratiques* a été énoncé par D. W. Winnicott, pédiatre et psychanalyste britannique.

suggère, les personnes ont droit « à la dignité du risque » et « à l'échec », pour apprendre de leurs propres erreurs.

Actuellement, nos programmes de préparation et de soutien à l'emploi comportent quatre volets, élaborés à partir des besoins exprimés en matière d'intégration au travail :

- Le volet « Exploration », offert aux personnes qui se posent des questions sur leurs intérêts vocationnels ou leurs capacités. Ce volet prend la forme de stages sur le marché du travail, dont le format est individualisé selon les besoins. Une équipe mobile d'intervenants, d'éducateurs spécialisés, soutient les personnes dans leur cheminement.
- Le volet « Préparation et entraînement au travail » est présenté à ceux qui expriment le besoin d'une période préparatoire pour accroître activement certaines compétences avant d'intégrer le marché du travail. Ce volet prend la forme de stages sur le marché du travail avec suivi par un intervenant ou encore, de stages en atelier de production avec intervenants sur place.
- Le volet « Intégration en bénévolat » est proposé aux personnes qui souhaitent devenir bénévoles dans un organisme communautaire, sans nécessairement viser un retour en emploi.
- Le volet « Intégration et soutien à l'emploi » est offert aux personnes qui souhaitent s'intégrer en emploi ou qui expriment le besoin d'avoir un soutien à l'emploi grâce au suivi fait par un intervenant.

Pour ce dernier volet, nous implantons en ce moment le modèle *Individual Placement and Support* (IPS), approche orientée vers le rétablissement et *meilleure pratique*, qui favorise l'intégration et le maintien en emploi sur le marché du travail régulier des personnes qui le souhaitent, en minimisant les activités préparatoires. Néanmoins, nous faisons le pari de maintenir une gamme variée de services, en poursuivant l'offre d'activités préparatoires à l'emploi pour les personnes utilisatrices qui en expriment le besoin et en font

la demande. Cette offre diversifiée de services pose un défi : comment sera déterminé le volet de nos programmes vers lequel une personne sera orientée? Qu'advient-il lorsqu'une offre d'activités préparatoires à l'emploi ne fait pas sens pour la personne? Ce défi rejoint les notions de « dignité du risque » et de « droit à l'erreur » : dans une approche orientée vers le rétablissement, une personne qui fait le choix de tenter une intégration en emploi sur le marché du travail devrait pouvoir recevoir un service de soutien en ce sens.

Ceci étant dit, la transformation des services orientés vers le rétablissement ne passe pas uniquement ou forcément par l'implantation de nouveaux programmes. Il peut s'agir de petits changements quotidiens dans nos pratiques. À la suite de la formation *Training for Trainers*, la ou les premières

« Je crois en ce beau projet qui est d'engager des pairs-aidants pour accompagner les utilisateurs dans la réalisation de leurs rêves et de leurs passions. Si on utilise davantage les rêves et les passions des personnes au lieu de se centrer uniquement sur leurs problèmes, on les aide à avancer dans leur cheminement. »

rencontres avec la personne ont pris un virage : plutôt que de dresser la liste des problèmes, ce sont d'abord les passions, les désirs ou les projets qui sont explorés et qui deviennent le moteur de la démarche. *Qu'est-ce qui est important pour vous, qu'est-ce qui vous passionne?* Question plus puissante qu'il n'y paraît... Après seulement viendront les questions sur les possibilités, les ressources requises et les défis et les obstacles auxquels la personne devra faire face.

Autre exemple, notre souci pour les mois à venir sera de mettre en place des mécanismes de consultation et de participation des personnes utilisatrices des services offerts pour elles. Et puis, pourquoi ne pas faire de l'espoir une culture, espoir que toute personne aux prises avec des problèmes de santé mentale puisse se rétablir, par la voie qui lui conviendra.

L'ENVIE DE REDONNER AU SUIVANT

Par Francine Pagé

Je m'appelle Francine et je suis utilisatrice de services. Mon cheminement personnel a commencé avec une thérapie de 14 mois à Portage avec ma petite fille qui à l'époque avait 4 ans. J'ai rechuté et c'est à partir de cette rechute de cocaïne et d'alcool que j'ai eu un trouble grave de dissociation. J'étais constamment en crise du matin au soir, il fallait que d'autres mamans s'occupent de ma petite fille, parce que je n'en avais pas la possibilité ni les habiletés pour le faire. On devait constamment s'occuper de moi car je m'automutilais et je me berçais toute la journée avec un regard vide. Aussi vide que mon intérieur. Et là, j'ai eu de belles personnes qui m'ont aidée, comprise et respectée.

Mon diagnostic est un trouble sévère de la personnalité et un trouble de dissociation (j'ai 5 personnages : la petite fille d'environ 3 ans, la méchante, la délinquante, la suicidaire et la gentille). Donc, lorsque je vis de fortes émotions, je deviens l'un de ces personnages, tout dépendant de l'émotion du moment.

J'ai été soignée à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et je dois vous raconter certains détails. J'ai été hospitalisée durant 5 mois, ça été très long pour moi. J'ai reçu de très bons soins et la nourriture était très bonne, mais la seule chose que je déplore, c'est qu'il n'y avait pas assez d'employés avec qui on pouvait discuter lorsque ça allait moins bien.

Quand j'étais en dissociation, on me disait de me calmer car sinon, on devrait m'attacher. C'est parfois ce qui arrivait et ça, je ne suis pas du tout d'accord. Je crois que si on avait pris le temps de me

parler, je serais redevenue moi-même. Il aurait été important de prendre le temps de m'écouter au lieu de m'attacher. Mais ils n'avaient pas le temps, faute de personnel, j'imagine.

À la suite de cette hospitalisation, je suis allée demeurer dans une ressource d'hébergement qui s'appelle La Relance, en attendant d'avoir mon appartement supervisé. J'ai adoré cet endroit, j'y ai ressenti beaucoup d'amour, d'écoute, d'encouragement et j'avais l'impression qu'on me comprenait. Lors des crises, on prenait le temps de m'écouter. Et si aujourd'hui, je vais bien, c'est en partie grâce à ces personnes qui ont cru en moi. Mes crises ont beaucoup diminué, j'ai rencontré de très belles personnes et aujourd'hui, les intervenantes – que je revoie encore – m'encouragent à réussir la carrière que je souhaite faire en santé mentale comme pair-aidante.

Après avoir habité à La Relance durant 14 mois, j'ai enfin eu mon appartement supervisé. L'intervenante qui y travaillait était très gentille, elle m'encourageait dans tout. Elle me respectait et je sentais qu'elle m'aimait bien. Elle prenait le temps de m'écouter et de m'encourager dans mes démarches. J'ai dû être hospitalisée un moment et j'ai

dû aller dans un centre de crise durant 10 jours parce que je n'allais pas bien du tout et que j'avais le goût de mourir. C'est Johanne, mon intervenante, qui me l'avait suggéré et j'ai suivi ses conseils. Mon psychiatre – que j'adore – avait modifié ma médication et ça a joué un rôle sur mes humeurs et mes émotions. Il a recalculé la bonne dose et tout est rentré dans l'ordre.

Mes intervenantes m'ont permis de participer à une formation (*Training for Trainers*) sur le rétablissement en santé mentale en me recommandant comme étant une personne ayant les qualités pour réussir dans ce domaine. Ça m'a énormément plu de recevoir autant de gratification. Ça a fait monter en moi la confiance et l'espoir, et c'est très bon de ressentir qu'on est aimé et apprécié. J'ai également été formatrice dans des séminaires sur le rétablissement à la suite de cette formation et ça a augmenté de beaucoup mon estime personnelle. J'espère que ces expériences m'ouvriront des portes pour travailler en santé mentale.

Je crois en ce beau projet qui est d'engager des pairs-aidants pour accompagner les utilisateurs dans la réalisation de leurs rêves et de leurs passions. Si on utilise davantage les rêves et les passions

des personnes au lieu de se centrer uniquement sur leurs problèmes, on les aide à avancer dans leur cheminement. Toutes ces belles personnes – et il y en a aussi bien d'autres – ont fait de moi quelqu'un de bien. Je suis aujourd'hui très épanouie, j'ai regagné l'estime de moi-même, la confiance en moi et aussi en l'avenir. J'ai de beaux projets de carrière, j'ai des rêves et des passions que j'espère atteindre un jour.

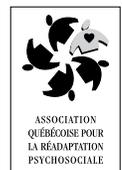
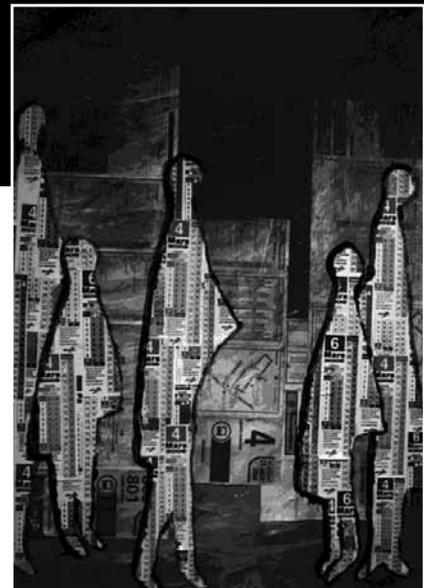
En résumé, tout ce que je peux dire, c'est que la meilleure façon de m'aider (je parle pour moi), c'est d'être à mon écoute, de me comprendre et surtout de respecter mon rythme sans me juger. J'ai besoin aussi de beaucoup d'encouragement et d'amour, car tous ces attributs m'aident à cheminer dans la poursuite de mes buts et de mes rêves. Un de mes plus grands rêves est de donner à d'autres qui souffrent comme j'ai souffert de l'espoir, de l'amour et beaucoup d'encouragement. Je veux qu'ils réussissent eux aussi à retrouver l'espoir d'une vie meilleure et plus enrichie. Je veux les aider à atteindre leurs rêves et leurs passions, et leur montrer qu'ils sont des gens merveilleux et forts. J'ai le devoir personnel de redonner au suivant tout ce que j'ai reçu et qui fait de moi la merveilleuse personne que je suis.

Prochain numéro du partenaire

Vol. 17, no 1, automne 2008 :
Citoyenneté et santé mentale

Quelques articles à ne pas manquer dont, entre autres,

- Un texte de **Michèle Clément**, chercheure au CSSS de la Vieille-Capitale, directrice de l'équipe GRIOSE-SM
- Un article de **Catherine Vallée, Ph.D., erg.**, boursière postdoctorale FCRSS-IRSC, Institut national de la santé publique du Québec et **Jean-François Pelletier, Ph. D.**, boursier postdoctoral RAMHPS – IRSC, Université de Montréal / Yale School of Medicine Program for Recovery and Community Health
- La chronique du Franc-Tireur, par **Myreille Bourque**, artiste et pair-aidante



Partir du bon pied : - Un nouveau projet montréalais tente de donner un départ solide au rétablissement par la formation

Par Myra Piat, Ph. D.

Chercheur, Douglas Institut universitaire en santé mentale,
Professeur adjoint, Département de psychiatrie, Université McGill
myra.piat@douglas.mcgill.ca

Le concept du rétablissement comme but atteignable pour les usagers fait ressortir des attitudes et des comportements bien ancrés relativement à la santé mentale. Plusieurs ne perçoivent pas de quelle manière cela peut être envisagé. Cela peut-il vraiment fonctionner?

Pour leur part, les membres de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas y croient, mais personne autant que le Dr Myra Piat, chercheuse possédant une formation en travail social et de l'expérience avec les groupes communautaires. C'est elle l'instigatrice d'un nouveau projet pour

tenter d'assurer le succès à long terme des services de santé mentale orientés vers le rétablissement dans la région de Montréal.

SUCCÈS À YALE

L'Université Yale est reconnue pour être à l'avant-garde du mouvement du rétablissement en Amérique du Nord. À travers ses recherches, sa formation et son militantisme, elle a activement contribué au fait que les projecteurs se soient braqués sur le rétablissement et elle était enchantée d'accueillir l'Institut universitaire en santé mentale Douglas dans le mouvement.

En 2005, le Dr. Piat a dirigé une délégation montréalaise à l'Université Yale pour en apprendre plus sur son Center on Recovery and Community Health (Centre pour le rétablissement et la santé communautaire).

Ce que les 13 membres de la délégation y ont entendu les a tellement impressionnés que 2 chercheurs de Yale ont par la suite été invités à Montréal pour former un groupe de personnes qui pourraient, le moment venu, en initier d'autres à la façon d'implanter des services orientés vers le rétablissement. Seulement quelques personnes parmi les 23 formées sont

XIV^e COLLOQUE du 8 au 10 octobre 2008 dans la région de la Capitale-Nationale, Mont Sainte-Anne, Beauport

Rétablissement et Citoyenneté dans l'espace francophone

D'ores et déjà, l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale est fière de compter sur la mobilisation, le dynamisme, la créativité et la grande capacité à orchestrer des activités de tous genre, de ses partenaires et des acteurs de la Capitale nationale pour vous présenter son XVI^e colloque. Ensemble, partons découvrir l'aventure du rétablissement vers une plus grande intégration citoyenne, dans ce berceau de l'Amérique française

- Le rétablissement : un passeport vers la citoyenneté. • La citoyenneté : un passeport vers le rétablissement !

Nous remercions les membres du COMITÉ D'ORGANISATION LOCALE de ce XIV^e colloque, tous complices dans la réalisation de cet événement d'envergure nationale.

- Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
- Agir en santé mentale
- Centre hospitalier et Institut universitaire Robert Giffard
- CSSS Québec nord
- Emploi Québec, Direction régionale de la Capitale-Nationale
- La Boussole
- Le Pavois
- Office des personnes handicapées
- Pech

*Surveillez le programme du
XIV^e colloque,
disponible en juin 2008.
www.aqrp-sm.org*

« Nous avons vu que la première étape était de pouvoir fournir une formation à des personnes qui allaient ensuite pouvoir la transmettre elles-mêmes, à la fois dans les organismes communautaires et dans les organisations formelles. »

des professionnelles. Ce que le Dr Piat a organisé ressemble plutôt à une mosaïque de partenaires, comme elle se plaît à les appeler. Ceux-ci proviennent de différents secteurs de la ville et incluent sept usagers, des représentants de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, des hôpitaux Louis-H. Lafontaine et Sacré-Cœur, d'IMPACT ainsi que d'AMI-Québec.

En tant qu'institut universitaire, le Douglas était désireux de jouer un rôle de leader dans l'implantation de services orientés vers le rétablissement à Montréal. « Plutôt que de rester

assis et d'attendre que quelqu'un nous dise quoi faire », indique le Dr Piat, « nous avons été proactifs, nous nous sommes approprié le concept et nous continuons à avancer. Nous avons vu que la première étape était de pouvoir fournir une formation à des personnes qui allaient ensuite pouvoir la transmettre elles-mêmes, à la fois dans les organismes communautaires et dans les organisations formelles. »

Les chercheurs de Yale sont arrivés en avril dernier pour une formation de 8 jours. Une fois celle-ci terminée, les 23 participants ont passé une partie de l'été

à chercher la meilleure méthode pour adapter le matériel reçu et identifier les personnes à qui leur nouveau savoir pourrait être transmis.

Un bénéfice important a déjà émergé : un partenariat formel est actuellement mis en place entre McGill et Yale au Douglas.

Projets pilotes

Six projets pilotes ont commencé cet automne et cet hiver. Trois équipes de formateurs (usagers et intervenants) ont déjà donné une formation de 2 jours à plus de 103 personnes provenant de l'est, de l'ouest et du centre-ville de Montréal. Les participants à cette formation étaient des personnes utilisatrices de services en santé mentale ou travaillaient dans des établissements en santé ou dans des organismes communautaires. La réaction des participants a été si positive que 3 autres groupes de formation sur le rétablissement sont prévus pour le printemps 2008!

Avis aux personnes utilisatrices :

Il est toujours temps de nous faire parvenir vos textes exprimant votre perception de ce que représente pour vous « être un citoyen à part entière ».



Transmettez-nous un texte d'au maximum 500 mots décrivant ce que représente pour vous le plein exercice de votre citoyenneté. Être citoyen, qu'est-ce que cela représente pour vous ? Quels sont les obstacles et les défis que vous rencontrez dans votre démarche pour être ou devenir un citoyen heureux et accompli ?

Le **tirage** d'un ordinateur portable sera effectué parmi l'ensemble des auteurs qui soumettront un texte. Les textes reçus seront considérés la propriété des organisateurs du colloque et pourront être utilisés à cette fin.

Envoyez votre texte par la poste ou par courriel :



XIV^e Colloque AQRP
184, rue Racine, bureau 307
Loretteville, Québec
G2B 1E3
(418) 842-4004
Fax : (418) 842-4334
aqrp@qc.aira.com

date limite 30 août 2008

Le fou comme un autre soi-même : petite histoire de la pratique de Pech

Par Benoît Côté, directeur général, Pech

« L'obscurantisme est de retour. Mais cette fois-ci, nous avons affaire à des gens qui se recommandent de la raison »

Pierre Bourdieu

15 octobre 1988

G., une soucoupe, un casque de bain, selon l'argot du milieu, vient d'être relâché du Centre de détention de Québec. Un sac en papier brun contient les vestiges de sa citoyenneté : un portefeuille vide, pas d'adresse fixe, le trajet de l'autobus n° 39, un billet de bus et l'adresse de la Maison de Lauberivière, un refuge pour personnes itinérantes au centre-ville de Québec. G. a été arrêté, il y a cinq jours, après avoir commis un délit mineur : troubler la paix coûte 60 \$ à l'auteur et les policiers ont demandé un examen d'aptitude à comparaître à la cour municipale qui ne s'administre qu'au Centre de détention, même si la loi n'exige aucunement que l'examen se fasse en un tel lieu. Motif du délit : à la porte d'un commerce de la rue Saint-Jean, G. interpelle les passants et se prend pour un des faisceaux d'un bouclier antimissile branché au cerveau de Ronald Reagan. Manifestement, G. est intoxiqué, il dérange. Le commerçant a appelé la police. Les policiers se présentent à l'hôpital du coin. G. ne sera pas hospitalisé, ni référé à une ressource de première ligne. Deux heures plus tard, il retourne devant le commerce...

18 novembre 1988

G., une soucoupe, un casque de bain, selon l'argot du milieu, vient d'être relâché du Centre de détention de Québec. Un sac en papier brun...

L'histoire d'une pratique

En 1988, à l'initiative de deux agentes de probation de Québec, d'organismes communautaires en santé mentale et en justice, d'intervenants de CLSC, regroupés sous l'égide de la Table de concertation Justice-Psychiatrie, les premiers balbutiements du programme d'encadrement clinique et d'hébergement (Pech) s'expriment confusément. Les membres de la Table constatent que le ballottement des personnes vivant avec la double problématique de la justice et de la psychiatrie les conduit dans un cul-de-sac : elles sont perçues comme trop délinquantes pour le réseau de la psychiatrie et de la première ligne, et trop malades pour la prison! À la fin des années 1980, 50 % des personnes reçues à la Maison de Lauberivière, à Québec, un lieu d'accueil pour personnes itinérantes, présentent des antécédents psychiatriques et judiciaires. Cette ressource semble alors se poser en arrière-cour du Centre hospitalier Robert-Giffard et du Centre de détention de Québec. Par la suite, le comité du projet Pech recommande la création d'un organisme qui offrira des services multidisciplinaires afin de répondre aux besoins de la clientèle psychiatrie-justice. Ainsi, en 1992, Pech voit le jour, inspiré largement des pratiques de suivi communautaire et de non-judiciarisation de l'organisme Diogène à Montréal et du modèle de proaction de L'Archipel d'entraide de Québec tel qu'il est proposé à l'origine par Jérôme Guay. Dans une monographie qui vient de paraître sur l'expérience de Pech, l'auteure campe les enjeux sociaux et politiques qui prévalaient à la naissance de Pech et qui ont toujours cours aujourd'hui :

PECH tend à répondre à un souci commun du ministère de la Santé et des Services sociaux et du ministère de la Sécurité publique afin que les personnes qui ont besoin de services sociaux, plutôt que de sanctions, reçoivent

des services pour que leur soit évitée la judiciarisation (Protocole de partage des responsabilités entre le MSSS et le MSP, 1989 dans Côté, 2000). Car, selon le « Plan d'action relatif aux services requis par la clientèle présentant le double problème de la maladie mentale et de la délinquance », [...] la nature mineure du délit est souvent une demande d'aide, davantage un symptôme de leur maladie que celui d'un agir typiquement délinquant. (Groupe de travail interministériel MSSS-MJQ-MSJQ dans Côté, cité par Bizier, 2007)

Au milieu des années 1990 et en raison du morcellement des services destinés à ces personnes et des réponses nécessairement partielles de l'organisation de services qui en découle, l'usage des modèles de réadaptation traditionnels s'avère caduc. La désaffiliation sociale des personnes de même que leur stigmatisation accrue du fait de l'étiquette « judiciarisées » (fou + judiciarisé = fou dangereux) nous poussent à nous tourner vers des approches proactives, enracinées dans la communauté, avec adhésion volontaire de la personne à l'accompagnement offert « in vivo » dans la communauté. Il apparaît évident que dans le Québec d'alors, un modèle de pratique qui respecte les besoins de la personne, tant dans la survie que dans le rythme de changement de celle-ci, qui a un parti pris éthique pour la défense des droits de l'utilisateur, ne fait pas l'unanimité. À l'époque, plusieurs intervenants de la première ligne s'indignent de l'approche de non-judiciarisation de Pech, nous accusant d'essayer de soustraire à leurs responsabilités des gens que l'appareil judiciaire essaye justement de... responsabiliser!

Nous avons pu constater que la prison ne constitue pas, par essence, un lieu d'apprentissage de la responsabilité. L'incarcération ou la judiciarisation s'avère plutôt une expérience traumatisante qui accentue le stress des personnes et contribue à la détérioration de leur état mental.

Nous voulions alors substituer la prise en charge traditionnelle des personnes par le soutien de leur apprentissage et de leurs compétences, de même que par l'accompagnement dans la recherche de solutions concrètes et souvent matérielles à leurs problèmes. L'établissement d'une relation avec des personnes exclues socialement et ostracisées par les réseaux professionnels d'aide pose un double défi : celui de l'adhésion de la personne à l'offre d'accompagnement et celui de la complexité des problématiques

Les problèmes d'ordre émotionnel ou psychologique sont par contre très présents au sein de la clientèle correctionnelle du Québec, alors qu'un contrevenant sur deux (51,5 %) a déjà consulté un professionnel pour un problème de cet ordre, un sur trois s'est fait prescrire des médicaments et un sur cinq a fait l'objet d'une hospitalisation. (Ministère de la Sécurité publique, 2002)

Essentiel et au cœur de notre pratique, l'établissement d'une vraie relation avec ces exclus n'est possible qu'en soutenant

municipale de Montréal affirme que la voie judiciaire était à l'époque la seule option, le seul moyen pour les policiers d'obtenir la prise en charge d'individus perçus comme dérangés, dérangeants, malades ou ayant besoin de soins. En d'autres termes, cette voie constituait, du point de vue de la police, une porte d'entrée pour l'obtention de soins en santé mentale pour les personnes qu'elle définissait comme des « cas psychiatriques ».

Dans les années 1990, et à de nombreuses reprises, nous avons pu corroborer le fait que certains patrouilleurs de la Rive-Sud de Québec, faute de soutien du réseau de la santé ou carrément par souci « d'efficacité », ont fait traverser le pont de Québec à des utilisateurs avec la consigne de se rendre par eux-mêmes au Centre hospitalier Robert-Giffard ou à la Maison de Lauberivière, la traverse de Lévis, quant à elle, ayant plus d'une fois servi de nef des fous.

Le mythe de la dangerosité des personnes qui ont des problèmes de santé mentale a la vie dure. Au moins deux fois par année, les médias électroniques me joignent afin d'en entendre plus (et non d'en savoir plus!) sur cette réalité. Lorsque je leur indique en préambule qu'en quinze ans, il n'y a eu aucune agression d'un utilisateur sur un intervenant de Pech, souvent, il n'y a plus d'entrevue : la démarche s'arrête net! Les psychiatres québécois hésitent à dégonfler le mythe de la dangerosité des malades mentaux.

« Nous avons pu constater que la prison ne constitue pas, par essence, un lieu d'apprentissage de la responsabilité. L'incarcération ou la judiciarisation s'avère plutôt une expérience traumatisante qui accentue le stress des personnes et contribue à la détérioration de leur état mental. »

rencontrées. Ces « polypockés » ont des problèmes graves de santé mentale, consomment de l'alcool et des drogues, et vivent de l'instabilité résidentielle. En 2005-2006, 92 % des personnes que nous accompagnons au soutien communautaire ont un problème de santé mentale associé à une, deux, trois ou même quatre des problématiques suivantes : instabilité résidentielle/itinérance, justice, toxicomanie, déficience intellectuelle. Constat alarmant dans les pays industrialisés, de plus en plus de personnes vivant avec des problèmes graves de santé mentale se retrouvent dans le réseau correctionnel et de la justice.

« Il n'est pas rare que les médecins, lors des visites des établissements (prisons), indiquent qu'environ 30 % des détenus avaient des antécédents psychiatriques et que la moitié d'entre eux a des troubles psychologiques » note le député Louis Mermaz dans un rapport remis à l'Assemblée nationale au nom de la commission d'enquête sur les prisons françaises. En fait, il ne s'agit pas d'un retour à la ville de Pinel et d'Esquirol – ce qui serait un moindre mal par rapport à la situation actuelle –, mais d'un retour à l'hôpital général de Louis XIV, au temps où les pauvres, les délinquants et les fous étaient tous enfermés dans le même endroit. (Coupechoux, 2006)

Au Québec, selon une étude traitant du portrait de la clientèle correctionnelle en 2001, à la rubrique santé mentale, on peut lire :

un rapport égalitaire et une approche globale avec eux, tout en favorisant l'appropriation de leur pouvoir d'agir. Au milieu des années 1990, il n'y a pas que les réseaux institutionnels qui ferment leurs portes à cette clientèle particulière; souvent, le réseau communautaire en santé mentale n'en veut pas sur son perron...

Issues des pratiques du mouvement des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale, les pratiques

« C'est une minorité qui commet des délits. Une personne atteinte de problèmes de santé mentale n'est pas plus susceptible de commettre un délit criminel qu'une personne saine d'esprit. »

naissantes et en devenir de Pech n'aborderont pas avant le début des années 2000, sous l'influence des travaux d'Hélène Provencher et de Catherine Vallée, les dimensions observables et mesurables du rétablissement.

Le mythe de la dangerosité des utilisateurs comme tremplin à l'exclusion

Une étude de Danielle Laberge (Laberge et Morin, 1992) à propos de la clientèle psychiatrie-justice à la cour

Pourtant, l'un d'entre eux, le Dr Gagné, psychiatre judiciaire, l'a récemment affirmé publiquement :

C'est une minorité qui commet des délits. Une personne atteinte de problèmes de santé mentale n'est pas plus susceptible de commettre un délit criminel qu'une personne saine d'esprit. (Gagné, cité par Quérion, 2007)

Coupechoux, dans son ouvrage, montre que le fou est l'exclu par excellence

qu'on veut enfermer ou exiler parce qu'il perturbe notre vision de la norme. Les médias ne font pas exception.

L'équation « délinquant + fou = encore plus dangereux » est donc dans l'air du temps. Pas seulement dans les journaux ou les émissions télévisées, ce qui ne retire rien à la responsabilité des journalistes. Pas seulement dans une stigmatisation archaïque de la part de l'opinion publique, même si celle-ci existe, bien entendu. Elle fait partie des ressorts mêmes de notre fonctionnement social, tout comme l'exclusion. (Coupechoux, 2006)

D'une pratique de *case-management* au modèle axé sur les forces et le rétablissement

En quinze ans, l'appellation de notre pratique de suivi communautaire à Pech a subi nombre de soubresauts. De l'encadrement clinique à la gestion de cas, du *case-management* au suivi communautaire, notre dernière mutation nous pousse vers le modèle de soutien communautaire axé sur les forces (*Strengths Model*).

24

Adaptée au contexte culturel québécois, notre pratique d'intervention de soutien communautaire consiste à aider les femmes et les hommes de 18 ans et plus, judiciarisés ou susceptibles d'être judiciarisés, à trouver une réponse personnelle à l'ensemble de leurs besoins et à redécouvrir un pouvoir d'action dans toutes les sphères de leur vie. La finalité du soutien communautaire de Pech vise à soutenir les capacités de changement des personnes vivant des problématiques multiples (santé mentale, judiciarisation, toxicomanie, instabilité résidentielle) dans un processus significatif d'intégration dans la communauté et d'amélioration de leurs conditions de vie.

Sur le plan théorique, la plus grande pureté de Pech réside dans son impureté! Modèle d'intervention hybride, Pech emprunte son cadre théorique au début des années 1990 au modèle de *case-management* issu de la réadaptation (Test et Stein, 1980) ainsi qu'au *Training in Community Living*, de Engstrom et coll. (1990). Sur le terrain de la proaction, Pech s'inspire d'une pratique de soutien communautaire fondée sur l'autodétermination et le pouvoir d'agir de la personne; cette pratique, expérimentée à Burlington

au Vermont (Curtis et coll., 1992), est basée sur l'idée centrale que le choix exprimé par l'utilisateur est la clé de toute décision et que le soutien de cette habileté sociale est au cœur de son rétablissement. En fait, la pratique de la réadaptation psychosociale se déplace dans les lieux où la personne évolue et utilise des situations réelles en communauté afin de réaliser des tâches d'entraînement aux habiletés sociales en milieu naturel.

Par ailleurs, du programme *The Bridge* de Chicago, inspiré du modèle Pact (*Program of Assertive Community Treatment*), nous avons retenu l'intervention dans un contexte de crise (Engstrom et coll., 1990).

Des services, une pratique, une identité

Issue du mouvement progressiste québécois des pratiques communautaires alternatives en santé mentale et du mouvement progressif de la réadaptation de la côte est des États-Unis, la pratique de Pech, dans tous ses volets de services, a un commun dénominateur, une formule générique. Elle repose sur l'accroissement de l'autonomie des personnes : l'activation du sens à la vie, la participation sociale, la défense des droits sociaux des personnes et le fait de considérer celles-ci comme des citoyens à part entière, tel que le stipule notre code d'éthique adopté en 2002.

À Pech, et de manière transversale dans l'organisation, nous favorisons l'appropriation du pouvoir d'agir des personnes tant sur le plan psychologique et individuel que sur le plan social et

collectif, dans nos six volets de services : 1) le soutien communautaire; 2) le travail de milieu; 3) le service de crise 24 heures par jour, 7 jours par semaine; 4) l'hébergement transitoire; 5) le soutien au logement social; 6) la formation.

De la pratique de suivi communautaire au modèle de soutien communautaire axé sur les forces des personnes

Le soutien communautaire de Pech constitue un véritable laboratoire à partir duquel s'est élaborée la pratique de Pech.

Afin de faire un pas supplémentaire dans le sens d'une pratique axée sur le rétablissement des personnes, les équipes de Pech ont été formées au modèle de soutien communautaire axé sur les forces (*Strengths Model*) afin que les pratiques de Pech collent aux ingrédients actifs du rétablissement.

L'AGIR en santé mentale a traduit un manuel de formation de l'Université du Kansas (Carlson et coll., 1998) afin de faciliter la transmission pédagogique de ce modèle. Cette formation, d'une durée de quatre jours, a été donnée aux intervenants de Pech par l'équipe de formateurs de l'organisation à l'automne 2005 et, par la suite, à d'autres partenaires du milieu communautaire.

L'approche axée sur les forces des gens

L'approche axée sur les forces va de pair avec le rétablissement. Le modèle de soutien communautaire axé sur les forces des gens a été mis au point par Ronna Chamberlain à l'Université du Kansas, aux États-Unis. D'abord utilisé avec des personnes ayant des troubles mentaux graves, il a aussi été adapté à



d'autres populations, dont les personnes âgées et les enfants. Ce modèle a été créé et systématisé dans les années 1980 par Charles A. Rapp et d'autres collègues de l'Université du Kansas.

Une formation a été conçue pour les praticiens de la santé mentale et donnée partout au Kansas, dans 40 autres États des États-Unis, en Grande-Bretagne, en Irlande et en Australie. Une mise à jour a récemment été entreprise ajoutant à cette formation plus de contenu relié au rétablissement. Le personnel de l'École de service social de l'Université du Kansas est maintenant partenaire avec des personnes utilisatrices pour présenter cette formation au Kansas et à travers les États-Unis. Cette approche se base sur six principes :

- Le soutien est centré sur les forces, les intérêts de la personne plutôt que sur le diagnostic;
- La personne possède la capacité inhérente d'apprendre, de grandir et de changer;
- L'utilisateur est le maître d'œuvre de la relation d'aide;
- La relation utilisateur/intervenant devient un facteur essentiel du processus de soutien;
- Le mode d'intervention privilégié est l'accompagnement de l'utilisateur dans des contextes de vie en société;
- La communauté est une oasis de collaborateurs potentiels au processus de soutien.

Pech : un réseau de services intégrés et intersectoriels

Au départ, l'idée même de travailler avec les milieux judiciaires et correctionnels – comme les services de probation, la détention, les policiers – fait un croc-en-jambe au concept de contrôle social au profit de la solidarité sociale.

L'expérience de Pech indique qu'un partage des responsabilités entre les acteurs améliore la résolution des problèmes. Cette situation force les partenaires à se mettre en mouvement et à redéfinir leur rôle.

En résumé, les conditions de réussite de la dynamique intersectorielle de Pech se fondent sur la confiance des partenaires, la vision commune des acteurs et l'engagement à participer à un réseau de façon volontaire.

« L'expérience de Pech indique qu'un partage des responsabilités entre les acteurs améliore la résolution des problèmes. Cette situation force les partenaires à se mettre en mouvement et à redéfinir leur rôle. »

S'il est permis de parler du caractère novateur de Pech, j'estime qu'il se situe dans ses actions intersectorielles réalisées avec le réseau correctionnel et de la justice ainsi qu'avec celui de la santé, par le volet « soutien communautaire » offert aux personnes à trois moments : avant, pendant et après la judiciarisation. L'action intersectorielle se déploie aussi par notre service de crise 24 heures par jour, 7 jours par semaine, notre pratique de non-judiciarisation avec les services policiers, notre partenariat avec le réseau de l'itinérance par le travail de milieu, la mise en place d'une accessibilité plus grande au logement social avec le réseau de l'habitation de même que par notre maison d'hébergement en lien avec les urgences psychiatriques et nos équipes sur le terrain.

Véritable *work in progress*, la genèse des pratiques de Pech se dessine depuis quinze ans à partir des besoins des personnes et de leur parcours d'exclusion sociale (difficultés pour les personnes qui vivent avec des problématiques multiples d'avoir accès à un logement décent et à la vie citoyenne). Ainsi, l'importance accordée par Pech au logement social s'appuie sur les besoins mille fois exprimés par les personnes utilisatrices d'avoir accès à un logement décent à un prix raisonnable. Le logement à titre de puissant déterminant de santé nous a poussés à créer, à partir de 1999, des places d'hébergement pour les personnes qui, à la suite d'une hospitalisation, faisaient face au défi de se relocaliser. En 2003, nous avons fait un pas de plus en faisant construire un immeuble de onze logements dont nous sommes propriétaires et qui permet à des personnes utilisatrices de bénéficier d'un logement subventionné de qualité. Les services intégrés de Pech se présentent (partiellement, bien sûr) comme autant de réponses, regroupées en un seul organisme, aux besoins multiples des personnes que nous accompagnons. La prise en compte du

point de vue des utilisateurs et de leur parcours a été un élément clef du réseau de services intégrés et intersectoriels de Pech.

L'action intersectorielle est par définition une forme d'innovation par rapport aux traditions des services sectoriels. [...] Un cadre de référence serré, transmis d'en haut, est futile lorsqu'on est engagé dans une forme d'action inédite. L'existence d'un cadre de référence transforme l'action en un exercice d'exécution plutôt que d'innovation, un exercice où la flexibilité et la possibilité de repenser rapidement ses décisions, selon l'évolution du projet, est limitée (sic). L'innovation est un processus itératif. [...] C'est pourquoi l'action intersectorielle, qui par définition va à l'encontre des structures sectorielles déjà en place, demande du courage. Elle requiert aussi une grande fidélité envers la population visée et la problématique en cause, une fidélité qui dépasse celle que l'on ressent pour les règles du jeu et la culture de son secteur particulier. (White et coll., 2002)

L'évaluation du programme de soutien communautaire de Pech

Nous avons demandé à monsieur Steve Paquet, professionnel de recherche au CSSS de la Vieille-Capitale et doctorant en sociologie, d'effectuer une recherche exploratoire et évaluative du programme de soutien communautaire de Pech (Paquet, 2006). Dans le cadre de cette recherche, neuf utilisateurs du service de soutien communautaire (5 hommes et 4 femmes) ont été rencontrés. Des entretiens de type semi-dirigé d'une durée moyenne de 75 minutes ont été menés avec les personnes sélectionnées. Le travail d'analyse des données a consisté à dégager, à extraire les thèmes récurrents dans les propos tenus par les utilisateurs concernant les différentes dimensions étudiées.

Cette recherche exploratoire avait pour but de mieux saisir le rôle joué par Pech dans le processus de rétablissement des

Les faits saillants de la recherche

1. L'accès rapide à un intervenant de Pech est un facteur favorisant, chez les utilisateurs, une meilleure gestion
 - des idées délirantes;
 - de la consommation d'alcool;
 - de la gestion de la médication;
 - des situations de crise.
2. Le lien créé avec l'intervenant agit comme un moteur qui enclenche le processus de rétablissement des personnes :
 - Un lien empreint de respect sans la dimension « paternaliste »;
 - Un lien où les utilisateurs développeront l'intime conviction d'être enfin écoutés, entendus;
 - Un lien qui fait naître chez les utilisateurs un sentiment de sécurité.

C'est à travers l'espace du lien thérapeutique que passent, que transigent les relations que les utilisateurs nouent avec la collectivité et avec l'entourage.

Le processus de reconnaissance inhérent au lien à l'intervenant donne l'occasion aux utilisateurs

 - de s'appartenir à eux-mêmes;
 - de se reconstruire une subjectivité plus forte;
 - d'expérimenter de nouvelles manières d'entrer avec confiance en interaction avec les autres;
 - de se sentir approuvés dans ce qu'ils entreprennent;
 - de faire l'apprentissage des rôles sociaux et de la citoyenneté.
3. Le nombre d'hospitalisations et de renvois au système judiciaire est moindre.
4. Le fait pour plusieurs utilisateurs d'avoir repris contact avec la communauté, d'avoir brisé leur isolement, leur a permis
 - de recommencer à faire de l'exercice;
 - de perdre du poids;
 - d'arrêter de fumer ou de diminuer l'usage du tabac;
 - d'améliorer leur alimentation;
 - d'améliorer leur hygiène corporelle.
5. La possibilité d'habiter un logement subventionné à l'intérieur duquel les utilisateurs se sentent en sécurité et « enfin chez eux » semble jouer un rôle significatif dans leur processus de rétablissement.
6. Les signes transmis par les intervenants aux utilisateurs agissent comme des miroirs de l'humanité de ces derniers.
7. Le désir de changement des utilisateurs quant à l'organisation du programme touche les éléments suivants :
 - La possibilité de participer à des activités de groupes et d'entraide afin de sociabiliser avec les autres usagers de Pech devrait être mise en place;
 - Une plus grande disponibilité des intervenants de Pech en situation de crise – par exemple, une accessibilité 24 heures par jour, 7 jours par semaine – devrait être instaurée.

personnes ayant eu recours aux services de l'organisme. Deux dimensions de ce processus ont été explorées avec plus d'attention : 1) la capacité des personnes à exercer des rôles sociaux et à s'insérer socialement; 2) l'amélioration de l'état de santé (autant physique que mentale) des utilisateurs.

Pour couvrir ces deux dimensions, différents « indicateurs » ont été utilisés, parmi lesquels nous retrouvons : la participation à des activités sociales, la capacité à créer et à maintenir des relations significatives avec un réseau de proches (amis, voisins, famille, etc.), l'insertion à l'emploi ou dans des activités de bénévolat, le nombre d'hospitalisations, le contrôle des symptômes associés à la maladie, les démêlés avec la justice.

Au cœur de cette démarche d'évaluation, à la suite des travaux de Rodriguez et de Guay (Bourgeois et coll., 2006), nous visions le savoir tacite

ou l'expérience des utilisateurs en lien avec nos pratiques. L'importance des données qualitatives, d'un système d'évaluation basé davantage sur les valeurs éthiques que sur les structures, nous a guidés.

Passer de la réinsertion sociale à la participation sociale

Rapidement au cours des entrevues, la question du « lien » (de la relation) créé entre les intervenants et les utilisateurs s'est révélée occuper, pour ces derniers, une place toute particulière dans leur trajectoire et leur parcours de vie. C'est à partir de ce lien à l'autre, de ce rapport significatif entretenu avec leur intervenant, que bien des utilisateurs ont parlé de ce qui les a menés à retrouver un état de mieux-être, l'espoir de vivre, à participer à la vie sociale, en somme, à se rétablir.

Plutôt que de considérer la réinsertion sociale d'un utilisateur comme une

finalité absolue, nous pensons à Pech que l'élément clé du rétablissement est l'inclusion ou la participation sociale, antidote à la désaffiliation sociale :

Le soutien communautaire offert dans une approche alternative ne s'effectue pas nécessairement dans une visée d'intégration sociale ou d'adaptation au milieu, mais se réalise plutôt en fonction des forces individuelles et du milieu, vers le mieux-être de la personne concernée. (Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, 2006)

Les pistes de réflexion

Comme nous l'avons vu, la primauté de la relation ou du lien constitue une des lignes de force du soutien communautaire de Pech et, paradoxalement, comme l'autre face d'une même médaille, elle en détermine la limite. Comment allons-nous profiter de ce lien afin de favoriser la participation sociale des utilisateurs?

« Comme nous l'avons vu, la primauté de la relation ou du lien constitue une des lignes de force du soutien communautaire de Pech et, paradoxalement, comme l'autre face d'une même médaille, elle en détermine la limite. Comment allons-nous profiter de ce lien afin de favoriser la participation sociale des utilisateurs? »

Il y a encore chez nous, à tous les paliers de l'organisation (conseil d'administration, direction générale, intervenants), d'importantes forces d'inertie qui encapsulent chez certains l'idée de la toute-puissance des intervenants.

L'apparente immobilisation de certains utilisateurs dans leur processus de rétablissement ne fait que conforter l'idée qu'ils ne peuvent se rétablir, alors qu'il s'agit, en fait, de mieux former le personnel de l'organisation aux conditions facilitant le processus d'apprentissage dans leur parcours de rétablissement. Le mouvement des utilisateurs américains émet à l'attention des planificateurs de service des mises en garde à ce chapitre :

Aujourd'hui, alors que le système de santé mentale intègre le rétablissement dans ses programmes et pratiques, certaines personnes sont considérées comme pas tout à fait prêtes pour le rétablissement ou indéfiniment « en rétablissement ». A certains égards, ceci consiste simplement à désigner par de nouveaux mots, une vieille réalité, à savoir une condition à vie dont le mieux que l'on puisse espérer est « le maintien ». Cette approche ne reconnaît pas que les personnes peuvent et réussissent à se rétablir, ainsi les personnes demeurent immobilisées. (National Empowerment Center and the Recovery Consortium, 2006)

Parmi les prochains pas de Pech, l'intégration de pairs aidants dans les équipes et la mise sur pied d'un comité d'utilisateurs constituent des balises importantes. De plus, il nous faudra maximiser nos capacités à mieux utiliser les ressources de la communauté afin de substituer le plus

possible aux réseaux professionnels d'aide des utilisateurs des réseaux naturels dans la communauté.

BIBLIOGRAPHIE

Bizier, V. sous la direction de Morin, P., et Dorvil, H. (2007). *Le Projet d'Encadrement clinique et d'Hébergement (Pech) : Monographie d'un organisme ayant un volet d'hébergement transitoire et de soutien au logement social pour des personnes ayant des problèmes graves de santé mentale*. Université du Québec à Montréal, Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales, Les Cahiers du Larepps no 07-02, p. 38.

Bourgeois, L., Guay, L., Landry, Y., Pinard, J.-L., et Rodriguez, L. (2006). *Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté : Changer de perspective*. Québec, Presses de l'Université du Québec.

Carlson, L., McDiarmid, D., et Rapp, C. A. (1998). *Instructor's manual the strengths model, case management with people suffering from severe and persistent mental illness*. Oxford University Press.

Coupechoux, P. (2006). *Un monde de fous : Comment notre société maltraite ses malades mentaux*. Paris, Le Seuil, p. 231.

Curtis, L. C., Tanzman, B. H., et McCabe, S.S. (1992). *Orientation manuel for local level, supported housing staff. The center for community change through housing and support*, Burlington, Vermont.

Engstrom, K., Brooks, E.B. Jonikas, J., Cook, J.A. et Witheridge, T.F. (1990). *Creating community linkages : A Guide to assertive outreach for homeless persons with severe mental illness*. Chicago, Thresholds inc., Traduit et adapté du manuel pour intervenants du programme THE BRIDGE par V. Jobidon pour l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale.

Laberge, D., et Morin, D. (1992). *Les clientèles « psychiatrie-justice » : Problèmes de prise en charge et d'intervention*. Montréal, Les Cahiers du G.R.A.P.P.P.

Ministère de la Sécurité publique (2002). *Portrait de la clientèle correctionnelle du Québec 2001, rapport synthèse*.

National Empowerment Center and the Recovery Consortium (2006). *Voices of transformation : Developing recovery based statewide consumer/survivor organisations*. SAMHSA, Consensus statement on mental health.

Paquet, S. (2006). *Du rapport à l'autre au mieux-être de soi : Pour une idée du rôle actif des intervenants de Pech dans le processus de rétablissement des personnes*. Pech.

Quérion, R. C., *Santé mentale : Tout pour éviter le tourbillon du système judiciaire*. La Tribune, 3 février 2007. *Recovery*, 16 février 2006. Traduit par Charles Rice, AGIR en santé mentale, novembre 2006, p. 7.

Test, M. A., et Stein, L. L. (1980). *Alternative to mental hospital treatment : III. Social cost*, Archives of general psychiatry, 37, 409-412.

White, D., Jobin, L., McCann, D., et Morin, P. (2002). *Pour sortir des sentiers battus : L'action intersectorielle en santé mentale*, Les Publications du Québec.

Par Jean-Jacques Gratton, usager et agent de communication au programme des mesures Interagir au Centre Wellington, Nicole Lahaie, coordonnatrice clinique au Spectrum et Michel Ouellet, enseignant en intégration socioprofessionnelle du Centre des ressources éducatives et pédagogiques (CREP) de la Commission scolaire de Montréal (CSDM), attaché au Centre Wellington.

Le texte qui suit nous présente un exemple concret, principalement par le biais de l'expérience d'un usager, de l'effet qu'une transformation organisationnelle peut avoir sur le rétablissement d'un individu. Au cœur du processus, on retrouve l'espoir : l'espoir d'un usager en son rétablissement, mais aussi l'espoir comme valeur de base d'un établissement en situation de transformation organisationnelle.

Au fil des ans, l'équipe du Spectrum a pris une position claire par rapport à son désir d'aller au-delà de la réadaptation et de briser le cercle vicieux dans lequel se trouvent bien souvent les personnes utilisatrices de services. Nous avons pris conscience de l'importance de faciliter la création de nouvelles occasions d'inclusion sociale et de susciter une reprise de pouvoir pour les personnes ayant un problème de santé mentale. Or, une telle démarche n'a été possible que par la modification ou la transformation de certaines structures.

Plusieurs éléments ont influencé ce virage. Au début des années 2000, Spectrum a implanté un programme de soutien à l'emploi au marché régulier du travail et nous avons constaté que les utilisateurs veulent travailler et avoir accès aux mêmes possibilités que les autres membres de la société. Cette initiative nous a nettement fait voir que les personnes utilisatrices sont non seulement exclues socialement des domaines liés à l'emploi, à l'éducation, etc., mais qu'elles subissent, en plus, les conséquences dévastatrices de la pauvreté. Nous avons réalisé qu'une action collective avec les personnes ayant des problèmes de santé mentale est primordiale. Depuis, Spectrum mène de l'avant avec ses clients un dossier politique pour tenter de modifier les règlements de la Loi sur l'aide aux personnes et aux familles pour favoriser de meilleurs bénéfices financiers liés à l'intégration au marché du travail régulier.

D'autres éléments internes ont également influencé le tournant. D'abord, la restructuration du service de réadaptation commencée en 1998 a permis de localiser au cours de l'année civile 1999-2000 une grande partie de ses services dans la communauté, au Centre Wellington. Œuvrer dans un environnement situé hors de l'hôpital a facilité l'émergence d'une approche beaucoup plus communautaire. À l'époque, la coordonnatrice clinique a complété une recherche qualitative sur l'appropriation du pouvoir dans le cadre de son mémoire de maîtrise. Ceci a influencé la vision, l'orientation des services et la sensibilisation du personnel à l'égard des désirs et des choix des usagers.

Un projet de recherche mené par Myra Piat sur le rétablissement a suscité de nombreuses conversations et analyses ainsi qu'une mobilisation des membres de l'équipe pour mettre en place des services orientés vers le soutien du processus de rétablissement des personnes. Depuis, quelques membres du personnel se sont rendus à New York pour approfondir nos connaissances sur le modèle du rétablissement et certains d'entre nous donnons de la formation sur celui-ci. Des comités de travail mettant en collaboration les membres du personnel et les clients ont été introduits et deviennent de plus en plus une norme dans nos services.

Spectrum instaure des services qui visent à promouvoir des possibilités sociales et communautaires pour permettre à ses clients d'assumer des rôles concrets et significatifs. Ces rôles sont directement liés à ce que toute personne conçoit comme valable dans notre société, soit l'accès au travail, aux études, à un revenu décent et à un milieu de vie convenable. L'intégration sociale se manifeste également sur d'autres plans et s'harmonise avec des besoins tels que : avoir de nouveau un emploi du temps, retrouver un sens du quotidien et vivre des expériences interpersonnelles significatives.

Nous estimons que ces faits, parmi d'autres certainement, ont soutenu des changements organisationnels au sein de nos services.

L'article qui suit se veut donc un exemple de transformation de services de santé mentale orientés vers le soutien du processus de rétablissement de la clientèle et pour bien l'illustrer, nous avons choisi de le faire au travers de l'histoire d'un client racontée par Jean-Jacques Gratton.

L'histoire se déroule au Centre Wellington qui fait partie du Spectrum, service de réadaptation psychosociale et de soutien communautaire de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas.

Une remise en question

Quand Nicole Lahaie m'a demandé d'écrire quelque chose pouvant illustrer ma perception d'une « structure organisationnelle orientée vers le rétablissement », j'ai tout de suite été interpellé par deux questions : qu'est-ce que le rétablissement pour moi?; quelle histoire pourrait le mieux en témoigner?

Des mots pour le dire

La première question aurait dû être facile. J'ai lu des dizaines de définitions écrites par des gens de talent ayant consacré leur vie à l'étude du rétablissement et j'ai même eu l'occasion d'en écrire une dans le cadre d'une conférence que Myra Piat, chercheuse à l'Institut universitaire Douglas, avait eu la gentillesse de m'inviter à coanimer avec elle.

Mais aucune de ces définitions ne me touchait au cœur et à l'âme. Puis, dernièrement, tout est devenu clair : j'avais ma définition qui tenait en un seul petit mot de sept lettres « PASSION ». La voici : « Le rétablissement est l'ensemble des outils et des processus qui conduisent une personne à découvrir, puis à vivre, SA vraie passion dans SA vie ».

La seconde question comportait aussi ses difficultés; je ne me sentais pas prêt à parler de moi. J'en suis donc venu à

me demander ce qui représentait à mes yeux l'exemple le plus parfait de cette recherche de la passion tranquille qui est pour moi le vrai rétablissement. C'est à ce moment que j'ai pensé à mon ami Aimé, lui qui a découvert au Centre Wellington une passion sans borne pour le bois, passion qui l'a tant aidé dans son évolution.

Ma tête est comme un bilboquet, elle essaie de rester sur mes épaules

Aimé

Connaissez-vous mon ami Aimé?

C'est un homme dans la cinquantaine, gentil et sympathique, ayant (presque) toujours le sourire aux lèvres. Il me fait un peu penser à Albert Einstein (la moustache en moins). J'aimerais vous parler de lui car il est, pour moi, l'exemple numéro un d'un véritable parcours de rétablissement et la preuve qu'avec beaucoup de volonté et l'aide de personnes qui veulent sincèrement nous aider (à condition que l'on ait le courage et l'humilité d'accepter cette aide), il y a de l'espoir même pour nous.

Le rêve américain

Comme pour la plupart d'entre nous, la maladie est arrivée dans la vie d'Aimé avec la force et la violence de la foudre. Aimé travaillait depuis plus de 25 ans dans le domaine des arts graphiques, il s'y était fait une solide réputation d'expert, il était celui qu'on allait voir quand personne d'autre n'avait la solution. Il travaillait dans un secteur où il était apprécié, gagnait très bien sa vie et s'était acheté une maison. À tous les points de vue, il vivait le rêve américain.

Puis, ça a été la brisure qui a eu comme déclencheur un besoin de toujours se donner plus à sa carrière. Des journées de travail qui se poursuivaient tard dans la nuit. Des boulots qui finissaient par manger tous les temps libres, des repas que l'on prend à toute vitesse sur un coin de table et des tonnes de café que l'on avale pour trouver la force de terminer ces maquettes qui, selon le patron, sont toujours si urgentes. Quelque chose devait casser et c'est ce qui est arrivé.

La fin d'un rêve

Du jour au lendemain, mon ami Aimé s'est retrouvé derrière les portes verrouillées d'un hôpital, sans force, sans énergie, incertain de l'avenir. Lui, qui avait toujours aidé les autres, devenait celui que les autres aidaient. Mais ce n'était pas encore le fond du panier; la vie lui réservait quelques mauvais tours.

Parce que la vie continue de l'autre côté des murs de l'hôpital et qu'il faut bien payer ses factures, Aimé a signé procurations après procurations à quelqu'un en qui il avait confiance, mais son choix n'a pas été le bon et il s'est retrouvé bientôt sans maison, sans argent et incapable de retourner à son ancien travail. Le rêve américain venait de prendre le visage du cauchemar.

La transition

Malheureusement, ce n'est pas encore le fond du baril. Aimé vivra plusieurs séjours à l'hôpital (quatre en tout) puis ira dans un foyer d'accueil pour les gens ayant vécu les mêmes choses que lui. Aimé appelle ça une « maison de transition », mais il y restera quatre ans, jusqu'à la fermeture de celle-ci (une bien étrange et bien longue « transition », à mon avis).

L'amour d'une mère

À la fermeture de la maison, c'est sa mère qui le recueille. Il passera dix longues années à se bercer sur sa chaise en fumant et en regardant la télévision. J'ai entendu des professionnels (des gens très intelligents, des sommités en santé mentale) dire que le rétablissement, c'est la recherche d'une stabilité dans sa vie alors que pour moi, c'est tout à fait le contraire. La personne souffrant de problèmes de santé mentale a habituellement une vie très stable, faite de routines imposées par les autres et par ses propres peurs. Ce qu'elle n'a pas, c'est l'espoir et la passion qui permettent de changer. Vous ne me croyez pas? Achetez-vous une chaise berçante et bercez-vous pendant dix ans, vous me direz si ce n'est pas le summum de la stabilité...

De plus, quand on vit une détresse (mentale, physique, émotionnelle ou financière), ce qui nous permet de survivre, ce sont nos petits rituels que l'on finit par suivre à la lettre et qui deviennent, à mes yeux, la définition même de la stabilité.

Le point de bascule

Le choc, le moment où tout change dans notre vie, brutalement, d'un seul coup, en une fraction de seconde... La maman d'Aimé meurt. La tristesse, les larmes, le vide, c'est le désespoir, la peur, la fin de la fameuse stabilité, mais aussi le début de quelque chose, pas encore l'espoir mais peut-être sa caricature. On est en 1998 et Aimé a atteint son point de bascule.

Mon ami se réfugie dans la lecture. En peu de temps, il lira cinquante livres de philosophie, cherchant dans ces ouvrages de quoi alimenter ses réflexions. Son psychiatre, le Dr Johanne Baillargeon, en qui il a confiance, lui suggère le Centre Wellington. Aimé n'a plus rien à perdre, il accepte.

Le Centre Wellington

Quand j'ai rencontré Aimé pour la première fois en décembre 2003, à l'atelier d'ébénisterie de Roger Pigeon, il était déjà un membre actif du Centre Wellington depuis presque un an. Il partageait une table de travail avec un autre client et les deux passaient leurs journées à décaper des chaises dans le cadre d'un programme d'aide financière, une occupation peu stimulante à mes yeux. Depuis ce temps, l'atelier a beaucoup grandi, s'est beaucoup amélioré. Aimé aussi.

Aimé parle avec chaleur des clients et des intervenants du Centre Wellington, de même que de son psychiatre qui l'ont aidé et épaulé dans son cheminement. Mais quelle a donc été au juste cette progression? Je laisse Nicole et Michel vous en parler.

Aimé avait un rêve... celui de démarrer son entreprise en ébénisterie...

Le désir d'Aimé a été entendu, mais comment les services du Centre Wellington pouvaient-ils l'aider? Il fallait donc créer de nouvelles occasions...

En 2003, l'administration du Centre Wellington a demandé aux professeurs du CREP de la CSDM qui travaillent au Centre de structurer un cours « d'entrepreneuriat » pour ses clients. Aimé s'est inscrit au cours et y a participé avec beaucoup d'enthousiasme. Il a ainsi pu donner forme à son projet de lancer une entreprise.

« Les professeurs du CREP l'ont aidé dans ses démarches pour bâtir son plan d'affaires et par la suite enregistrer son entreprise au Registraire des entreprises du gouvernement du Québec. C'est en 2004 que l'Ébénisterie Les Patriotes du Québec a vu le jour. »

Les professeurs du CREP l'ont aidé dans ses démarches pour bâtir son plan d'affaires et par la suite enregistrer son entreprise au Registraire des entreprises du gouvernement du Québec. C'est en 2004 que l'Ébénisterie Les Patriotes du Québec a vu le jour. Parallèlement, Aimé participait à un suivi psychosocial hebdomadaire au Centre Wellington pour l'aider à gérer ses tensions et son stress, ce qui lui a permis d'augmenter sa confiance en ses capacités et d'avoir une attitude plus tolérante et positive envers sa propre vie.

Simultanément, Aimé a entrepris des démarches, qu'il jugeait difficiles, pour informer les fonctionnaires de la sécurité du revenu de son projet d'entreprise. Le Centre Wellington l'a soutenu pendant ces étapes critiques et complexes en l'accompagnant aux rencontres avec son agente d'aide sociale et aussi en l'aidant à remplir tous les documents mensuels requis et obligatoires. Progressivement, Aimé est devenu de plus en plus confortable avec les règlements de la loi sur la sécurité du revenu en vertu de son nouveau statut de travailleur autonome et la partie administrative qui lui faisait si peur avant ne lui causait plus d'anxiété.

Au cours de l'année 2004, le Centre Wellington entreprenait une démarche auprès des services techniques de l'hôpital pour permettre à Aimé de gérer sa petite entreprise dans l'atelier de menuiserie du Centre, moyennant un loyer mensuel approprié à ses revenus. Ce qui a été accepté. En 2005, Aimé a officiellement démarré son entreprise et reçoit depuis des contrats de la part de clients de la communauté.

Aimé poursuivait un autre rêve..., celui de voir reconnaître ses acquis en ébénisterie. Voici comment le service de réadaptation psychosociale et de soutien communautaire de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas a appuyé ses espoirs.

À la suite de l'analyse de son dossier par son enseignant en intégration socioprofessionnelle du CREP au Centre Wellington, Aimé a profité des services d'une conseillère en formation pour qu'elle l'accompagne dans l'ensemble du processus de reconnaissance des acquis et

des compétences. Ainsi, il a pu monter son portefeuille avec toutes ses réalisations (meubles, accessoires, inventions) et remplir sa demande en formation professionnelle.

Depuis le dépôt de sa demande, il a rencontré un spécialiste de contenu de la CSDM. Cette entrevue a eu pour objectif de vérifier, à l'aide de mises en situation de travail, s'il possédait les compétences définies dans chacun des modules du programme de formation. Les compétences acquises par Aimé ont été évaluées en référence aux objectifs du programme de formation professionnelle élaborés par le ministère de l'Éducation et des Loisirs du Québec.

À ce jour, Aimé est dans l'attente de la décision finale. Ainsi, il pourrait se voir reconnaître l'équivalent d'un diplôme d'études professionnelles en ébénisterie, représentant 1800 heures de formation, ou alors avoir à suivre quelques modules seulement avant de se voir attribuer une équivalence.

Étant donné qu'Aimé aimerait un jour avoir son propre atelier d'ébénisterie, la reconnaissance de ses compétences en tant qu'ébéniste ajoute à sa crédibilité comme artisan du bois.

Aimé signe plusieurs réalisations artisanales et a de plus réalisé jusqu'à quel point travailler le bois est une grande passion pour lui. Son but à long terme est de déménager son entreprise en région et d'y vivre.

Un cœur qui se remet à battre

Depuis 2004, Aimé amasse lentement son outillage, passant parfois des semaines à remettre à neuf un outil acheté pour presque rien parce que son ancien propriétaire l'avait laissé rouiller dans le coin d'une cave pendant des années. Je l'ai aussi très souvent vu, assis à la cafétéria, un livre dans une main, la fourchette dans l'autre (mauvaise habitude héritée de son ancienne vie), en train d'étudier une technique de rénovation de vieux meubles ou une autre pour en faire de nouveaux.

En plus, Aimé s'est ouvert à l'amour. Au Centre Wellington, en 2002, il a rencontré celle qu'il appelle affectueusement « Poupou mon Petit Bonheur ». Leur relation a lentement grandi. Lise a été sa collègue, puis une amie, puis sa meilleure amie et sa confidente pour, lentement, devenir l'image même de quelque chose de beaucoup plus profond. Elle est devenue, pour Aimé, le symbole de ce que la vie peut encore offrir à quelqu'un qui a vécu tellement de souffrance. Lise, c'est l'espoir.

Ce que je veux pour le futur..., c'est un Avenir

Aimé

Comment se sait-on en rétablissement?

Aimé définit son rétablissement par trois étapes importantes.

- 1) Je commence à me rappeler des bonnes choses qui se sont passées dans ma vie. Ce qui est un bon signe de rétablissement parce que j'ai été dix-sept ans sans me souvenir de quoi que ce soit. Ce n'était que de la haine et de l'amertume. Des souvenirs agréables, totalement enfouis, commencent à remonter à la surface. C'est comme si une porte fermée depuis des années s'entrouvrait lentement. Son cœur lui permet d'accepter les bonnes choses du passé et celles du présent : Ça change, tout est plus beau et j'ai le goût d'être bien et calme.
- 2) Aimé explique que le rétablissement est le fait de posséder quelque chose. D'avoir des choses qui m'appartiennent auxquelles je tiens beaucoup. J'ai mes outils maintenant. Ça représente pour moi une grande liberté, une source d'inspiration... Moi, j'avais tout perdu. Maintenant, mes outils m'aident à vivre mon rêve.
- 3) Le rétablissement, c'est d'avoir son rêve et de le vivre concrètement. C'est la possibilité d'aller toujours plus loin avec celui-ci et de s'actualiser comme personne.

Aimé et Lise ont des rêves qu'ils visualisent tous les jours. Ils quitteront le Centre Wellington pour vivre en région dès que Lise aura terminé son cours et Aimé veut continuer de gérer son entreprise là-bas.

La vie en tranches - Chroniques et publications de Camillo Zacchia

Auteur : Camillo Zacchia, Ph. D. - Psychologue
Par Dominique Maheux, étudiant

Nous avons lu pour vous...



Camillo Zacchia est le chef professionnel en psychologie de l'Hôpital Douglas, Institut universitaire en santé mentale. Depuis 2005, il rédige une chronique bimensuelle sur la psychologie et la nature humaine dans le Journal Métro. Cette publication, distribuée gratuitement aux usagers du métro, rejoint des milliers de personnes. Camillo Zacchia a récemment publié un nouveau recueil reprenant les chroniques du précédent¹ et présentant celles qui ont été publiées par après (jusqu'en janvier 2008), ainsi que d'autres articles parus dans plusieurs autres journaux et revues. On peut aussi avoir accès aux chroniques de Camillo Zacchia à partir de son blog² : www.blog.douglas.qc.ca/psychospeak.

Chère lectrice, Cher lecteur,
Je m'appelle Dominique Maheux et je suis commis de bureau pour la période estivale à l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP). J'entre à l'Université Laval au baccalauréat en Mathématiques à la session d'automne. Sans aucune connaissance du monde de la santé mentale, j'ai été initié à ce domaine il y a de cela quelques semaines. J'ai dû lire plusieurs textes au sujet des pairs-aidants, du système de santé mentale et de divers thèmes connexes aux troubles mentaux. Un de ces textes m'a toutefois particulièrement touché. *Les Chroniques de Camillo Zacchia*, écrit par ce dernier, regroupe plusieurs petites capsules du *Journal Métro* visant à éliminer chez les personnes « ordinaires » – soit celles qui n'ont aucune instruction sur le sujet – les préjugés à l'égard de la maladie mentale.

Généralement sous forme de courtes histoires, le livre s'attaque à des préoccupations que nous avons tous déjà connues, tel le sentiment d'isolement social ou de dévalorisation dans un groupe. Comme on peut le constater rapidement au cours de la lecture, il s'agit de sentiments qui ne sont pas nécessairement dus à des problèmes de santé mentale graves. Plusieurs personnes supposent trop vite que certains événements vécus par elles sont automatiquement reliés à une maladie mentale. Toutefois, l'auteur nous apprend bien vite la distinction entre une réaction dite « normale » et une autre causée par la maladie mentale. Par ailleurs, il touche aux différentes maladies mentales (la schizophrénie, l'hypocondrie et la dépression pour ne nommer que celles-là) souvent mal vues ou mal comprises par le public. De plus, il nous fait part de son expérience personnelle et de ses opinions sur divers problèmes ou faits de la vie courante. Finalement, il nous relate l'histoire de quelques-unes de ces personnes courageuses qui font preuve d'espoir et de joie de vivre malgré la maladie.

Le côté familial des chroniques est une partie fondamentale du recueil. L'auteur partage sa vision des choses avec des textes simples, courts, parfois accentués d'une touche d'humour ou de tristesse. En d'autres mots, le livre *Les Chroniques de Camillo Zacchia* sensibilise parfaitement le public cible, soit monsieur et madame Toutlemonde. Parallèlement, le livre émeut directement le grand public en utilisant des événements tragiques survenus au Québec, événements qui nous ont tous marqués d'une manière ou d'une autre : la fusillade au Collège Dawson, le drame de l'École polytechnique, la crise du verglas... En somme, le chroniqueur montre beaucoup d'humanisme, ce qui rend le texte agréable, contrairement aux lourds articles scientifiques que j'ai eu l'occasion de lire dans le cadre de mon travail!

Tel que je l'ai mentionné précédemment, Monsieur Zacchia réussit à nous faire changer d'opinion sur notre manière de comprendre les personnes ayant des problèmes mentaux ou les individus possédant des caractéristiques (physiques, vestimentaires, raciales...) différentes des nôtres. Il est important de rappeler que l'auteur ne s'étend pas seulement sur les maladies mentales graves, mais aussi sur les cas de dépression ou d'épuisement mineur auxquels nous pouvons faire face au moins une fois dans notre vie. Il nous redit une vérité cruciale : l'être humain est loin d'être parfait et les suppositions n'aident jamais à régler le problème. Il est normal de se sentir mal à l'occasion.

En tant qu'étudiant, je suis constamment « poussé » vers la performance afin d'atteindre des standards élevés. Je viens tout juste de commencer à suivre le rythme effréné de la vie quotidienne des jeunes adultes et le temps manque pour profiter de loisirs ou m'instruire par moi-même. La mission de l'auteur me semble particulièrement essentielle pour les

personnes de tout âge qui, à défaut d'avoir du temps ou même de l'intérêt, transforment les rumeurs et les préjugés en vérités. Lutter contre les préjugés est un objectif encore plus primordial à atteindre chez les jeunes. Pour ma part, je crois que ceux-ci sont très mal informés sur les maladies mentales (comme moi avant de commencer à travailler dans le domaine). Ainsi, des documents comme *Les Chroniques de Camillo Zacchia*, faciles à lire et à comprendre, me paraissent tout indiqués pour éclairer les adolescents et les jeunes adultes sur l'effet des maladies mentales sur la vie et les idées préconçues. Il faut aussi penser aux jeunes en difficulté; souvent effrayés d'eux-mêmes, ils vont jusqu'à imaginer qu'ils ont une maladie mentale sévère sans même savoir ce qu'est une « maladie mentale ». L'ignorance du public, et surtout des jeunes, doit être éliminée.

Un point particulièrement apprécié dans cette lecture? Les chroniques de l'auteur peuvent intéresser tout le monde; les sujets proposés dans les différents textes touchent toutes les générations et tous les genres. Le chroniqueur passe de la difficulté d'intégration des enfants et des adolescents jusqu'à l'épuisement professionnel chez les adultes. On ne peut s'empêcher de s'identifier dans certaines situations qu'il décrit avec simplicité et clarté.

En définitive, l'auteur atteint son but avec brio. Pour ma part, les textes m'ont permis de remettre en question mes suppositions sur la santé mentale et sur les gens atteints de tels problèmes. Mon séjour à l'AQRP, malgré sa courte durée, m'a aidé à modifier la perspective avec laquelle je voyais la maladie mentale. *Les Chroniques de Camillo Zacchia* me semble donc un outil formidable pour combattre le manque de connaissances générales de la population sur la maladie mentale et pour éliminer les préjugés à ce sujet.

¹ Dans ce texte, l'auteur fait référence au recueil précédent, *Les Chroniques de Camillo Zacchia*.

² Un blog ou blogue est un site Web constitué par la réunion de billets écrits dans l'ordre chronologique et classés la plupart du temps par ordre antéchronologique (les plus récents en premier). Chaque billet (appelé aussi *note* ou *article*) est, à l'image d'un journal de bord ou d'un journal intime, un ajout au blog; le blogueur (celui qui tient le blog) y délivre un contenu souvent textuel, enrichi d'hyperliens et d'éléments multimédias, sur lequel chaque lecteur peut généralement apporter des commentaires ou des opinions personnelles. (Wikipédia)

XIV^e COLLOQUE

DU 8 AU 10 OCTOBRE 2008

dans la région de la Capitale-Nationale
Mont Sainte-Anne, Beauport

Cet événement d'envergure en santé mentale se tiendra du 8 au 10 octobre 2008, sous le thème :

LE RÉTABLISSEMENT : UN PASSEPORT VERS LA CITOYENNETÉ, LA CITOYENNETÉ ; UN PASSEPORT VERS LE RÉTABLISSEMENT !

Rétablissement et Citoyenneté dans l'espace francophone

L'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP) est fière de s'associer à de nombreux partenaires pour présenter son XIV^e colloque dans le cadre du 400^e anniversaire de la fondation de la ville de Québec et dans le contexte du Sommet des pays francophones.

Nous vous donnons rendez-vous dans un décor féérique, au pied du majestueux Mont Sainte-Anne en plein cœur de la saison des couleurs. Nous vous invitons à voyager avec nous sur les thèmes du rétablissement et de la citoyenneté.

Conférenciers, activités et événements diversifiés sont prévus. Venez assister à nos **débats**, suivre l'une ou l'autre de nos **formations** et choisissez parmi la vaste gamme d'**ateliers** offerts.

Au menu...

Des débats passionnants :

- Traitement et réadaptation :** *La désinstitutionnalisation a-t-elle vraiment favorisé le rétablissement et l'intégration citoyenne des personnes vivant avec un trouble grave de santé mentale ?*
- L'intégration au travail :** *Si le travail est la santé, comment, étant pauvre et malade, puis-je travailler ? Doit-on développer un système en parallèle du marché du travail régulier ?*
- Le logement :** *Du lit d'hôpital à l'appartement, sommes-nous réellement passés de l'hébergement au logement ?*
- Citoyenneté et rétablissement :** *Du fou au citoyen : redevenir une personne « merveilleusement ordinaire » est-il possible ?*

Des formations enrichissantes :

- Notions fondamentales en réadaptation psychosociale et rétablissement**, par Michel Gilbert et Alain Boismenu
- L'approche par les forces au service du rétablissement**, par Rosanne Emard, M.Ed., consultante-formatrice
- Les entendeurs de voix** (groupe de formation et de soutien – une innovation au Québec), par Sébastien Lepage, Huguette Savard, Brigitte Soucy, et Myrille St-Onge, Ph. D.
- Troubles concomitants : santé mentale et toxicomanie** par Dr Pierre Rouillard, psychiatre et spécialiste en toxicomanie, Rosanne Labrie, B.SC.

et d'autres encore...

Note d'information

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 19 juin 2017

Objet : **Histoire d'une expérience d'un patient**

Il n'y aura pas d'histoire d'expérience d'un patient à cette réunion. Ce sujet est remis à la prochaine réunion.

Soumis le 7 juin 2017 par Gisèle Beaulieu, vice-présidente de la Performance, de la Qualité et des Services généraux.

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 19 juin 2017

Objet : **Relations avec la communauté / Services offerts**

Il n'y aura pas de présentation des relations avec la communauté ou des services offerts à cette réunion.
Ce sujet est remis à la prochaine réunion.

Soumis le 7 juin 2017 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Note d'information

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 19 juin 2017

Objet : Proposition de structure administrative médicale et révision des Règles du personnel médical

Décision recherchée

STRUCTURE ADMINISTRATIVE MÉDICALE

Une proposition de structure administrative médicale est soumise ***pour information***, laquelle suggère deux structures de fonctionnement, soit avec des départements régionaux et des groupes cliniques régionaux avec départements locaux.

Le processus de consultation a démontré qu'il y a des spécialités qui sont plus matures pour répondre aux exigences d'un département dont l'imputabilité qui s'y rattache, tandis que pour d'autres spécialités, et pour différentes raisons, les équipes sont moins prêtes.

Exemples de raisons :

- Profil de pratique ou paniers de services très différents
- Standards de pratique différents
- Grosseur d'un département (comme la médecine familiale qui comprend la moitié du corps médical au complet)

RÈGLES DU PERSONNEL MÉDICALE

Les règles médicales en vigueur ont été révisées et sont soumises ***pour approbation***.

Contexte

STRUCTURE ADMINISTRATIVE MÉDICALE

Il n'y avait aucune structure qui était superposable à une autre dans les quatre zones.

Par exemple :

- avoir un service d'anesthésie dans un département de chirurgie dans une zone et un département de chirurgie et un service de chirurgie dans une autre zone.
- Un département d'orthopédie dans une zone et un service d'orthopédie du département de chirurgie dans une autre zone.

RÈGLES DU PERSONNEL MÉDICALE

Les règles médicales ont été révisées pour être adaptées aux règlements de 2013. Nous nous sommes efforcés d'harmoniser les pratiques administratives médicales et de clarifier le rôle des différents rôles de leadership médical

Éléments à considérer dans la prise de décision

STRUCTURE ADMINISTRATIVE MÉDICALE

- Il n'y a aucun processus de rencontre régionale pour une même spécialité mis en place et ce type de rencontre est nécessaire pour, entre autre, déterminer une structure comparable d'une zone à l'autre.
- Nécessité d'avoir un forum régional au sein d'une même spécialité pour s'entendre sur un plan de qualité de l'acte médical sur des meilleures pratiques et des indicateurs de qualité et de performance à suivre.
- Harmonisation des pratiques lorsque possible.

Suivi à la décision

- La situation sera évaluée annuellement afin de se diriger de plus en plus vers le modèle de département régional.

Proposition et résolution

Proposé

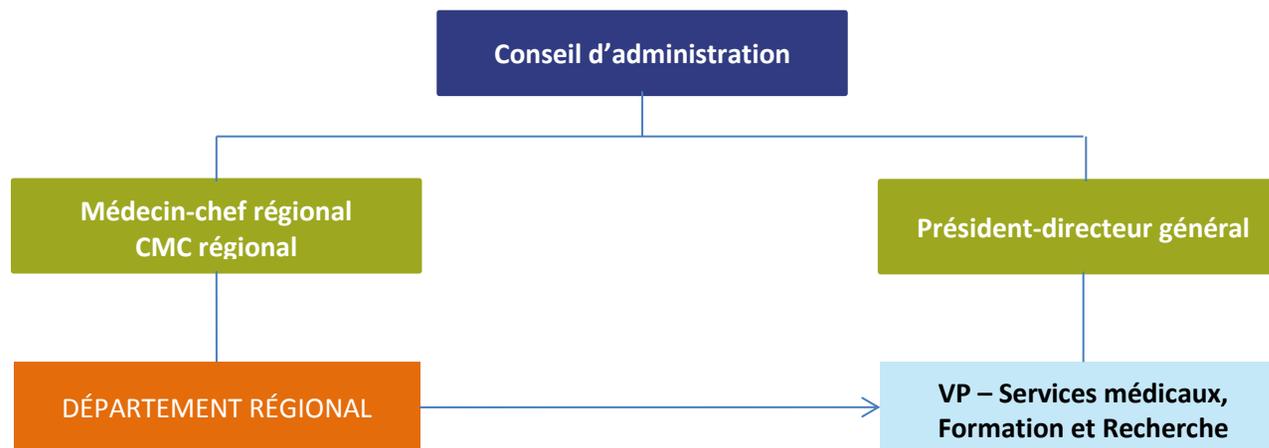
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les règles médicales en vigueur qui ont été révisées.

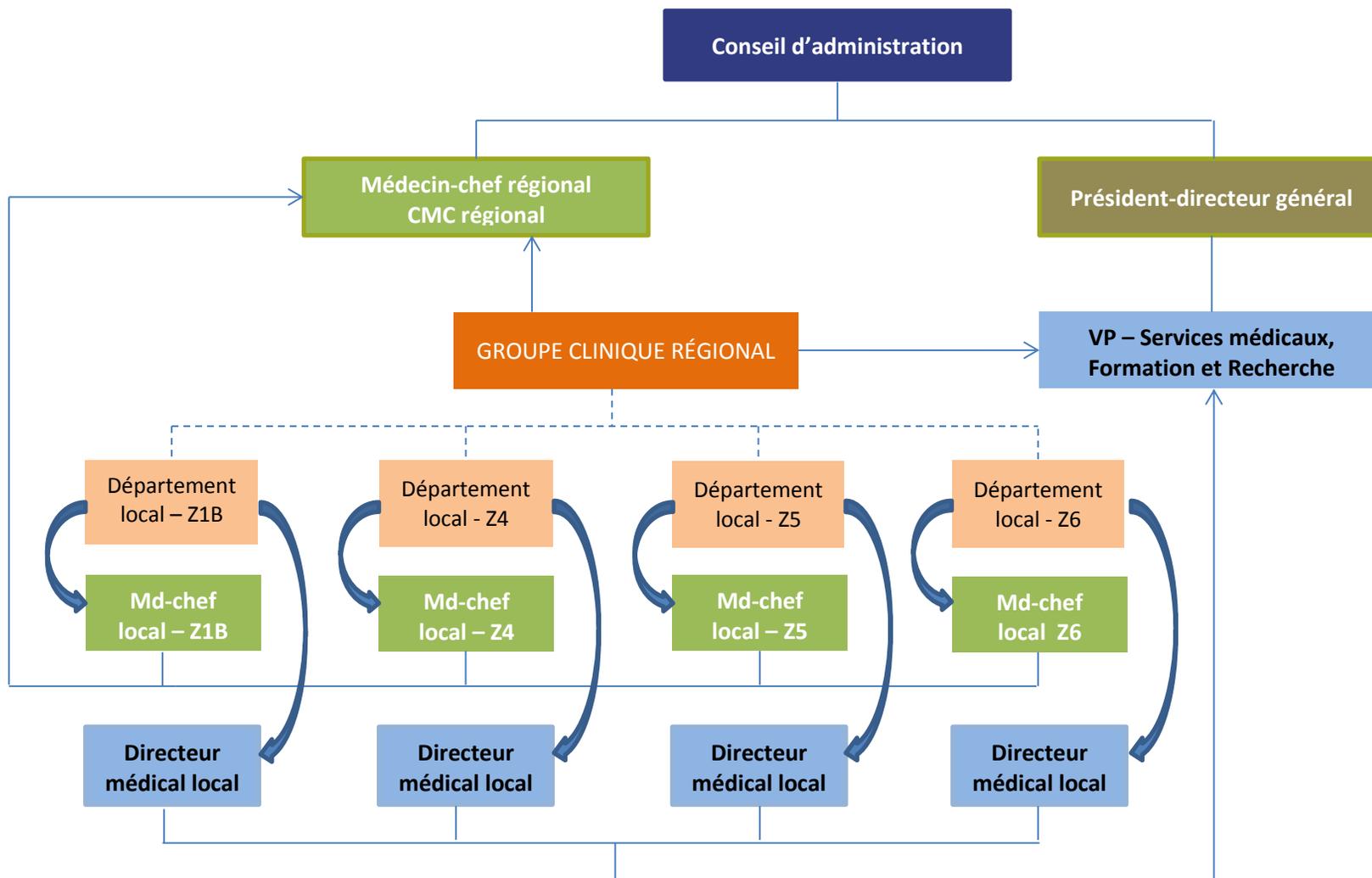
Adoption

Soumis le 19 juin 2017 par Dre France Desrosiers, V.-p. – Services médicaux, Formation et Recherche

DÉPARTEMENTS RÉGIONAUX



GROUPES CLINIQUES RÉGIONAUX AVEC DÉPARTEMENTS LOCAUX





RÈGLES DU PERSONNEL MÉDICAL

Révision le 7 juin 2017

Tables des matières**Contenu**

Introduction.....	5
1. Conflit avec les règlements administratifs	5
2. Divisibilité.....	5
3. Procédures de réunion	5
3.1 Avis de réunion régulière	5
3.2 Réunions spéciales.....	5
3.3 Ordre du jour des réunions	6
3.4 Participation à distance.....	7
3.5 Assiduité aux réunions.....	7
3.6 Quorum	7
3.7 Vote	7
3.8 Preuve de vote	8
3.9 Procès-verbaux.....	8
4. Comité médical consultatif (CMC).....	8
4.1 Composition du CMC.....	8
4.2 Processus de sélection et nomination des membres du CMC.....	9
5. Comité médical consultatif local (CMCL).....	9
5.1 Composition du CMCL.....	9
5.2 Processus de sélection des membres du CMCL	9
5.3 Fonctions du CMCL.....	10
5.4 Comités du CMCL	11
6. Médecin-chef local	11
6.1 Nomination du médecin-chef local	11
6.2 Mandat du médecin-chef local	11
6.3 Fonctions du médecin-chef local.....	11
7. Comité d'examen des titres (CET)	12
7.1 Mandat du CET	12
7.2 Composition du CET.....	12
7.3 Réunions.....	13
8. Programmes	13

9.	Départements/divisions/services et groupes cliniques	13
9.1	Processus de sélection et de nomination du chef de département.....	13
9.2	Fonctions du chef de département	13
9.3	Divisions	14
9.4	Fonctions du chef de division	14
9.5	Processus de sélection et de nomination du chef des groupes cliniques	15
9.6	Tâches administratives	16
9.7	Réunions des départements/divisions/services	16
9.8	Règles des départements/divisions/services	16
9.9	Formulaire des exigences minimales	17
9.9.1	Formation médicale continue	18
9.9.1.1	Crédits – Médecins de famille	18
9.9.1.2	Crédits – Médecins spécialistes	18
9.9.1.3	Crédits – Dentistes	18
9.9.1.4	Absence prolongée justifiée	18
10.	Catégories de personnel médical	18
10.1	Personnel médical actif et associé	18
10.2	Membres suppléants (locums)	19
10.2.1	Orientation	19
10.3	Personnel médical invité.....	19
10.4	Apprenants en médecine (étudiants, externes, résidents)	19
10.5	Patients au Programme extra-mural (PEM).....	19
11.	Nomination et de renomination.....	20
11.1	Nomination et renomination d'un médecin avec charge d'enseignement	20
11.2	Refus, réduction ou suspension de privilèges.....	20
12.	Absence autorisée.....	21
13.	Structure de l'organisation du personnel médical (OPM)	21
14.	Organisation du personnel médical locale (OPML)	21
14.1	Composition du comité exécutif de l'OPML	21
14.2	Comité de mise en candidature	21
14.3	Autres nominations	22
14.4	Durée du mandat des membres du comité exécutif de l'OPML	22
14.5	Réunions de l'OPML	22
14.6	Autres comités de l'OPML	22

14.7	Fonctions du comité exécutif de l'OPML.....	22
14.8	Réunions du comité exécutif de l'OPML	22
14.9	Modification du statut d'une OPML	22
15.	Procédures des réunions de l'OPM et de l'OPML	23
15.1	Quorum aux réunions de l'OPM et de l'OPML	23
15.2	Adoption de résolutions à l'OPM et à l'OPML	23
16.	Fonctions des dirigeants de l'OPML.....	23
16.1	Fonctions du président de l'OPML	23
16.2	Fonctions du vice-président de l'OPML	23
16.3	Fonctions du secrétaire de l'OPML	23
16.4	Fonctions du trésorier de l'OPML.....	23
17.	Réunions de l'OPML	24
17.1	Ordre du jour des réunions de l'OPML.....	24
17.2	Assemblée générale annuelle de l'OPML	24
17.3	Ordre du jour de l'AGA de l'OPML	24
17.4	Réunions spéciales de l'OPML	24
18.	Honoraires du président de l'OPML	25
19.	Cotisation obligatoire.....	25

Introduction

Tous les termes employés dans les présentes règles ont la même signification que ceux retrouvés dans la *Loi sur les régies régionales de la santé* et dans les règlements administratifs.

Dans les présentes règles, à moins que le contexte ne l'exige :

- « CET » désigne le Comité d'examen des titres
- « CHUDGLD » désigne le Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont
- « FMC » désigne la formation médicale continue
- « PPC » désigne le perfectionnement professionnel continu
- « M-M » désigne morbidités et mortalités
- « PEM » désigne le programme extra-mural
- « POR » désigne la pratique organisationnelle requise
- « PRSA » désigne le plan régional de santé et d'affaires
- « Université » désigne l'Université de Sherbrooke
- « Réseau » désigne le Réseau de santé Vitalité

Un exemplaire des présentes règles doit être mis à la disposition du public dans les deux langues officielles, pendant les heures normales de bureau.

1. Conflit avec les règlements administratifs

S'il devait y avoir un conflit entre les présentes règles et les règlements administratifs, les règlements administratifs doivent avoir préséance.

2. Divisibilité

Si l'une des dispositions des présentes règles devait, pour quelque raison que ce soit, être déclarée invalide, illégale ou non exécutoire par un tribunal compétent, cette invalidité, illégalité ou non-applicabilité n'aura aucune incidence sur toute autre disposition ci-contre, et les présentes règles devront être interprétées comme si une telle disposition invalide, illégale ou non-exécutoire n'avait jamais fait partie de la présente.

3. Procédures de réunion

Le présent article s'applique aux réunions du CMC, du CMCL, du CET, des groupes cliniques, des départements/divisions/services ainsi que leurs comités respectifs. Aux fins du présent article, le terme « comité » réfère à tous ces comités, sauf indications contraires.

La conduite de toute réunion doit être réglée par le président de réunion en vertu des règlements administratifs, des présentes règles ou du code Morin, Procédures des assemblées délibérantes.

3.1 Avis de réunion régulière

Le calendrier des réunions du comité doit être établi et communiqué, dans un délai raisonnable, aux membres pour une période d'un an à l'avance.

Tout avis de réunion peut être communiqué par voie électronique, ou selon les modalités que le comité peut déterminer de temps à autre.

Sujet à l'article 3.3 des présentes règles, le président du comité est responsable d'établir l'ordre du jour.

3.2 Réunions spéciales

Les réunions spéciales se tiennent au besoin, à la demande du président du comité.

3.3 Ordre du jour des réunions

- a) Ouverture ;
- b) Adoption du procès-verbal de la réunion précédente ;
- c) Affaires découlant du procès-verbal ;

d) Points permanents pour les départements :

S'il s'agit d'un département régional :

- d.1 Élaboration et suivi du plan de qualité :
 - Revues M-M
 - Audits de révision de la qualité de l'acte médical
 - Mise en œuvre des meilleures pratiques
 - Élaboration des indicateurs de pertinence et d'efficacité des soins au sein de la spécialité ou de la sous-spécialité et le suivi de près de ces indicateurs
 - Recommandation des initiatives d'amélioration de la qualité

S'il s'agit d'un département local :

- d.1 Élaboration et suivi du plan de qualité :
 - Revues M-M
 - Audits de révision de la qualité de l'acte médical
 - Mise en œuvre des meilleures pratiques
- d.2 Tableau de bord PRSA et Qualité (objectifs cliniques) – obstacles et réussites ;
- d.3 Suivi des POR ;
- d.4 Réception des rapports du CMCL et du CMC ;
- d.5 Réception des rapports du comité provincial de médicaments et thérapeutiques
- d.6 Activités de FMC ou de PPC ;
- d.7 Annuellement, procéder à la révision des attentes relativement aux comportements des médecins tel qu'il est prévu dans le [Guide de gestion des plaintes](#) et le [Code de déontologie du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick](#) et les différentes politiques pertinentes au milieu du travail du Réseau de santé Vitalité ([Santé et sécurité au travail](#), [Harcèlement au travail](#), [Violence en milieu de travail](#));
- d.8 Tous les deux ans, procéder à la révision de la section du formulaire des exigences minimales pertinentes au département.

d) Points permanents pour les CMCL

- d.1 Plans qualités ;
 - Révision, approbation et suivi des plans qualité par département ;
 - Tableau de bord PRSA et Qualité (objectifs cliniques) – obstacles et réussites
 - Suivi des POR
 - Réception des rapports des départements
 - Réception et suivi des recommandations des rapports de gestion des incidents des départements
- d.2 Lecture des rapports du CMC ;
- d.3 Réception des rapports de la direction médicale et du PDG ;
- d.4 Privilèges et nominations ;
 - Nouvelles demandes

- Suivi et évaluations des membres associés
- Suivi et rappels des privilèges conditionnels
- Révision et approbation des formulaires d'exigences minimales
- Demande de changement ou de renouvellement de privilèges

d) Points permanents pour les groupes cliniques

- d.1 Élaboration des indicateurs de pertinence et d'efficacité des soins au sein de la spécialité ou de la sous-spécialité et le suivi de près de ces indicateurs.
- d.2 Mise en œuvre des meilleures pratiques
- d.3 Recommandation d'initiatives d'amélioration de la qualité

e) Pour clôturer les réunions :

- Tableau des affaires en cours ;
- Affaires nouvelles ;
- Levée de la séance et date de la prochaine réunion.

3.4 Participation à distance

Lorsque la loi l'autorise, la participation aux réunions du comité peut se faire par téléphone ou par tout autre moyen de communication. Si une personne participe à une réunion conformément aux dispositions du présent article, elle est réputée être présente à la réunion.

3.5 Assiduité aux réunions

Les médecins actifs et les médecins associés doivent assister à un minimum de 50 p. 100 des réunions de leur OPML et réunions de département, division ou service, le cas échéant, entre le 1^{er} juillet et le 30 juin de chaque année, faute de quoi, ils peuvent être assujettis à une rétrogradation de leurs privilèges avec avis au Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick.

L'absence à une réunion ne peut être justifiée que par une maladie grave, une urgence familiale ou un relais de garde qui ne permettent aucune participation sur place ou à distance. Un médecin est dispensé de participer aux réunions en cas d'absence prolongée justifiée (p. ex, congé de maternité, année sabbatique).

Toute circonstance exceptionnelle pouvant justifier une absence peut être examinée par le président de réunion.

3.6 Quorum

La majorité des membres qui ont droit de vote lors de la réunion (50 p. 100 plus un) doivent être présents pour constituer le quorum. L'atteinte du quorum est nécessaire pour procéder au vote.

Si le quorum n'est pas atteint, le président peut, à sa discrétion, tenir une réunion d'information. Il est recommandé de dresser le procès-verbal de cette réunion d'information.

3.7 Vote

Les questions nécessitant l'approbation des membres du comité doivent être adoptées par la majorité des membres ayant droit de vote qui sont présents à la réunion (50% plus un). Les membres d'office n'ont pas droit de vote. Le président de réunion ne doit pas voter, sauf en cas d'égalité. Les membres peuvent voter par « oui » ou « non », ou à main levée. Le vote par procuration n'est pas autorisé.

3.8 Preuve de vote

Une déclaration du président d'une réunion d'un comité établissant qu'une résolution a été prise et une indication à cet effet dans le procès-verbal constituent la preuve de la résolution, sans qu'il y ait besoin de la preuve du nombre ou de la proportion de votes consignés pour ou contre une résolution. Les noms de l'auteur d'une motion et de la personne qui appuie chaque motion doivent être consignés dans les procès-verbaux.

3.9 Procès-verbaux

Les procès-verbaux originaux de toutes les réunions du CMC, des comités du CMC et des groupes cliniques doivent être conservés au siège social du Réseau, au bureau régional des services médicaux selon la *Loi hospitalière*. Une copie est distribuée à tous les membres du comité avant la réunion suivante et au médecin-chef pour la réunion suivante du CMC.

Les procès-verbaux originaux du CMCL, des départements, des divisions ou des services, et des comités du CMCL doivent être conservés au bureau des services médicaux locaux. Une copie est envoyée aux membres du comité avant la réunion suivante, et au médecin-chef local, pour la réunion suivante du CMCL, et au médecin-chef pour la prochaine réunion du CMC.

Tous les procès-verbaux sont mis à la disposition de tous les membres du personnel médical.

4. Comité médical consultatif (CMC)**4.1 Composition du CMC**

Le CMC doit être composé d'un minimum de huit (8) membres et d'un maximum de quinze (15) membres ayant droit de vote, incluant le médecin-chef qui préside le CMC.

Les individus suivants sont membres du CMC :

- Médecin-chef - zone 1B
- Médecin-chef - zone 4
- Médecin-chef - zone 5
- Médecin-chef - zone 6

Le conseil nomme les autres membres du CMC en visant une représentativité équitable des quatre zones et des spécialités suivantes :

- Médecine de famille en milieu urbain
- Médecine de famille en milieu rural
- Médecine d'urgence
- Médecin interniste 1
- Médecin interniste 2
- Chirurgie 1
- Chirurgie 2
- Programme mère-enfant ou pédiatrie
- Psychiatrie
- Médecine diagnostique

En plus du président du CPC et du PDG, un représentant du Réseau qui est responsable de la qualité et un responsable de la pratique professionnelle sont nommés en tant que membre d'office, sans droit de vote.

Le CMC peut également inviter les chefs de départements régionaux, les chefs des groupes cliniques et un représentant des présidents des OPML à assister et à participer aux réunions mais ceux-ci n'ont pas droit de vote.

4.2 Processus de sélection et nomination des membres du CMC

Le CMC fait ses propositions de nomination au conseil en tenant compte des consultations effectuées dans les zones par les médecins-chefs locaux, les directeurs médicaux et auprès des membres du CMC.

5. Comité médical consultatif local (CMCL)

Le CMCL se rapporte au CMC et il appuie ce dernier à l'intérieur de sa zone.

5.1 Composition du CMCL

Chaque CMCL doit comprendre au moins huit (8) membres et au plus quinze (15) membres ayant droit de vote, incluant le médecin-chef local qui préside le CMCL.

Les sept (7) personnes suivantes sont membres du CMCL :

- Chef de la médecine générale
- Chef de la médecine interne
- Chef de la chirurgie
- Chef de l'anesthésie
- Chef de mère-enfant
- Chef de la psychiatrie
- Chef des services diagnostiques
- Président de l'OPML

Le conseil nomme les autres membres du CMCL de façon à ce que les établissements ou les services suivants soient représentés :

Pour la Zone 1B : l'Hôpital Stella-Maris-de-Kent
Pour la Zone 4 : l'Hôpital général de Grand-Sault et l'Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin
Pour la Zone 5 : le Centre communautaire St-Joseph
Pour la Zone 6 : les hôpitaux de Caraquet, Tracadie et Lamèque

Un ou des représentants provenant des services communautaires suivants :

- PEM;
- Santé publique et Santé mentale communautaire;
- Service de traitement des dépendances; ou
- Tout autre département existant

Un représentant de la direction médicale et le PDG, ainsi qu'un représentant des programmes cliniques sont nommés en tant que membre d'office, n'ayant pas de droit de vote. Le PDG peut assister aux réunions des CMCL des 4 zones ou nommer un délégué qui peut être un délégué régional.

5.2 Processus de sélection des membres du CMCL

Le CMC fait ses propositions de nomination au conseil en tenant compte des consultations effectuées dans les zones par les médecins-chefs locaux, les directeurs médicaux et le PDG et auprès du CMCL.

Sauf autorisation contraire explicite dans les règlements administratifs ou dans les règles ou sauf autorisation contraire du PDG un membre du CMCL n'occupera aucun autre poste majeur ou aucun poste au sein du personnel médical ou de toute autre organisation qui pourrait entrer en conflit avec ses fonctions de membre du CMCL.

L'indépendance durant chaque étape du processus d'audience en ce qui concerne des questions de discipline ou tout autre sujet est d'une importance cruciale pour maintenir :

- a) la protection de l'équité de la procédure législative dans les règlements ;
- b) la protection des membres du comité qui pourraient potentiellement être accusés de parti pris ;
- c) la protection de l'intégrité et force juridique et effet d'une décision du comité en question.

Par exemple, le membre du CMCL ne peut faire partie du CET, d'un comité d'enquête ou de tout autre comité relié à une plainte, etc.

5.3 Fonctions du CMCL

Le CMC peut déléguer au CMCL les fonctions suivantes :

- a) conseiller le CMC sur la nomination du personnel médical et sur les privilèges des membres du personnel médical;
- b) faire des recherches sur des questions exigeant de l'expertise médicale;
- c) prendre les dispositions appropriées pour la supervision de tous les départements médicaux, les services des adjoints aux médecins, les services dentaires et les services de chirurgie buccale et maxillo-faciale;
- d) coordonner les activités et les politiques générales des divers départements/divisions/services;
- e) recevoir les rapports de tous les comités du personnel médical et de tous les départements et agir conformément à ces rapports;
- f) recevoir les rapports des activités de révision de la qualité de l'acte et faire le suivi des recommandations;
- g) conseiller le PDG sur les questions concernant les normes relatives à l'exercice de la médecine au sein de la zone et superviser l'exercice de la médecine, de la dentisterie et de la chirurgie buccale et maxillo-faciale au sein de ses départements, en s'assurant de suivre les meilleures pratiques et les indicateurs de performance recommandés par les groupes cliniques;
- h) mettre en œuvre les politiques approuvées par le conseil en ce qui concerne l'exercice de la médecine, dentisterie et de la chirurgie buccale et maxillo-faciale au sein de la zone;
- i) conseiller le CMC sur les questions de qualité des soins médicaux et de sécurité;
- j) prendre toutes les mesures raisonnables pour garantir une conduite professionnelle éthique de la part de tous les membres du personnel médical de la zone;
- k) aider le PDG à respecter les normes requises par les programmes d'agrément;
- l) entendre les griefs et les différends entre les membres du personnel médical et agir en tant que médiateur entre les parties concernées, sauf dans les cas qui traitent de compétence professionnelle, mauvaise conduite, de négligence, de discipline, ou à tout autre cas prévu à l'article C.7 et dans l'alinéa B.11.3.2 m) des règlements administratifs;
- m) remplir les fonctions établies dans les règlements administratifs relativement aux programmes d'agrément;
- n) remplir les fonctions assignées dans ces règlements administratifs relativement aux plaintes et à la discipline;
- o) recevoir les rapports de gestion des incidents des départements et faire le suivi des recommandations;
- p) informer régulièrement le personnel médical des activités du CMCL;
- q) si nécessaire, établir des sous-comités pour l'aider dans ses fonctions;

- r) conseiller le PDG et la direction médicale locale en ce qui a trait à la planification des ressources et de l'équipement;
- s) remplir d'autres fonctions dictées par le CMC.

5.4 Comités du CMCL

Un CMCL peut nommer, à l'occasion, les sous-comités qu'il juge appropriés. Le président, les membres, le mandat et les fonctions des comités d'un CMCL doivent être déterminés par le CMCL.

6. Médecin-chef local

6.1 Nomination du médecin-chef local

Le médecin-chef nomme le médecin-chef local en tenant compte des consultations effectuées dans la zone, incluant le PDG, un représentant médical, un ou des représentants du CMCL et un représentant de l'OPML.

6.2 Mandat du médecin chef local

Le médecin-chef local est nommé pour un mandat de cinq (5) ans et doit être admissible pour un autre mandat ne devant pas dépasser cinq (5) ans. Annuellement, la nomination du médecin-chef local est soumise à un examen et à la confirmation par le conseil.

6.3 Fonctions du médecin-chef local

Chaque médecin-chef local est responsable devant le médecin-chef de la qualité des soins prodigués par le personnel médical dans les établissements, les programmes et les services de sa zone. Le médecin-chef local appuie le médecin-chef dans ses fonctions. Notamment, il doit :

- a) présider le CMCL;
- b) dans les limites permises par les ressources du Réseau, veiller à ce que le personnel médical maintienne un niveau élevé de soins aux patients dans tous les établissements conformément aux lois et à leurs règlements, aux règlements administratifs, aux règles des règlements administratifs, aux règles des départements, aux normes de délivrance des permis et d'agrément ainsi qu'aux normes des facultés de médecine affiliées;
- c) travailler par l'intermédiaire des chefs de département et en collaboration avec ces derniers, et superviser les soins dispensés par le personnel médical à tous les patients de la zone;
- d) recevoir tous les rapports du personnel médical ou de l'administration concernant des situations qui pourraient avoir un effet défavorable sur les soins aux patients dans un établissement et y réagir par l'entremise des canaux appropriés;
- e) exercer un pouvoir de supervision sur les membres du personnel médical en ce qui concerne les soins aux patients;
- f) remplir les fonctions prévues dans les règlements administratifs concernant les plaintes déposées à l'encontre des membres du personnel médical;
- g) rencontrer chaque nouveau membre du personnel médical ou faire en sorte qu'il rencontre son chef de département afin qu'il possède les connaissances nécessaires relativement aux lois et à leurs règlements, aux règlements administratifs, aux présentes règles et aux politiques pertinents en ce qui concerne les soins aux patients;
- h) veiller, par l'entremise des chefs de département, à ce que le personnel médical soit tenu informé des changements aux politiques, aux objectifs, aux règlements et aux règles du Réseau relatifs aux soins des patients;

- i) veiller à ce que tous les membres du personnel médical participent aux séances de formation médicale continue et de perfectionnement professionnel continu;
- j) documenter et tenter de résoudre les questions importantes concernant des membres individuels du personnel médical, en collaboration avec le directeur médical de la zone;
- k) promouvoir et maintenir une organisation clinique efficace et efficiente du personnel médical;
- l) promouvoir et maintenir une communication productive et coopérative entre le personnel médical et l'administration locale;
- m) aider l'administration locale à établir une planification à court terme et à long terme;
- n) être membre avec droit de vote de tout comité local sur les services cliniques, la qualité et l'utilisation;
- o) être membre d'office de tous les sous-comités du CMCL, établis selon la structure médicale, sauf du CET, où il peut être invité au besoin.
- p) être membre du comité des ressources médicales et aider le directeur médical à planifier et à gérer les exigences en matière de ressources médicales des divers départements;
- q) veiller, en collaboration avec le directeur médical à ce qu'un examen annuel de la performance des chefs de département soit mené et formuler des recommandations sur le renomination des chefs de département au personnel médical;
- r) assumer des fonctions et des responsabilités autres, pouvant parfois lui être attribuées par le médecin-chef régional ou étant établies dans les règles;
- s) assurer la gestion de certains groupes cliniques;
- t) rendre compte au médecin-chef au moyen d'un rapport annuel écrit.

7. Comité d'examen des titres (CET)

7.1 Mandat du CET

Relevant du CMCL, le CET examine les demandes de tous les candidats qui désirent devenir membres du personnel médical et dentaire. Il examine également toutes les demandes relatives à la modification, au renouvellement et à l'ajout de privilèges. Il formule ensuite ses recommandations à l'intention du CMCL.

Advenant le cas qu'il n'y ait pas de CMCL dans une zone donnée, le CMC a la responsabilité de former un CET qui relève du CMC.

Dans l'éventualité de la dissolution ou de l'impossibilité de nommer un CET, le médecin-chef local a la responsabilité de nommer un CET ad hoc d'urgence constitué d'au moins deux (2) membres et d'au plus quatre (4) membres.

7.2 Composition du CET

Le CET est composé d'au moins trois (3) membres votants du personnel médical/dentaire nommés par le CMCL. Les membres du CET ne peuvent faire partie d'un autre comité touchant l'organisation du personnel médical, tel que le CMCL, le CMC et le comité exécutif de l'OPM.

Le CMCL nomme l'un des membres du CET comme président pour un mandat de deux (2) ans. Le président peut être nommé pour un second mandat de deux (2) ans.

7.3 Réunions

Les réunions du CET doivent se tenir avant chaque réunion du CMCL ou du CMC afin d'assurer la bonne conduite du processus de nomination et de renomination.

8. Programmes

Le PDG peut établir des programmes selon les modalités et les paramètres qu'il juge appropriés.

9. Départements/divisions/services et groupes cliniques

Afin de réaliser ses objectifs, d'exercer ses responsabilités et d'augmenter son efficacité, le département a la flexibilité de déléguer aux divisions ou aux services les responsabilités jugées appropriées.

9.1 Processus de sélection et de nomination du chef de département

Le CMC fait ses propositions de nomination au conseil en tenant compte des consultations effectuées auprès des membres du département, de la division ou du service, du directeur médical et du CMCL.

Dans le cas des chefs de département du CHUDGLD, une consultation doit s'effectuer auprès d'un représentant de l'Université nommé par le doyen. Si un chef est déjà en fonction, cette consultation doit se dérouler au moins trois (3) mois avant la fin de son mandat.

Critère d'admissibilité pour un chef de département régional ou un chef de département du CHUDGLD :

- être obtenteur d'un permis de pratique du Collège Royal canadien ou du Collège des médecins de famille du Canada;
- être impliqué activement dans la formation ou la recherche

Le conseil nomme un chef pour chaque département pour un mandat de trois (3) ans renouvelable chaque année par le conseil. Le chef ne peut être nommé pour plus de deux (2) mandats consécutifs de trois (3) ans, mais peut par la suite être renommé après une absence de trois (3) ans.

9.2 Fonctions du chef de département

Outres les fonctions et les responsabilités énumérées à l'article C.1.7 des règlements administratifs, le chef de département doit aussi :

- a) établir la structure de fonctionnement de son département, incluant la création de divisions lorsque jugé approprié;
- b) nommer et superviser le travail de ses chefs de division et de service et leur déléguer les tâches et les responsabilités appropriées pour la bonne gestion du département;
- c) établir et réviser aux deux ans les règles de son département et les exigences minimales pour l'obtention de privilèges, en utilisant le formulaire des exigences minimales;
- d) s'assurer que les règlements, les règles du personnel médical et les règles de son département sont respectés par ses membres;
- e) mettre en œuvre toutes les politiques du CMC et du Réseau dans la mesure où elles s'appliquent au département;
- f) maintenir et promouvoir un programme de formation médicale continue pour les membres de son département;

- g) offrir une expérience d'enseignement adéquate au personnel médical, aux étudiants en médecine ainsi qu'aux autres membres du personnel de l'hôpital;
- h) partager l'information pertinente avec les membres du département pour assurer le meilleur fonctionnement possible du département;
- i) s'assurer que la liste de garde régionale est établie et distribuée s'il y a lieu;
- j) s'assurer de la bonne gestion des plaintes dans ses divisions;
- k) faire part des opinions et des préoccupations des membres du département à la direction du Réseau, aux comités appropriés et aux autres départements;
- l) tenir des réunions avec un ordre du jour conforme aux règles;
- m) examiner et surveiller les données statistiques qui sont pertinentes pour les activités du département;
- n) rendre compte au CMC des activités de qualité, de la performance et de l'évolution du plan de qualité du département;
- o) vérifier régulièrement les activités et la qualité des actes des membres du département en ce qui concerne les soins aux patients;

- p) Pour les chefs des départements locaux :
Participer activement à toutes les rencontres des groupes cliniques régionaux pertinents pour :
 - élaborer des indicateurs de pertinence et d'efficacité des soins au sein de la spécialité ou de la sous-spécialité et suivre de près ces indicateurs;
 - mettre en oeuvre les meilleures pratiques;
 - recommander des initiatives d'amélioration de la qualité au CMC;

- Pour les chefs des départements régionaux :
 - élaborer des indicateurs de pertinence et d'efficacité des soins au sein de la spécialité ou de la sous-spécialité et suivre de près ces indicateurs;
 - mettre en oeuvre les meilleures pratiques;
 - recommander des initiatives d'amélioration de la qualité au CMC;

- q) rallier les membres afin qu'ils contribuent au bon fonctionnement des unités de soins;
- r) s'il y a lieu, déléguer aux divisions ou aux services certaines responsabilités dans le but d'augmenter l'efficacité du département.

9.3 Divisions

Les départements peuvent être divisés en divisions locales comme décrit à l'annexe A des présentes règles (tableau de la structure administrative médicale).

9.4 Fonctions du chef de division

Suite à sa nomination par le chef de département, le chef de division doit :

- a) établir la structure de fonctionnement de sa division, incluant la création de services lorsque jugé approprié;
- b) nommer et superviser le travail de ses chefs de service et leur déléguer les tâches et les responsabilités appropriées pour la bonne gestion de la division;

- c) s'il y a lieu pour compléter les règles des départements, établir et réviser les règles de sa division aux deux ans, incluant les exigences minimales pour l'obtention de privilèges en utilisant le formulaire des exigences minimales du département;
- d) s'assurer que les règlements, les règles du personnel médical et les règles de son département sont respectés par ses membres;
- e) mettre en œuvre toutes les politiques du CMC et du Réseau dans la mesure où elles s'appliquent à la division (programme);
- f) partager l'information pertinente avec les membres de sa division pour assurer le meilleur fonctionnement possible de la division;
- g) s'assurer que les listes de garde des différents services sont établies et distribuées (selon la directive du Réseau);
- h) participer au processus de gestion des plaintes conformément aux règlements administratifs et aux politiques du Réseau;
- i) faire part des opinions et des préoccupations des membres de la division au département, aux comités appropriés et aux autres divisions;
- j) tenir des réunions avec un ordre du jour conforme aux règles;
- k) examiner et surveiller les données statistiques précises qui sont pertinentes pour les activités de la division;
- l) vérifier régulièrement les activités et la qualité des actes des membres de la division en ce qui concerne les soins aux patients;
- m) suivre de près les indicateurs de pertinence identifiés par le département;
- n) mettre en œuvre les meilleures pratiques;
- o) recommander des initiatives d'amélioration de la qualité au chef de département;
- p) rallier les membres afin qu'ils contribuent au bon fonctionnement des unités de soins;
- q) assurer l'utilisation efficiente des lits;
- r) établir clairement les objectifs et les responsabilités de chaque niveau de pratique;
- s) aux deux ans, participer à l'évaluation de chacun des membres de sa division en utilisant le formulaire des exigences minimales et soumettre ses recommandations de nomination au CET. Il évalue entre autres :
 - les actions du membre au sein des comités du conseil du Réseau, du CMCL ou du département, de la division ou du service dans lequel il détient ses privilèges;
 - la participation du membre aux comités et aux autres initiatives du Réseau;
 - la participation du membre à l'enseignement, à la recherche et aux autres efforts pédagogiques;
 - la reconnaissance des compétences professionnelles du membre de la part de ses collègues, d'autres associations cliniques et des patients et des familles;
 - toute plainte déposée qui met le membre en cause;
 - les connaissances et les aptitudes démontrées par le membre ainsi que la nature et la qualité de ses résultats cliniques et de ses habitudes d'utilisation dans les dernières années.

9.5 Processus de sélection et de nomination du chef des groupes cliniques

Le CMC fait ses nominations en tenant compte des consultations effectuées auprès des membres des départements, des divisions ou des services et du vp médical. En général, il s'agira des chefs de départements/divisions/services locaux ou leurs délégués.

Critère d'admissibilité pour un chef de groupe clinique:

- être détenteur de permis de pratique du Collège royal canadien ou du Collège des médecins de famille du Canada
- être impliqué activement dans la formation ou la recherche.

Le CMC pour chaque groupe clinique pour un mandat de trois (3) ans renouvelable chaque année par le CMC. Le chef ne peut être nommé pour plus de deux (2) mandats consécutifs de trois (3) ans, mais peut par la suite être renommé après une absence de trois (3) ans.

9.6 Tâches administratives

Lorsqu'un médecin assume les fonctions des postes administratifs de médecin-chef, de médecin-chef local, de directeur médical, de chef de département, de division ou de service ou de directeur de programme, les heures consacrées aux tâches administratives de ces fonctions comptent comme étant des heures de service hospitalier du médecin qui incluent, mais sans s'y limiter, la garde, l'hospitalisation, les relais d'urgence et le PEM. Les heures de service hospitalier d'un médecin seront réduites proportionnellement par le nombre d'heures qu'il aura consacrées aux tâches du poste administratif. Le nombre d'heures devant être attribuées aux fonctions de chacun des postes administratifs sera déterminé avec le consentement du médecin-chef local, du directeur médical ou du chef de département, le cas échéant.

9.7 Réunions des départements/divisions/services

- 9.7.1 Lorsqu'une division est subdivisée en services, les membres des services doivent se rencontrer au sein de leur service respectif au moins quatre (4) fois par année.
- 9.7.2 Lorsqu'un département est subdivisé en divisions, mais que la division n'est pas subdivisée en services, les membres des divisions doivent se rencontrer au sein de leur division respective au moins quatre (4) fois par année.
- 9.7.3 Les membres de départements n'étant pas subdivisés en divisions doivent se rencontrer au sein de leur département au moins quatre (4) fois par année.
- 9.7.4 Les chefs de service d'une même division doivent se rencontrer avec le chef de leur division respective au moins deux (2) fois par année.
- 9.7.5 Les chefs de division d'un même département doivent se rencontrer avec le chef du département au moins deux (2) fois par année.
- 9.7.6 À tout moment, un chef de service, un chef de division ou un chef de département peut convoquer une réunion spéciale pour tous les membres de son service, de sa division ou de son département, le cas échéant.

9.8 Règles des départements/divisions/services

- 9.8.1 Les règles des départements, des divisions et des services doivent être incluses dans le formulaire d'exigences minimales.

- 9.8.2 S'il devait y avoir un conflit entre les règlements des départements, des divisions et des services et les présentes règles ou les règlements administratifs, les présentes règles et les règlements administratifs ont préséance.
- 9.8.3 À tout moment, le PDG ou le médecin-chef peut exiger d'un chef de département qu'il procède à une révision ou à une modification d'une ou des règles du département ou de ses divisions et services afin d'assurer l'organisation adéquate et le bon fonctionnement du département. Cette révision doit avoir lieu dans un délai maximal de 3 mois.
- 9.8.4 Si, suite à la demande de révision de ses règles, le département, la division ou le service visé ne propose pas de modifications appropriées, le médecin-chef régional peut charger un comité ad hoc formé de 3 médecins-chefs ou leurs délégués d'étudier la question. Ce comité ad hoc proposera au médecin-chef toute modification jugée appropriée à apporter aux règles du département, de la division ou du service. Le CMC a ensuite le pouvoir d'imposer toute modification aux règles du département, de la division ou du service visé.

9.9 Formulaire des exigences minimales

Tous les deux (2) ans, le médecin-chef local remet le formulaire des exigences minimales à ses chefs de département locaux.

Tous les deux (2) ans, le médecin-chef régional remet le formulaire des exigences minimales à ses chefs de département régionaux.

Département sans division

Le chef de département passe en revue le formulaire des exigences minimales avec ses membres. Ensemble, ils s'entendent et élaborent ou révisent les exigences minimales et les règles du département. Le chef de département soumet son formulaire à la réunion de l'automne du CMC.

Département avec division

Le chef de département passe en revue le formulaire des exigences minimales avec ses chefs de division. Ensemble, ils s'entendent et élaborent ou révisent les exigences minimales et les règles du département. Puis, le chef de chaque division révisé le formulaire des exigences minimales avec ses membres et élabore ou révisé les règles de division.

S'il y a des services sous une division, le chef de la division passe en revue le formulaire des exigences minimales avec ses chefs de service. Par la suite, le chef de chaque service révisé le formulaire des exigences minimales avec ses membres et élabore les règles de service.

Le chef de département soumet son formulaire à la réunion de l'automne du CMC.

Lorsque le CMC a approuvé le formulaire des exigences minimales propre à chaque département, le chef de département, en consultation avec le VP médical ou son délégué, évalue ses membres lors du renouvellement des privilèges à l'aide du formulaire des exigences minimales. Le processus de renomination commence à l'hiver (janvier-février) tous les deux (2) ans et se termine à la réunion annuelle du Conseil, selon l'horaire suivant :

- CET : février ou mars
- CMCL : mars ou avril
- CMC : avril ou mai

La période de temps visée par le formulaire des exigences minimales est de deux ans à partir du 1^{er} juillet.

9.9.1 Formation médicale continue

9.9.1.1 Crédits – Médecins de famille

Les médecins de famille doivent obtenir un minimum de 25 crédits de formation continue par année et un minimum de 250 crédits sur une période de cinq (5) ans.

9.9.1.2 Crédits – Médecins spécialistes

Les médecins spécialistes doivent obtenir un minimum de 40 crédits de formation continue par année et un minimum de 400 crédits sur une période de cinq (5) ans.

9.9.1.3 Crédits – Dentistes

Les dentistes doivent obtenir un minimum de 60 crédits de formation continue sur une période de trois (3) ans. Les spécialistes dentaires doivent obtenir au moins 50 % des crédits de formation continue dans leur spécialité.

9.9.1.4 Absence prolongée justifiée

Dans le cas des médecins en absence prolongée justifiée, leur obligation quant à la formation continue est régie en vertu des politiques AMD.4.40.50 et AMD.4.40.70.

10. Catégories de personnel médical

10.1 Personnel médical actif et associé

10.1.1 Les membres du personnel médical actif ou du personnel médical associé, lorsqu'ils font partie d'un département régional, obtiennent des privilèges pour tous les établissements du Réseau.

10.1.2 Les membres du personnel médical actif ou du personnel médical associé, lorsqu'ils font partie d'un département local, obtiennent des privilèges pour un ou des établissements donnés du Réseau

Les membres du personnel médical actif ou du personnel médical associé deviennent également des membres du personnel médical **conseil** et du personnel médical **suppléant** (*locum tenens*) pour tous les autres établissements de Vitalité. Lorsqu'un médecin cesse d'être membre du personnel médical actif, il cesse également d'être membre du personnel médical conseil et du personnel médical suppléant.

Un membre du personnel médical actif ou du personnel médical associé a l'obligation d'assumer les responsabilités de membre du personnel médical conseil ou du personnel médical suppléant uniquement dans les cas suivants :

- a) un département, une division ou un service d'un établissement donné a identifié le besoin des services d'un membre du personnel médical conseil ou du personnel médical suppléant; et

- b) le membre accepte d'accorder les services suite à une demande du département, de la division ou du service ayant identifié le besoin.

Les obligations et les responsabilités du membre du personnel médical actif ou du personnel médical associé d'assumer les responsabilités de personnel médical **conseil** ou de personnel médical **suppléant**, le cas échéant, cessent lorsque le membre a terminé la prestation des services demandés par le département, la division ou le service donné.

10.2 Membres suppléants (locums)

10.2.1 Orientation

Le médecin responsable du suppléant doit voir à son orientation, qui inclut :

- a) la revue du mode de fonctionnement du département;
- b) la revue du formulaire des exigences minimales;
- c) l'évaluation du membre si ce dernier exerce pendant plus de six (6) mois dans le Réseau;
- d) la visite des unités de soins concernées;
- e) la surveillance de la bonne interaction du suppléant avec l'équipe médicale et l'équipe de soins multidisciplinaires; et
- f) la revue du processus de transfert et de continuité des soins de ses patients à son départ.

10.3 Personnel médical invité

Le conseil du Réseau accorde des privilèges de personnel médical invité à tous les membres du personnel médical actif du Réseau de santé Horizon dans tous les établissements du Réseau. Lorsqu'un médecin cesse d'être membre du personnel médical actif du Réseau de santé Horizon, il cesse également de détenir des privilèges de personnel médical invité du Réseau.

10.4 Apprenants en médecine (étudiants, externes, résidents)

À sa réunion annuelle, le conseil du Réseau peut accorder des privilèges d'apprenants en médecine en approuvant la liste des diplômés et des étudiants inscrits dans un établissement hospitalier aux fins de formation à la demande d'une faculté de médecine canadienne.

La demande de tout apprenant en médecine ne provenant pas d'une faculté de médecine canadienne doit être adoptée individuellement par le conseil du Réseau.

- 10.4.1 Après consultation avec le médecin-chef ou le directeur médical concerné et le chef de département concerné, le PDG peut accorder des privilèges d'apprenant en médecine pour une durée ne dépassant pas douze (12) semaines consécutives et dans un but précis à un diplômé en médecine ou un étudiant de premier cycle d'une faculté de médecine canadienne qui n'est pas encore un apprenant en médecine au sein du Réseau. Le comité exécutif du conseil peut approuver la prolongation des privilèges temporaires pour une autre période de douze (12) semaines. Le conseil doit être mis au courant de l'octroi de privilèges temporaires d'apprenants en médecine.

10.5 Patients du Programme extra-mural (PEM)

(N.B. Section à revoir si la gestion du PEM est confiée à Medavie.)

Les membres du personnel médical qui obtiennent des privilèges de membres actifs ou associés obtiennent automatiquement des privilèges d'admission de patients au PEM et ont l'obligation de satisfaire à toutes les exigences du PEM. Les médecins ayant des patients au PEM doivent :

- a) assurer un suivi adéquat de leurs patients, en effectuant des visites à domicile au besoin ou en les aiguillant adéquatement;
- b) tenir le dossier médical de chacun;
- c) préparer et signer les ordonnances nécessaires aux soins requis par les patients;
- d) demeurer disponible pour les professionnels du PEM si ces derniers ont besoin de discuter de l'état de santé des patients ou de l'évolution de leur maladie;
- e) s'assurer que leurs patients reçoivent des soins médicaux en leur absence;
- f) donner sans délai le congé médical lorsque requis;
- g) remplir et signer tous les documents requis au congé.

11. Nomination et renomination

Le chef de département, de division ou de service doit s'assurer que toute demande de nomination ou de renomination respecte les exigences minimales figurant sur le formulaire à cet effet.

Les exigences minimales pour l'obtention de privilèges de membre pour toutes les catégories de personnel sont révisées aux deux (2) ans par le département, la division ou le service concerné.

Chaque chef de département, de division ou de service doit fournir ses recommandations en ce qui concerne la nomination, la renomination avec renouvellement des privilèges actuels, changement de catégorie de personnel ou obtention de privilèges supplémentaires, ou la non-renomination de chaque candidat du département, de la division ou du service. Les formulaires de nomination et de renomination doivent être traités par le CET, le CMCL et le CMC, qui fait ses recommandations au conseil selon la procédure prévue dans les règlements administratifs.

11.1 Nomination et renomination d'un médecin avec charge d'enseignement

En vertu du contrat entre le Réseau et l'Université, la nomination et la renomination d'un médecin ayant une charge d'enseignement est soumise pour consultation au doyen adjoint ou à la doyenne adjointe de l'Université dans le cadre du processus de nomination et de renomination.

11.2 Refus, réduction ou suspension de privilèges

Si le CMCL recommande le refus partiel ou complet des privilèges demandés ou une suspension des privilèges d'un membre du personnel médical et qu'aucune demande pour une commission d'examen n'est déposée en vertu de l'article C.5.8.4 des règlements administratifs, la recommandation du CMCL est présentée au CMC.

Si le CMC recommande le refus partiel ou complet des privilèges demandés ou une suspension des privilèges d'un membre du personnel médical et qu'aucune demande pour une commission d'examen est déposée en vertu de l'article C.5.8.4 des règlements administratifs, la recommandation du CMC est présentée au conseil.

- 11.2.1 En vertu des alinéas C.5.4.3(b) iv et C. 5.6.2(b) vi des règlements administratifs, le conseil peut refuser une demande de privilèges supplémentaires ou une demande de renomination si un membre est absent pour plus de deux ans pour cause de maladie. Si un membre est absent pour plus de deux ans pour cause de maladie, le conseil peut octroyer des privilèges supplémentaires ou accepter la candidature pour une renomination si le membre en question :

- répond aux exigences minimales du département concerné;
- répond aux exigences émises suite à une consultation régionale avec les autres départements de la même spécialité;
- est soumis à une supervision étroite ;
- obtient, au besoin, une formation basée sur le nombre de mois de formation nécessaire par année d'absence (un mois pour une année), et;
- obtient un billet médical qui répond à la politique du Réseau sur les absences prolongées selon la politique AMD.4.20.15.

Le médecin-chef local s'assure que tout le processus est suivi et que toutes les conditions sont satisfaites avant de faire une recommandation au CMC.

12. Absence autorisée

Toute demande de congé en vertu de l'article C.5.10.1 des règlements administratifs doit être faite par écrit au chef de département du membre effectuant la demande conformément à la politique AMD.4.20.10. Le chef de département procède à l'évaluation de la demande de congé et transmet sa recommandation au PDG.

13. Structure de l'organisation du personnel médical (OPM)

La structure administrative de l'OPM consiste en quatre (4) organisations locales (OPML) représentant les quatre (4) zones du Réseau.

Le **conseil des présidents** de l'OPM :

- est composé des quatre (4) présidents élus de chacune des organisations locales (OPML);
- est responsable de remplir les objectifs de l'OPM tels que définis dans les règlements administratifs;
- est une tribune qui permet aux présidents des OPML de faire connaître le point de vue de leur zone respective;
- est responsable de voir à la mise sur pied des OPML;
- est apte à déléguer toute tâche et responsabilité appropriée aux OPML;
- doit élire un président parmi ses membres afin de communiquer (d'agir comme porte-parole) avec le Réseau.

14. Organisation du personnel médical locale (OPML)

14.1 Composition du comité exécutif de l'OPML

Le comité exécutif de l'OPML comprend quatre (4) membres, élus parmi les membres du personnel médical, qui occupent les postes de président, vice-président, secrétaire et trésorier.

14.2 Comité de mise en candidature

Il est souhaitable que le Comité de mise en candidature, composé d'au moins deux membres élus par l'OPML, soit formé au moins deux (2) mois avant l'assemblée générale annuelle (AGA) de l'OPML, à laquelle les élections ont lieu. À l'AGA, le comité présente une liste de candidats qualifiés.

Seuls les médecins qui sont membres du personnel médical actif peuvent être élus au titre de membres du comité exécutif de l'OPML.

14.3 Autres nominations

Tout membre du personnel médical actif désirant être candidat à un poste du comité exécutif de l'OPML doit présenter sa candidature, appuyée par écrit par au moins trois (3) membres du personnel médical actif, au comité de mise en candidature au moins sept (7) jours avant l'AGA, à laquelle les élections ont lieu ou avant toute réunion spéciale convoquée à cette fin par le président. Les candidatures doivent être affichées pour informer les membres de l'OPML.

14.4 Durée du mandat des membres du comité exécutif de l'OPML

Les membres du comité exécutif de l'OPML sont élus pour un mandat de deux (2) ans et ne peuvent être réélus pour plus de deux mandats consécutifs au même poste. Un membre peut être réélu au même poste après une absence de deux ans.

Si un membre du comité exécutif de l'OPML ne peut compléter son mandat, le comité exécutif nomme un remplaçant pour la durée du mandat en cours.

14.5 Réunions de l'OPML

L'OPML doit se réunir au moins quatre (4) fois par année.

14.6 Autres comités de l'OPML

Le comité exécutif de l'OPML peut former des sous-comités de l'OPML. Le président, les membres et le mandat de ces comités sont déterminés et fixés par le comité exécutif de l'OPML. Ces comités doivent uniquement disposer de l'autorité, des pouvoirs et des responsabilités que leur confère le comité exécutif de l'OPML pour exercer leur mandat.

14.7 Fonctions du comité exécutif de l'OPML

Outres les fonctions prévues dans les présentes règles, le comité exécutif de l'OPML doit :

- a) voir aux affaires de l'OPML qui ne peuvent raisonnablement être reportées entre les réunions de l'OPML; et
- b) faire état de toutes ses activités aux réunions de l'OPML.

14.8 Réunions du comité exécutif de l'OPML

Le comité exécutif se réunit entre les réunions régulières de l'OPML pour gérer les affaires, à une fréquence variant selon les besoins de l'OPML.

14.9 Modification du statut d'une OPML

Si à tout moment, il devient évident pour le conseil des présidents de l'OPM, qu'une OPML est :

- a) considérée comme incapable de demeurer autonome de façon efficace;
- b) incapable de trouver un président intéressé à assumer les responsabilités d'un tel poste et capable de le faire;

le conseil des présidents peut nommer un fiduciaire administratif de façon temporaire.

Le **pouvoir de tutelle du fiduciaire administratif** comprend l'ensemble des pouvoirs et des moyens de contrôle réglementaires disponibles et nécessaires afin que l'OPML respecte les règlements administratifs et les présentes règles.

15. Procédures des réunions de l'OPM et de l'OPML**15.1 Quorum aux réunions de l'OPM et de l'OPML**

Le quorum à toute réunion du comité exécutif ou des comités de l'OPM et de l'OPML est la majorité des membres ayant droit de vote, soit 50 % plus un.

Le quorum à toute réunion régulière ou spéciale et à l'AGA de l'OPML est de 15 membres.

15.2 Adoption de résolutions à l'OPM et à l'OPML

Toute résolution de l'OPM, de l'OPML et de leurs comités respectifs doit être adoptée par la majorité des membres présents à la réunion, soit 50 % plus un. Le président de l'assemblée ne vote qu'en cas d'égalité.

16. Fonctions des dirigeants de l'OPML**16.1 Fonctions du président de l'OPML**

Le président de l'OPML doit :

- a) présider les réunions de l'OPML;
- b) convoquer les réunions régulières et les réunions spéciales au besoin;
- c) présider le comité exécutif de l'OPML;
- d) assister aux réunions du CMCL comme membre votant; et
- e) être membre d'office sans droit de vote de tous les sous-comités de l'OPML.

16.2 Fonctions du vice-président de l'OPML

Le vice-président de l'OPML doit :

- a) assister et, au besoin, remplacer le président dans ses fonctions;
- b) assumer d'autres fonctions qui lui sont attribuées à l'occasion par le président.

16.3 Fonctions du secrétaire de l'OPML

Le secrétaire de l'OPML doit :

- a) préparer les procès-verbaux de toutes les réunions de l'OPML et veiller à leur communication aux membres de l'OPML;
- b) s'occuper de toute la correspondance de l'OPML;
- c) assumer d'autres fonctions normalement afférentes à ce poste ou attribuées à l'occasion par le président; et
- d) assister et, au besoin, remplacer le président et le vice-président dans leurs fonctions.

16.4 Fonctions du trésorier de l'OPML

Le trésorier de l'OPML doit :

- a) tenir à jour les livres et les rapports financiers de l'OPML;
- b) faire rapport aux membres de l'OPML de la situation financière de l'OPML à chaque réunion;
- c) fournir un rapport annuel et les états financiers aux membres de l'OPML;
- d) préparer le budget annuel;

- e) assumer d'autres fonctions normalement afférentes à ce poste ou attribuées à l'occasion par le président; et
- f) assister et, au besoin, remplacer le président, le vice-président et le secrétaire dans leurs fonctions.

17. Réunions de l'OPML

L'OPML doit tenir au moins quatre (4) réunions régulières par année.

17.1 Ordre du jour des réunions de l'OPML

L'ordre du jour des réunions de l'OPML doit inclure :

- a) l'ouverture;
- b) les présentations relatives aux soins des patients;
- c) l'approbation des procès-verbaux des réunions précédentes et des procès-verbaux des réunions spéciales qui n'ont pas été précédemment approuvés;
- d) les affaires découlant du procès-verbal;
- e) le rapport du président de l'OPML;
- f) les rapports des comités de l'OPML;
- g) le rapport du comité exécutif;
- h) les affaires nouvelles.

17.2 Assemblée générale annuelle de l'OPML

L'assemblée générale annuelle (AGA) de l'OPML doit avoir lieu avant la fin du mois de juin.

17.3 Ordre du jour de l'AGA de l'OPML

L'ordre du jour de l'AGA de l'OPML doit inclure :

- a) l'ouverture;
- b) l'approbation du procès-verbal de l'assemblée annuelle précédente;
- c) les affaires découlant du procès-verbal;
- d) la réception des rapports annuels de l'OPML et des présidents des divers comités de l'OPML;
- e) le rapport du trésorier et l'approbation des états financiers;
- f) l'approbation du budget pour l'année à venir;
- g) le rapport du comité de mise en candidature et de l'élection du comité exécutif de l'OPML;
- h) la cotisation des membres;
- i) le programme des réunions futures;
- j) les affaires nouvelles.

17.4 Réunions spéciales de l'OPML

Le président de l'OPML peut convoquer des réunions spéciales à tout moment en émettant un avis de convocation qui comporte les sujets à traiter. Les seuls sujets traités à cette réunion sont ceux mentionnés dans l'avis de convocation.

L'avis de convocation d'une réunion spéciale de l'OPML est communiqué aux membres au moins quarante-huit (48) heures avant l'heure fixée pour la réunion :

- a) par voie électronique;
- b) en l'affichant dans la salle de repos du personnel médical ou dans la salle des chirurgiens; ou

- c) en l'affichant dans tout autre endroit fréquemment utilisé par les membres du personnel médical de chaque établissement.

18. Honoraires du président de l'OPML

Le président et les membres de l'exécutif peuvent être rémunérés à la discrétion de l'OPM.

19. Cotisation obligatoire

Si un avis à cet effet a été transmis aux membres du personnel médical lors d'une AGA de l'OPML, l'OPML peut demander aux membres (à l'exception des membres honoraires et des dentistes) le paiement, ou l'augmentation, d'une cotisation annuelle pour couvrir les dépenses de l'OPML. Le vote de la majorité (50 % plus un) des membres de l'OPML présents à l'AGA est nécessaire pour l'adoption d'une telle proposition. Chaque membre de l'OPML doit alors payer la cotisation adoptée à l'AGA dans les 30 jours suivant la réception de l'avis de cotisation.

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 19 juin 2017

Objet : **Évaluation de la séance**

Une évaluation doit être complétée par les membres du Conseil d'administration après chaque réunion. Le but consiste à évaluer l'efficacité globale de la réunion du Conseil d'administration.

Cette évaluation sera partagée au Comité de gouvernance et de mise en candidature lors de leur prochaine rencontre afin de déterminer si des changements peuvent être effectués dans le but d'accroître le fonctionnement du Conseil d'administration.

Vous trouverez ci-joint le formulaire d'évaluation de la séance que vous devez compléter et remettre à Sonia avant de quitter.

Soumis le 7 juin 2017 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Formulaire d'évaluation

Réunion publique du Conseil d'administration

Le but de ce formulaire est d'évaluer l'efficacité globale du processus de la réunion publique du Conseil d'administration. Veuillez s.v.p. classer les éléments suivants sur une échelle de 1-5, où un "1" ne répond pas à vos attentes et un "5" dépasse vos attentes. Cette évaluation nous guidera afin de savoir où les changements peuvent être effectués dans le but d'accroître notre productivité.

	Dépasse vos attentes		Rencontre vos attentes		Ne réponds pas à vos attentes		Sans objet
	5	4	3	2	1		
1) Les documents ont été fournis suffisamment à l'avance pour se préparer aux réunions.	5	4	3	2	1		
2) La durée de temps était appropriée pour chaque sujet à l'ordre du jour.	5	4	3	2	1		
3) La mise à jour et le rapport du P.-D.G. étaient pertinents.	5	4	3	2	1		
4) La documentation permettait de comprendre les enjeux et d'appuyer la prise de décision.	5	4	3	2	1		
5) La direction était préparée et impliquée.	5	4	3	2	1		
6) Les membres du conseil étaient préparés.	5	4	3	2	1		
7) Les membres du conseil ont participé aux discussions.	5	4	3	2	1		
8) Le conseil était axé sur les questions de stratégie et de politique.	5	4	3	2	1		
9) Les discussions étaient pertinentes.	5	4	3	2	1		
10) La prise de décisions était guidée par les valeurs et des données probantes.	5	4	3	2	1		
11) Les suivis identifiés étaient clairs.	5	4	3	2	1		
12) Les discussions/divergences d'opinions ont été gérées de façon efficace.	5	4	3	2	1		
13) Les conflits d'intérêts ont été identifiés et gérés.	5	4	3	2	1		
14) Les sujets identifiés à la réunion publique étaient-ils appropriés ?	5	4	3	2	1		

Veuillez s.v.p. utiliser cet espace pour plus amples commentaires :

Veuillez nous fournir des idées au niveau de l'éducation ou des discussions génératives pour des sujets de discussion futurs :

Remettre le formulaire complété à l'adjointe administrative du P.-D.G. Merci!