

**EXPÉRIENCE DE FORMATION CROISÉE
DANS UN CONTEXTE D'INTÉGRATION
DES SERVICES EN RÉSEAU
DANS LE SUD-OUEST DE MONTRÉAL**

MICHEL PERREAULT,
Hôpital Douglas et Université McGill
JEAN-PIERRE BONIN,
Université de Montréal
RENÉE VEILLEUX,
Hôpital Douglas
GENEVIÈVE ALARY
CLSC Verdun-Côte-St-Paul
et
ISABELLE FERLAND
Centre de crise L'Autre Maison

RÉSUMÉ

Une plus grande efficience dans le fonctionnement en réseau des ressources en santé mentale peut être visée par des formations croisées impliquant des échanges de personnel. Les intervenants et intervenantes peuvent ainsi acquérir une meilleure connaissance des ressources du territoire et y guider leur clientèle de manière plus adéquate. En 2003, l'Hôpital Douglas, les Centres locaux de services communautaires (CLSC) et les organismes communautaires du sud-ouest de Montréal ont mené un projet-pilote d'échange de personnel impliquant 14 équipes et 21 intervenants et intervenantes. L'analyse de questionnaires auto-administrés ainsi que le contenu d'un focus group indiquent une très grande satisfaction face au projet. Les moyens pour assurer la confidentialité de l'information sur la clientèle, le contenu des stages et l'orientation des formations représentent toutefois des thèmes où certaines divergences ont été exprimées. Une très forte demande pour la participation aux stages offerts, de même que le niveau élevé de satisfaction de la part des participants et participantes témoignent de la pertinence de nouvelles séries de rotations de personnel. Celles-ci pourraient être élargies afin d'améliorer la continuité des services offerts aux personnes ayant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie.

Selon Fleury (2002), le concept d'intégration des services en tant que mode de régulation des systèmes publics de santé apparaît dans les années 1990, comme un nouveau modèle qui a pour objectif de limiter les duplications et d'améliorer la qualité des services. Il implique un arrimage important entre les dispensateurs de services d'une unité géographique spécifique. Le plan d'action du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (1998) indique que « la transformation des

Les auteurs tiennent à remercier le personnel des ressources alternatives en santé mentale du sud-ouest de Montréal ainsi que les intervenants et intervenantes des CLSC, de la Clinique communautaire Pointe-St-Charles et de l'Hôpital Douglas qui ont participé au projet. Des remerciements particuliers sont adressés à madame Hélène Tardif, RN, responsable de la formation et l'enseignement à l'Hôpital Douglas au moment de l'étude, pour avoir assuré la coordination des stages.

services de santé mentale s'appuie sur l'organisation locale de services pour les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves et persistants ». Selon ce document, l'organisation des services doit tirer profit des compétences disponibles dans chaque territoire de façon à éviter à l'usagère ou à l'utilisateur la multiplication des démarches pour obtenir les services. À cet effet, il importe de miser sur l'expertise, l'accessibilité des services et l'engagement manifesté à l'égard de la clientèle. En 2003, le gouvernement du Québec a voté une loi prescrivant la création d'agences favorisant l'intégration locale des services. Dans ce contexte, différentes initiatives sont mises en œuvre pour favoriser un meilleur fonctionnement en réseau. Dans le sud-ouest de Montréal, au printemps 2003, un projet pilote d'échange de personnel a été mené entre quatre équipes rattachées à un hôpital psychiatrique, l'Hôpital Douglas, et 10 équipes d'organismes partenaires œuvrant dans la communauté. Le but du présent article est de décrire cette expérience, qui s'inscrit dans les courants novateurs de formation croisée (*cross training*) et de rotation de personnel qu'on voit poindre au Canada et aux États-Unis.

Le concept d'intégration des services

Face aux défis d'intégration des services, deux grandes orientations sont fréquemment évoquées pour assurer les services à des clientèles souffrant de troubles psychiatriques graves et persistants: l'intégration verticale et l'intégration virtuelle. Drake et al. (2001) et Mueser, Drake et Noordsky (1998) décrivent une forme d'intégration du traitement clinique où les cliniciens et cliniciennes ou équipes de cliniciens et cliniciennes travaillent en un seul lieu et interviennent en santé mentale et en toxicomanie de manière coordonnée. Ce modèle exerce une intégration verticale des services (Conrad & Shortell, 1996). Bien que Smith, Hull, Hedayat-Harris, Ryder et Berger (1999) y aient vu une certaine productivité et une baisse des durées d'hospitalisation, l'implantation de ce type de modèle d'intégration présente de nombreux obstacles dont l'ajout de fonds, les entraves politiques, le recrutement de main d'œuvre qualifiée ainsi que la transformation des traditions de traitement et des croyances des usagers et usagères et de leurs proches (Drake et al., 2001). Aussi, malgré l'efficacité reliée à ce type de modèle, son application et les limites reliées à son implantation suscitent de nombreuses questions.

Un autre modèle auquel on se réfère fréquemment dans la prestation de services de santé est celui de l'intégration virtuelle (Conrad & Shortell, 1996), lequel implique une structure entourant un ensemble de distributeurs de services. L'intégration virtuelle permet la coordination des actions de manière à offrir des services diversifiés et continus à la clientèle de ce système (Fleury & Mercier, 2002). Selon ces auteurs, il s'agit d'un modèle réaliste, pratique et fréquemment utilisé en psychiatrie. Plusieurs auteurs, tels Watson, Kimberly et Burns (1996), considèrent d'ailleurs que l'intégration virtuelle, en tant que structure organisationnelle, est mieux adaptée à la complexité des systèmes de soins de santé, générant plus de flexibilité pour s'adapter aux besoins diversifiés de la clientèle. Comme un modèle virtuel implique moins de changements majeurs dans la structure organisationnelle qu'un modèle vertical, son implantation permet d'éviter bon nombre des obstacles énumérés par Drake et al. (2001) au sujet de ce dernier modèle. Aussi, ce modèle s'avère tout à fait indiqué au Québec, devant la volonté des établissements de conserver leur autonomie (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2002). C'est dans un contexte d'intégration virtuelle que s'inscrit le programme d'échange de personnel mis de l'avant pour la clientèle du sud-ouest de Montréal.

La formation croisée

Les échanges de personnel sont partie intégrante d'une approche de plus en plus fréquemment utilisée aux États-Unis, soit la formation croisée (*cross training*). Plus qu'une nouvelle approche, cette façon de faire représente un paradigme original, entre autres dans le traitement des personnes avec une co-occurrence de trouble mental et de toxicomanie. En effet, selon Pepper et Hendrickson (2000), il importe de viser à une intégration des systèmes impliqués afin de créer un super système qui assure à la fois la protection de la communauté et le traitement des personnes. Ainsi,

La formation croisée permet l'acquisition de connaissances et l'amélioration d'habiletés par des personnes qui dispensent des services à des clientèles présentant des comorbidités [. . .]. Le but n'est pas de les rendre capables d'effectuer le travail d'autres professionnels et professionnelles, mais de mettre de l'avant un environnement de collaboration amélioré afin de remplir un continuum de besoins des clients et clientes (Simmonds, 2003).

Ce type de formation doit plutôt permettre aux intervenants et intervenantes de mieux identifier leurs limites et les aider pour rechercher l'expertise d'un autre intervenant ou intervenante.

La formation croisée est présentement appliquée par des organismes gouvernementaux dans plusieurs sites américains (Simmonds, 2003; Pepper & Hendrickson, 2000), mais aucune recherche n'a été publiée concernant ces projets. Cependant, quelques initiatives de formation croisée avec échange de personnel ont été évaluées. Ainsi, Greenberg et al. (1998), dans une étude menée dans cinq grandes villes américaines, démontrent que la formation croisée a permis à des travailleurs et travailleuses de rue et à des travailleurs sociaux et travailleuses sociales d'étendre leur rôle afin de référer une clientèle de personnes utilisant des drogues injectables vers des services médicaux. Aussi, Hanley, Kachur et Kalet (2001) ont établi un système de co-pratique et d'enseignement mutuel entre médecins internistes et gynécologues qui travaillent ensemble durant des sessions de soins aux patients et patientes. Cette stratégie améliorerait autant le respect de l'autre que l'utilisation de ses connaissances, et serait hautement compatible avec des principes d'enseignement aux adultes. Hoffman-Judd, Thomas, Schwartz, Outcalt et Hough (2003) ont, pour leur part, appliqué un traitement intégré dans lequel les intervenants et intervenantes avaient reçu une formation croisée. Il en ressort une amélioration significative des symptômes psychiatriques, des abus de substance et de la qualité de la vie. On y note aussi une baisse dans les coûts reliés à des troubles mentaux, d'abus de substance ou de criminalité aigus ou subaigus.

La rotation positionnelle représente l'aspect le plus novateur de la formation croisée. Selon Cannon-Bowers, Salas, Blickensderfer et Bowers (1998), les échanges de personnel représentent une méthode de formation croisée efficace pour des tâches très reliées et permet aux professionnels et professionnelles une meilleure connaissance des autres intervenants et intervenantes. De plus, cette approche permet aux équipes de communiquer de manière implicite dans des situations d'urgence, en minimisant le besoin de communiquer verbalement. Les auteurs suggèrent d'ailleurs que cette approche soit utilisée dans le domaine médical. Dans le même sens, Volpe, Cannon-Bowers, Salas et Spector (1996) ont démontré que les équipes ayant vécu une formation croisée par échange de positions interagissent plus efficacement, utilisent des stratégies de communication plus efficaces et obtiennent une meilleure performance dans leurs tâches que celles n'ayant pas reçu ce type de formation.

Ces recherches indiquent que la formation croisée peut servir à rapprocher les intervenants et intervenantes des différents services afin de favoriser une intégration

virtuelle de ces services. Or, Demers, Dupuis et Poirier (2002) soutiennent que le succès de l'intégration des services repose avant tout sur la collaboration des praticiens et praticiennes, soit ceux et celles qui travaillent sur le terrain. Ils ajoutent que « c'est par ajustement mutuel en utilisant leur jugement que les partenaires décident ce qu'il faut faire et comment le faire » (p. 87). Le projet pilote d'échange de personnel mis en place dans les ressources œuvrant en santé mentale dans le sud-ouest de Montréal, qui fait l'objet de la présente étude, s'inscrit dans cette perspective. L'étude présentée ici consiste en une évaluation des processus reliés aux rotations de personnel. L'offre de stages, la participation aux stages, la perspective des participants et participantes et celle de responsables des équipes impliquées ont été documentés. Les démarches évaluatives visaient à fournir une rétroaction utile aux responsables du programme pour améliorer l'organisation des stages afin de mieux répondre aux demandes exprimées par les participants et participantes et les responsables d'équipes.

MÉTHODE

Participant(e)s et procédure

Le projet-pilote d'échange de personnel a débuté en 2003, sur l'initiative de la Table de concertation des partenaires en santé mentale du sud-ouest de Montréal (COPASM). Son comité « formation-recherche » a été chargé de coordonner les activités, de mettre en place les échanges dans leur milieu respectif et d'en faire l'évaluation. Ce comité est formé de trois des auteurs du présent article: Michel Perreault représentant l'Hôpital Douglas, Geneviève Alary représentant les Centres locaux de services communautaires (CLSC) et Isabelle Ferland représentant les organismes communautaires.

La première session d'échange a été organisée au printemps 2003. Chacun des établissements et organismes concernés a été informé du projet. Ils ont été invités à soumettre une ou plusieurs offres de stages, précisant le nombre de stagiaires qu'ils étaient prêts à accueillir ainsi que les dates et contenus des stages proposés. Le nombre de places de stages qu'une équipe affichait déterminait le nombre d'intervenants et intervenantes que cette même équipe pouvait inscrire à des stages dans d'autres équipes. Une liste des stages offerts a ensuite été transmise aux organisations et les employées et employés intéressés devaient soumettre leur candidature, en précisant leurs trois premiers choix. Le comité formation-recherche a assuré la distribution des stages selon les choix prioritaires et l'ordre d'entrée des inscriptions. Un total de 21 personnes ont participé à ce premier programme d'échange de personnel, pour un total de 24 stages, une personne ayant complété quatre stages. Dix stagiaires provenaient d'organismes communautaires, six des équipes de l'Hôpital Douglas et cinq des CLSC.

La durée des stages était d'une journée. Les stagiaires étaient invités à titre d'observateurs et observatrices et ne devaient pas intervenir auprès de la clientèle. Les activités proposées étaient en général inscrites dans l'offre de stages et pouvaient consister, par exemple, à recevoir de l'information sur les services offerts et sur le profil de la clientèle desservie par l'équipe visitée, à participer à une réunion d'équipe, à accompagner un intervenant ou une intervenante dans ses activités quotidiennes ou à échanger sur les pratiques cliniques. La nature et la variété des activités proposées variaient en fonction de la vocation et du champ d'action de chaque organisme visité.

Évaluation

Cousins, Donohue et Bloom (1996) décrivent différents types d'approches collaboratives qui varient selon le niveau d'implication des « *stakeholders* » ou principaux acteurs dans le processus d'évaluation. Il y a l'approche « traditionnelle » où leur rôle est relié à la planification et au choix du modèle d'évaluation et où ils sont aussi impliqués dans l'interprétation des résultats. Il y a aussi d'autres approches où les principaux acteurs jouent des rôles encore plus actifs dans le processus d'évaluation. Greene (1987) note toutefois que, quelle que soit l'approche privilégiée, la recherche collaborative repose sur un principe commun: dans le processus d'évaluation, une participation significative des individus et groupes intéressés au programme va favoriser une meilleure utilisation des résultats. Dans ce contexte, la présente étude s'inscrit dans le modèle d'« *empowerment evaluation* » (Fetterman, 2002; Nichols, 2002), où les principaux acteurs sont impliqués dans tous les aspects de l'évaluation avec le support des chercheurs depuis les débuts de l'implantation du projet.

Deux méthodes ont été utilisées pour évaluer ces échanges de personnel, soit un questionnaire auto-administré et un focus group.

Le questionnaire. Le questionnaire a été développé conjointement par le comité formation-recherche et les responsables des stages. Il est composé de six questions fermées se rapportant à la préparation des stages, à leur contenu, aux activités offertes et à leur durée. Il y avait aussi deux questions ouvertes sur ce que le stagiaire a le plus aimé dans le programme d'échange et sur ce qui pourrait être amélioré. Une copie du questionnaire à remplir était transmise aux participants et participantes avant leur stage. Si le questionnaire n'était pas retourné 2 semaines après la fin du stage, un premier rappel téléphonique était fait par une assistante de recherche. Si nécessaire, il était suivi d'un second rappel dans les semaines suivantes. Dix-neuf questionnaires complétés ont ainsi été retournés, pour un taux de réponse (sur 24 stages) de 79%. La confidentialité des répondants et répondantes était garantie dans toutes les communications et rapports, mais l'anonymat n'était pas préservé puisque les noms des stagiaires, ainsi que leur lieu de travail et de l'organisme où ils avaient fait un stage étaient inscrits sur le questionnaire.

Le focus group. Suite à l'évaluation basée sur les questionnaires, une démarche d'évaluation inscrite dans le modèle d'approche collaborative des focus groups décrit par Krueger (1994) a été tenue auprès de stagiaires et de représentants et représentantes des organismes. Il s'agissait, dans ce cadre, d'amener les personnes impliquées dans la mise en place du programme à exercer un rôle actif dans l'évaluation du projet. Sous les directives de Michel Perreault, chercheur rattaché à l'un des établissements, elles ont été invitées à s'investir dans les différentes étapes du focus group: identification et recrutement des participants et participantes, développement du canevas, co-animation des discussions, validation et interprétation des résultats.

Cette démarche visait deux objectifs: compléter l'information obtenue auprès des participants et participantes grâce aux questionnaires et documenter la perspective des responsables de stages, de manière à préparer la prochaine session d'échange. Le canevas d'entrevue explorait quatre thèmes: (a) le déroulement et la préparation des stages précédents; (b) les objectifs à atteindre, les activités et les modalités souhaitées relativement aux prochains stages; (c) l'organisation générale du projet-pilote; et (d) la mise sur pied d'un programme permanent. Les participants et participantes ont signé un formulaire de consentement pour leur participation au groupe et l'autorisation d'enregistrer les discussions.

Le recrutement au focus group imposait que les participants et participantes aient été directement impliqués dans l'organisation des échanges, au moins pour leur équipe. Parmi ces personnes, la priorité allait à celles qui avaient elles-mêmes effectué un stage ou qui jouaient un rôle important dans l'organisation des stages. La représentation du plus grand nombre d'équipes était favorisée. Huit informateurs-clés, recrutés parmi les 12 équipes impliquées dans les échanges, ont participé au focus group. Ces personnes étaient toutes rattachées à une équipe différente et elles ont toutes été recrutées en raison de leur rôle important dans l'administration du programme d'échange. Trois de ces personnes provenaient d'un organisme communautaire, un des CLSC et quatre de l'Hôpital Douglas. Trois avaient participé aux échanges de personnel et cinq étaient responsables d'équipes. Aucune n'était le supérieur hiérarchique d'un autre participant ou participante.

Le focus group s'est tenu dans les locaux de l'Hôpital Douglas. La première partie de la rencontre couvrait les thèmes se rapportant à l'évaluation des échanges de personnel et a été animée par Michel Perreault. Comme deux des membres du comité de formation-recherche, Geneviève Alary et Isabelle Ferland, sont aussi responsables d'équipes participant aux échanges, elles ont agi à titre de participantes lors de cette première partie. Elles ont par ailleurs co-animé la seconde partie, sur les moyens à prendre pour améliorer l'organisation des prochaines rotations de personnel en raison de leur rôle et de leur intérêt dans l'organisation du programme.

Analyse des résultats

Les données quantitatives générées par le questionnaire d'évaluation des stages ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS. Pour ce qui est de l'analyse de contenu des réponses aux questions ouvertes, le modèle de « catégories préalablement absentes et issues de l'analyse » proposé par L'Écuyer (1988) a été privilégié. Trois dimensions sont issues de cette analyse, soit la planification, le déroulement et les résultats du stage. Quant au focus group, la totalité de l'entrevue a été enregistrée sur bande audio afin de transcrire intégralement les citations pertinentes. De plus, au cours des discussions, une assistante de recherche et les animateurs et animatrices prenaient note des principaux thèmes abordés afin de guider les analyses. Les énoncés ont été regroupés et classés sous les différents thèmes principaux déjà présentés dans le canevas d'entrevue, lesquels ont été subdivisés en fonction des thèmes secondaires ayant émergé des discussions. Une synthèse de ces éléments est présentée ici.

RÉSULTATS

Questionnaire sur la perspective des stagiaires

L'analyse des 19 questionnaires remplis par les participants et participantes reflète, dans l'ensemble, un niveau de satisfaction élevé face à leur expérience de stage (tableau 1). En effet, plus de 85% des répondants et répondantes se disent satisfaits ou très satisfaits en regard des six aspects explorés dans le questionnaire. Certains aspects regroupent principalement des réponses de satisfaction très élevée de la grande majorité des participants et participantes. Ainsi, la période de temps consacrée au stage, soit une journée, semble convenir à 84% d'entre eux. De même, le contenu du stage est jugé très intéressant par 79% et près des trois quarts sont entièrement d'accord à recommander leur lieu de stage à un collègue.

Une analyse plus pointue des résultats fournit toutefois quelques indices quant aux items où la satisfaction est moins élevée et où il pourrait y avoir amélioration.

EXPÉRIENCE DE FORMATION CROISÉE

TABLEAU 1
Distribution des réponses des participant(e)s au questionnaire
d'appréciation des stages (N = 19)

Dimensions	n	%
(1) Planification du stage		
<i>Période de temps consacrée au stage</i>		
Beaucoup trop courte	0	0,0
Trop courte	2	10,5
Adéquate	16	84,2
Trop longue	1	5,3
Beaucoup trop longue	0	0,0
<i>Préparation par l'organisation hôte</i>		
Entièrement satisfait	5	26,3
Très satisfait	12	63,2
Plus ou moins satisfait	1	5,3
Peu satisfait	1	5,3
Pas du tout satisfait	0	0,0
<i>Recommanderait ce stage à un(e) collègue</i>		
Pas du tout d'accord	0	0,0
Peu d'accord	0	0,0
Plus ou moins d'accord	1	5,5
Assez d'accord	3	16,7
Entièrement d'accord	14	77,8
(2) Déroulement du stage		
<i>Contenu du stage</i>		
Très intéressant	15	79,0
Assez intéressant	4	21,0
Plus ou moins intéressant	0	0,0
Peu intéressant	0	0,0
Pas du tout intéressant	0	0,0
<i>Activités offertes sont celles souhaitées</i>		
Pas du tout d'accord	0	0,0
Peu d'accord	0	0,0
Plus ou moins d'accord	1	5,3
Assez d'accord	10	52,6
Entièrement d'accord	8	42,1
(3) Résultats du stage		
<i>Atteinte des objectifs fixés par le participant ou la participante</i>		
Pas du tout atteints	0	0,0
Très peu atteints	0	0,0
Plus ou moins atteints	1	5,3
Atteints en général	12	63,2
Entièrement atteints	6	31,6

Ainsi, la façon dont le stage a été préparé et l'atteinte des objectifs fixés ne sont jugés entièrement satisfaisants que pour respectivement 26% et 32% des répondantes et des répondants, tandis que les activités offertes sont entièrement satisfaisantes pour 42% (tableau 1).

TABLEAU 2
Classification des commentaires au questionnaire d'appréciation des stages (N = 105)

Dimensions	Appréciation (n)	Amélioration souhaitée (n)
<i>Planification des stages</i>		
Comité organisateur	0	16
Organisme hôte	0	7
<i>Déroulement du stage</i>		
Attitude des intervenant(e)s hôtes	15	0
Activités offertes	4	7
<i>Résultats du stage</i>		
Connaissances acquises	31	7
Liens de partenariat	4	4
Appréciation générale	10	0
Total	64	41

Quant aux questions à développement, les résultats apparaissent similaires, même si les principales sources d'insatisfaction y sont davantage exprimées, tel que déjà démontré par Perreault, Leichner, Sabourin et Gendreau (1993). Les participants et participantes ont émis un total de 105 commentaires, soit une moyenne de 5,5 commentaires par répondant(e) ($\bar{ET} = 1,87$). Soixante-quatre commentaires exprimaient de la satisfaction, dans 39 autres on formulait des améliorations souhaitées et 2 traduisaient de l'insatisfaction. Les principales sources de satisfaction et d'insatisfaction sont présentées dans les paragraphes qui suivent et dans le tableau 2.

Les commentaires de satisfaction. Les connaissances acquises lors du stage reçoivent le plus grand nombre de commentaires de satisfaction ($n = 31$); les répondants et répondantes ont particulièrement apprécié connaître davantage leurs partenaires et leur contexte de travail (clientèle, services offerts, critères d'admissibilité, etc.). Ils ont apprécié, entre autres,

découvrir un endroit dont j'avais souvent entendu parler, des lieux jusqu'aux procédures et façons de travailler

et

de finalement rencontrer des gens, des collaborateurs avec qui je travaille souvent, visualiser et comprendre davantage ce qu'ils font; créer des liens.

L'ouverture et l'attitude des intervenants et intervenantes de l'équipe hôte ont aussi été appréciés ($n = 15$):

Très satisfaite. L'accueil était formidable, l'équipe dynamique.

Les commentaires d'améliorations souhaitées. La planification des stages est le thème où le plus grand nombre d'améliorations est souhaité ($n = 23$). Des suggestions sont adressées à l'égard du comité organisateur, entre autres relativement aux modalités d'échange ($n = 7$):

Échange et visite d'autres hôpitaux psychiatriques.

Il serait intéressant d'être jumelé et interchanger les milieux de stages afin d'accueillir aussi le milieu rencontré et de poursuivre avec les gens rencontrés.

D'autres suggestions relèvent de la fréquence des échanges de personnel ($n = 5$):

Pouvoir accéder à plus d'un stage par personne.

EXPÉRIENCE DE FORMATION CROISÉE

Une meilleure préparation du stage par l'organisme hôte ($n = 7$) est souhaitée, par exemple en s'assurant que l'équipe hôte soit informée de la visite d'un stagiaire et qu'une personne lui soit jumelée au cours de sa visite, et en vérifiant les attentes du stagiaire en ce qui a trait aux activités offertes au cours de la journée:

Avoir quelqu'un de disponible avec nous, recevoir à l'avance un document concernant la mission, les critères, etc. afin de mieux se préparer.

Avoir une rencontre préalable avec le milieu de stage ou encore planifier avec eux nos attentes face à eux.

D'autres améliorations ($n = 7$) sont suggérées quant aux activités offertes et à l'implication du stagiaire auprès de l'équipe visitée:

J'aurais aimé être présente lors de l'accueil des patients dans leurs services pour voir l'évaluation.

Finalement, les répondants et répondantes suggèrent des moyens d'améliorer les connaissances acquises lors du stage ($n = 7$) et la création de liens de partenariat ($n = 4$), par exemple

que toutes les ressources et personnes ressources rassemblent et produisent un carnet d'adresses et téléphones ainsi que le nom (email aussi) des personnes ressources afin d'échanger, de se communiquer les informations dans le réseau, de se consulter, de se référer des clients; de connaître des personnes ressources ou agents de liaison facilite les rapports et la communication en est facilitée.

Résultats du focus group auprès des responsables d'équipes et d'intervenant(e)s

Les participants et participantes au focus group ont des préoccupations et appréciations semblables à celles exprimées dans les questionnaires d'évaluation des stages: ils sont très satisfaits des connaissances acquises lors du stage et du renforcement des liens de partenariat, mais ils aimeraient que le processus de planification et d'organisation des échanges soit bonifié.

Ce qui a été apprécié dans la session d'échange de personnel. Cannon-Bowers et al. (1998) rapportaient que la rotation positionnelle permettait au personnel de mieux connaître les autres professionnels et professionnelles. Selon les participants et participantes au focus group, les connaissances acquises lors de la session d'échange, en regard des autres professionnels et professionnelles et de l'organisation sous différents angles, sont l'élément le plus profitable de cette première expérience. Ils déclarent qu'eux-mêmes ou des stagiaires de leur équipe ont acquis, grâce au stage, une meilleure connaissance mutuelle. Même s'ils ont l'habitude de travailler ensemble, la perception des stagiaires envers les équipes visitées est, disent-ils, parfois fragmentaire ou du moins différente de ce qu'ils avaient imaginé. Plus d'un mentionnent avoir acquis des connaissances qui leur permettent de mieux comprendre la réalité de l'autre, de s'en faire une idée plus claire et plus personnelle:

J'savais pas que c'était comme ça, j'ai été surprise de voir tout ça.

C'est bien, parce que [. . .] on l'a utilisé nous autres aussi pour des patients. Les patients peuvent nous en parler, mais on n'a pas le même portrait, hein, quand on y va; quand on y passe la journée, on le ressent bien.

Selon certains participants et participantes, le stage a été l'occasion de préciser des informations concernant leur équipe tout autant que celle qui leur était jumelée, entre autres, sur l'existence même de la ressource, sur les modalités d'accès, sur les services offerts et ceux qui ne le sont pas et sur les critères d'admission:

Ce qui a été très spécial, c'est qu'ils connaissaient pas du tout le [nom de la ressource impliquée], ça fait qu'elle a pu les informer de qui on était, d'où on sortait, puis qu'on existait. Ça fait que ça a été un « plus » pour nous autres là [. . .] puis je pense pour l'hôpital aussi.

Elle a jaser avec l'infirmière, avec L. je pense, ça fait qu'elle était très emballée de la façon que ça fonctionne, elle a pu aussi [...] des fois, bon, le client va demander comment ça se passe [dans un autre service], c'est donner l'information aussi au client.

Une autre retombée jugée positive est la possibilité de modifier les modes habituels de collaboration et d'accompagnement du patient ou de la patiente. Selon certains participants et participantes, le fait d'aller au-delà d'un simple contact téléphonique et de vivre une journée dans le milieu de travail des partenaires, de partager leur réalité, de comprendre leurs limites les appelle à modifier leur intervention et la prise en charge de leurs clients et clientes:

Je vois l'importance de communiquer avec l'urgence, de ne pas arriver à l'urgence avec une patiente. Là, je comprends mieux la façon de préparer le terrain, pour que ça s'articule, pour communiquer les informations, faciliter l'entrée de la personne à l'urgence.

Deux personnes notent de plus que le fait de visiter une équipe ou de recevoir des stagiaires influence les interactions entre les membres des équipes partenaires, engendrant des changements dans le mode de fonctionnement même.

En résumé, les participants et participantes croient que le stage permet une expérience *in vivo* qui apporte un point de vue différent de celui qu'on a quand on se limite à des contacts téléphoniques ou à des références:

Passer une journée avec la personne dans son travail, tu sais peut-être, c'est un autre niveau que d'entendre parler de son travail.

Dans le contexte de l'approche évaluative collaborative et formative adoptée, les objectifs à poursuivre et les modalités des futures sessions d'échange ont été abordés dans le focus group.

Objectifs des sessions d'échange. Les objectifs à poursuivre lors des prochaines sessions sont orientées vers deux grands centres d'intérêt, soit (a) le partage de connaissances sur les services offerts et le fonctionnement des différentes ressources, puis (b) le partage d'expertises.

En ce qui se rapporte au premier objectif, il apparaît toujours primordial pour l'ensemble des participants et participantes: les modes de fonctionnement, les modalités d'accès, les personnes ressources, les critères d'admission, la gamme des services offerts, les programmes, les modes de référence et les moyens de s'aider sont autant de sujets qu'ils souhaitent mieux connaître dans le cadre des stages:

Je pense qu'il faut connaître la raison d'être des organismes, ça pour moi c'est essentiel. Connaître qui est là, qui mène la raison d'être, qui fait vivre cette raison d'être.

Ce participant poursuit:

Je pense que c'est aussi de connaître l'ensemble des services [...]. Est-ce que nous, on répète des services que le CLSC donne? Est-ce qu'il y a quelque chose qui s'annule? [. . .] Est-ce qu'on peut se référer? Comment on se réfère? Comment on se parle?

Le deuxième objectif doit être poursuivi et développé davantage, selon certains participants et participantes. Ils abordent alors le partage d'expertise entre les stagiaires et les membres de l'équipe jumelée:

EXPÉRIENCE DE FORMATION CROISÉE

Moi, ça m'intéressait beaucoup d'apprendre comment les autres intervenaient.

Toutefois, ce partage entraîne l'implication des stagiaires dans les activités régulières, incluant les interventions avec les patients et patientes où ils ne seraient plus nécessairement « observateurs » pour devenir « acteurs », ce qui a occasionné de multiples échanges, les participants et participantes ne faisant pas l'unanimité sur le rôle que devrait adopter le stagiaire dans le cas d'échanges centrés sur le partage d'expertise au niveau de l'intervention clinique.

Un aspect problématique des échanges est soulevé en rapport avec la confidentialité de l'information sur la clientèle. Par exemple, si une personne fait un stage à l'urgence, elle sera nécessairement appelée à être en présence de clients et clientes et à avoir ainsi connaissance de leur situation. De même, lors d'activités cliniques de groupe, des informations cliniques concernant les clients et clientes de l'organisme filtreront nécessairement des discussions. Les activités cliniques sont jugées précieuses dans les stages, mais dans un contexte de confidentialité et de respect des patients et patientes, les activités cliniques en groupe, avec ou sans patients et patientes, sont davantage conformes aux attentes de plusieurs participants et participantes qui y voient une forme intéressante de partage des expertises:

L'animation d'un groupe de personnes x, chez nous, ça serait intéressant pour des intervenants de voir aller, d'apprendre dans ça.

Une participante propose des échanges cliniques entre intervenants et intervenantes, selon la forme observateur/formateur:

Les échanges cliniques par contre, avec des intervenants des autres ressources, ça j'aimerais ça. Si la personne assiste à une réunion clinique, on va lui demander de se taire pour nous entendre discuter. Après ça, qu'elle commente si elle veut à partir de ce qu'elle a perçu [. . .] qu'elle enrichisse nos discussions d'équipe. Ça, j'aimerais ça. Parce que nous autres aussi, comme groupe, des fois on est coincé avec certaines personnes, on tourne en rond, on se bute, on essaie des affaires, ça marche jamais.

Aussi, l'idée qu'un stagiaire accompagne un intervenant ou intervenante en entrevue individuelle ou en traitement avec un client ou une cliente est inadmissible aux yeux des participantes et participants. Ceux-ci considèrent le caractère privé de ce genre de rencontres individuelles:

L'idée d'introduire un étranger, quel qu'il soit là [. . .] il faut avoir une bonne raison de le faire parce qu'il y a beaucoup d'intimité.

Des participants et participantes souhaitent enfin que, si un stagiaire est invité à une réunion d'équipe ou participe à des discussions cliniques, les patientes et patients dont on discute ne soient identifiés que par leur prénom. Les participants et participantes proposent diverses modalités visant à respecter les clients et clientes et la confidentialité des informations les concernant: signature d'un formulaire de confidentialité par les stagiaires, liberté pour les équipes d'inviter ou non les stagiaires à assister à leurs réunions, invitation aux stagiaires à participer uniquement aux échanges d'information ne se rapportant pas à des clients et clientes spécifiques.

Les modalités des prochaines sessions d'échange. Selon les participants et participantes, il existe un besoin de mieux connaître les équipes partenaires, mais aussi d'autres équipes travaillant dans leur propre organisme ou dans des organismes du même niveau de services. Par exemple, une intervenante ou un intervenant d'un CLSC pourrait être intéressé à visiter un autre CLSC dans le cadre du programme d'échange. Cette modalité n'était pas prévue dans la démarche initiale d'offre de

stages mais, selon les participants et participantes, elle devrait être envisagée dans le futur:

Même si je suis de l'interne, tu sais, les hôpitaux de jour, dans leurs programmes, dans leur fonctionnement, dans les groupes qu'ils font, dans les interactions qui se passent; voir comment c'est géré tout ça. Puis nous autres, on a des patients, on les envoie régulièrement dans les hôpitaux de jour là.

Au sujet de la durée du stage offert, la majorité suggèrent que ce soit une journée complète, dans un seul organisme ou dans deux organismes qui offriraient une demi-journée chacun. Ceci permettrait au stagiaire de profiter d'une journée complète de stage dans un même type d'organisme. Pour ce qui est de la fréquence des stages, la majorité expriment le souhait de voir trois sessions de stages offertes par année. Les modalités entourant le nombre de stagiaires qui pourraient visiter un organisme en même temps pourraient être laissées à la discrétion de chacun, bien que les participants et participantes suggèrent de ne recevoir qu'un seul stagiaire à la fois.

DISCUSSION

Un projet pilote de formation croisée axé sur la rotation de personnel du domaine de la santé mentale a été implanté dans le sud-ouest de Montréal. Le projet a suscité un grand intérêt de la part du milieu alors que 14 équipes ont choisi de participer à ce premier cycle de stages d'une journée. D'ailleurs, en raison d'une offre insuffisante pour répondre à la forte demande, plusieurs équipes ont pris l'initiative d'offrir des stages additionnels. Comme ceux-ci n'ont pas été enregistrés dans le cadre du projet, ils n'ont pas fait l'objet de l'évaluation.

Pour l'évaluation des stages inscrits au programme d'échange, le niveau de satisfaction des 19 répondants et répondantes s'est avéré très élevé. Ils ont particulièrement apprécié mieux connaître leurs partenaires et leur contexte de travail ainsi que l'attitude des intervenants et intervenantes hôtes. Un peu moins de la moitié des 105 commentaires formulés consistent en des propositions pour améliorer le projet. Ces suggestions et recommandations se rapportent principalement aux modalités d'organisation des échanges telles que la fréquence des stages et le nombre et la variété des organismes jumelés. Malgré l'intérêt de certains pour favoriser des stages qui seraient davantage orientés sur l'acquisition d'expertise clinique, la majorité considèrent que de mieux connaître les ressources du réseau et leur fonctionnement doit demeurer l'objectif principal de ces stages de très courte durée.

L'approche participative qui a été adoptée pour l'évaluation du projet présente l'avantage d'impliquer les principaux acteurs du projet (« *stakeholders* ») à chacune des étapes de son implantation et de faciliter ainsi l'aspect formatif de l'évaluation. Dans un contexte d'« *empowerment evaluation* » (Fetterman, 2002) et de « *collaborative evaluation* », tel que formulé par Krueger (1994), les principaux acteurs ont été impliqués non seulement dans la planification de l'évaluation et la validation des résultats mais aussi dans la conception des outils, dans le recrutement des équipes participant au projet, dans la collecte de données et même dans l'animation des focus groups. Ce haut niveau d'implication a permis d'effectuer rapidement les ajustements proposés pour entreprendre une seconde rotation de personnel, qui a impliqué 41 intervenants et intervenantes et 19 équipes, moins d'une année après la première rotation de personnel, qui fait l'objet de la présente étude.

Par ailleurs, au niveau de la validité des résultats de recherche obtenus, cette approche pose certaines limites. En effet, comme les résultats sont principalement basés sur le point de vue des intervenants et intervenantes, ils peuvent avoir été

soumis à l'influence d'effets tels que la désirabilité sociale ou encore au désir de tirer certains bénéfices en adoptant le point de vue de représentants et représentantes de l'une ou l'autre des équipes concernées. Bien que ce facteur n'ait sûrement pas pu exercer un grand impact dans les réponses aux questionnaires auto-administrés, qui ont été traités de manière confidentielle et analysés par l'équipe de recherche, il en est autrement pour le focus group. En effet, le recrutement et l'animation étant assurés par des personnes associées aux différentes ressources du territoire, certains enjeux d'ordre politique, ou encore tout simplement reliés au désir de plaire à ceux qui ont assuré l'organisation des activités, ont pu teinter les propos. L'impact de ces facteurs aurait donc été de produire un portrait « embelli » de la situation.

Outre la confidentialité de l'information livrée par les participants et participantes, plusieurs intervenants et intervenantes ont rapporté une grande préoccupation face à la confidentialité de l'information concernant la clientèle. Comme cet aspect représente une barrière importante pour plusieurs responsables d'équipes, différentes procédures ont été évoquées pour adresser ce problème. La procédure la plus fréquemment utilisée fut la signature d'un formulaire d'engagement à la confidentialité de la part des participants et participantes, comme cela se fait en général pour les stagiaires en provenance de maisons d'enseignement. D'autres solutions ont aussi été utilisées mais apparaissent plus compliquées à implanter. Il s'agit de restreindre les stagiaires uniquement à des activités « générales » où les renseignements personnels sur la clientèle ne leur sont pas accessibles, ou encore de leur permettre de participer à des activités concernant la clientèle, comme par exemple les rencontres cliniques de l'équipe, mais en prenant soin de censurer le nom des clientes et clients concernés.

En ce qui concerne les objectifs principaux des échanges, les commentaires émis lors du focus group indiquent que le premier objectif du projet est de mieux connaître le personnel et le fonctionnement des autres ressources du réseau. Un second objectif, qui se rapporte à l'acquisition de connaissances pour intervenir auprès de la clientèle, n'est pas partagé également entre tous les participants et participantes. Dans le cadre d'un programme permanent d'échange, cette question devra être clarifiée pour guider le contenu des activités. À l'avenir, il faudra assurément consulter les milieux participants pour valider l'orientation retenue pour le programme d'échange et examiner les objectifs de chacun, leurs moyens et leurs préférences pour actualiser les démarches, plus particulièrement pour ce qui est de la préparation du milieu hôte quant aux documents et aux activités planifiées.

CONCLUSION

Dans l'ensemble, les participants et participantes considèrent le programme d'échange comme fructueux. Ils soulignent qu'après leur stage, ils avaient une meilleure connaissance de ce que peuvent offrir les autres organisations ou services de leur secteur, lesquels sont souvent ceux où ils réfèrent leurs clients et clientes ou d'où proviennent ces derniers. Ils rapportent que ces connaissances vont permettre une meilleure continuité entre les services due à une meilleure connaissance du rôle, du fonctionnement et même du personnel de l'autre service. Ces résultats s'avèrent stimulants en regard d'un projet de formation croisée élargi pour améliorer la continuité des services offerts aux personnes ayant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. En effet, au Québec, le réseau de la toxicomanie s'est souvent développé en parallèle à celui de la psychiatrie. Drake et ses collègues (2001) ont d'ailleurs souligné que « les services de haute qualité sont rares pour les

troubles concomitants » tandis que Laudet, Magura et Vogel (2000) ont noté que l'intégration de ces services tend à être assez mal implantée.

Or, les programmes de formation croisée et d'échange de personnel semblent particulièrement adaptés afin d'améliorer, non seulement l'accessibilité aux services, mais aussi la continuité de ces derniers lorsque la cliente ou le client est pris en charge (Pepper & Hendrickson, 2000). La prochaine étape, dans le développement d'un programme d'échange dans le sud-ouest de Montréal, vise donc l'inclusion de ressources œuvrant dans le domaine de la toxicomanie parmi les équipes participantes. Le but ultime de ces démarches sera d'en arriver à l'élimination des portes fermées pour la clientèle souffrant de troubles de santé mentale, et en particulier pour celle souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie.

ABSTRACT

Improved functioning in the mental health resource network can be guided by cross training procedures involving exchanges of clinical personnel. In 2003, Douglas Hospital along with the Centres locaux de services communautaires (CLSCs) and community organizations in southwest Montreal conducted a pilot project on training exchanges involving 14 clinical teams and 21 workers. Analysis of self-administered questionnaires as well as content analysis of a focus group revealed a very high degree of satisfaction with the project. However, differences of opinion were noted regarding the content and orientation of the training and ways to ensure client confidentiality. The very strong demand for participation in the training courses offered, as well as the high level of satisfaction on the part of participants, testifies to the relevance of new series of personnel rotations. These rotations could be broadened so as to improve the continuity of services offered to people who have concomitant diagnoses of mental health and drug addiction problems.

RÉFÉRENCES

- Cannon-Bowers, J.A., Salas, E., Blickensderfer, E., & Bowers, C.A. (1998). The impact of cross-training and workload on team functioning: A replication and extension of initial findings. *Human Factors*, 40(1), 92-101.
- Conrad, D.A., & Shortell, S.M. (1996). Integrated health systems: Promise and performance. *Frontiers of Health Services Management*, 13, 3-40.
- Cousins, J.B., Donohue, J.J., & Bloom, G.A. (1996). Collaborative evaluation in North America: Evaluators' self-reported opinions, practices and consequences. *Evaluation Practice*, 17(3), 207-226.
- Demers, L., Dupuis, A., & Poirier, M. (2002). L'intégration des services passe-t-elle par des fusions d'établissements? *Santé mentale au Québec*, 27(2), 74-92.
- Drake, R.E., Essock, S.M., Shaner, A., Carey, K.B., Minkoff, K., Kola, L., et al. (2001). Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 52, 469-476.
- Fetterman, D.M. (2002). 2001 invited address: Empowerment evaluation: Building communities of practice and a culture of learning. *American Journal of Community Psychology*, 30(1), 89-102.
- Fleury, M.-J. (2002). Émergence des réseaux intégrés de services comme modèle d'organisation et de transformation du système sociosanitaire. *Santé mentale au Québec*, 27(2), 7-15.
- Fleury, M.-J., & Mercier, C. (2002). Integrated local networks as a model for organizing mental health services. *Administration and Policy in Mental Health*, 30(1), 55-73.

EXPÉRIENCE DE FORMATION CROISÉE

- Greenberg, J., MacGowan, R., Neumann, M., Long, A., Cheney, R., Fernando, D., et al. (1998). Linking injection drug users to medical services: Roles of street outreach referrals. *Health & Social Work, 23*, 298-309.
- Greene, J.C. (1987). Stakeholder participation in evaluation design: Is it worth the effort? *Evaluation and Program Planning, 10*, 379-394.
- Hanley, K., Kachur, E., & Kalet, A. (2001). A cross-training program for internal medicine and gynecology. *Academic Medicine, 76*, 577-578.
- Hoffman-Judd, P., Thomas, N., Schwartz, T., Outcalt, A., & Hough, R. (2003). A dual diagnosis demonstration project: Treatment outcomes and cost analysis. *Journal of Psychoactive Drugs*, SARC supplement 1, 181-192.
- Krueger, R.A. (1994). *Focus groups: A practical guide for applied research* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Laudet, A.B., Magura, S., & Vogel, H.S. (2000). Recovery challenges among dually diagnosed individuals. *Journal of Substance Abuse Treatment, 18*, 321-329.
- L'Écuyer, R. (1988). L'analyse de contenu: notion et étape. Dans J.-P. Deslauriers (dir.), *Les méthodes de la recherche qualitative* (pp. 49-65). Sillery, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (1998). *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*. Québec, QC: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2002). *Lignes directrices pour l'implantation des réseaux de services intégrés*. Québec, QC: MSSS, Direction des communications.
- Mueser, K.T., Drake, R.E., & Noordsky, D.L. (1998). Integrated mental health and substance abuse treatment for severe psychiatric disorders. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health, 4*, 129-139.
- Nichols, L. (2002). Participatory program planning: Including program participants and evaluators. *Evaluation and Program Planning, 25*, 1-14.
- Pepper, B., & Hendrickson, E. (2000). *Developing a cross training project for substance abuse, mental health and criminal justice professionals working with offenders with co-existing disorders*. Retrouvé le 20 janvier 2005 à l'adresse Internet: <http://www.toad.net/~arcturus/dd/cttoc.htm>
- Perreault, M., Leichner, P., Sabourin, S., & Gendreau, P. (1993). Patient satisfaction with outpatient psychiatric services: Qualitative and quantitative assessments. *Evaluation and Program Planning, 16*, 109-118.
- Simmonds, M. (2003). *Substance abuse and infectious disease: Cross-training for collaborative systems prevention, treatment, and care*. Retrouvé le 20 janvier 2005 à l'adresse Internet: <http://www.treatment.org/topics/infectious.html>
- Smith, T.E., Hull, J.W., Hedayat-Harris, A., Ryder, G., & Berger, L.J. (1999). Development of a vertically integrated program of services for persons with schizophrenia. *Psychiatric Services, 50*, 931-935.
- Volpe, C.E., Cannon-Bowers, J.A., Salas, E., & Spector, P.E. (1996). The impact of cross-training on team functioning: An empirical investigation. *Human Factors, 38*(1), 87-100.
- Watson, S.S., Kimberly, J.R., & Burns, L.R. (1996). Owned vertical integration and health care: Promise and performance. *Health Care Management Review, 21*, 83-92.