

Meilleures pratiques et formation dans le contexte du continuum des services en santé mentale et en toxicomanie : le programme de formation croisée du sud-ouest de Montréal

Cross training program in Montréal's south west: Best practices and training in a context of continuum of services in mental health care and addiction treatment

El programa de formación cruzada del suroeste de Montreal: mejores prácticas y formación en el contexto del continuo de los servicios de salud mental y toxicomanía

Programa de formação cruzada do sudeste de Montreal: melhores práticas e formação no contexto da manutenção dos serviços em saúde mental e em toxicomania

Michel Perreault, Daniela Wiethaeuper, Nicole Perreault, Jean-Pierre Bonin, Thomas G. Brown et Hervine Brunaud

Volume 34, numéro 1, printemps 2009

Santé mentale en première ligne

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/029763ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/029763ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Perreault, M., Wiethaeuper, D., Perreault, N., Bonin, J.-P., Brown, T. G. & Brunaud, H. (2009). Meilleures pratiques et formation dans le contexte du continuum des services en santé mentale et en toxicomanie : le programme de formation croisée du sud-ouest de Montréal. *Santé mentale au Québec*, 34(1), 143-160. <https://doi.org/10.7202/029763ar>

Résumé de l'article

Cet article présente le programme de formation croisée du sud-ouest de Montréal. Les auteurs estiment que le contexte post-désinstitutionalisation et d'intégration des services en santé mentale impose de nouveaux rôles aux intervenants oeuvrant dans les différents réseaux de services. La formation croisée apparaît donc comme un modèle particulièrement adapté à leurs besoins afin d'optimiser leurs interventions. Le modèle est présenté à partir des études les plus récentes et est illustré par le programme de formation croisée, développé pour les réseaux de la santé mentale et de la toxicomanie dans le sud-ouest de Montréal. Ses applications sont explorées pour d'autres réseaux.



Meilleures pratiques et formation dans le contexte du continuum des services en santé mentale et en toxicomanie : le programme de formation croisée du sud-ouest de Montréal

Michel Perreault*

Daniela Wiethaueper**

Nicole Perreault***

Jean-Pierre Bonin****

Thomas G. Brown*****

Hervine Brunaud*****

Cet article présente le programme de formation croisée du sud-ouest de Montréal. Les auteurs estiment que le contexte post-désinstitutionalisation et d'intégration des services en santé mentale impose de nouveaux rôles aux intervenants œuvrant dans les différents réseaux de services. La formation croisée apparaît donc comme un modèle particulièrement adapté à leurs besoins afin d'optimiser leurs interventions. Le modèle est présenté à partir des études les plus récentes et est illustré par le programme de formation croisée, développé pour les réseaux de la santé mentale et de la toxicomanie dans le sud-ouest de Montréal. Ses applications sont explorées pour d'autres réseaux.

* Ph. D., Institut universitaire de santé mentale Douglas; département de psychiatrie de l'Université McGill.

** Ph. D., Institut universitaire de santé mentale Douglas.

*** Ph. D., Direction de Santé Publique de Montréal et Université de Montréal.

**** Ph.D., Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

***** Ph.D., Institut universitaire de santé mentale Douglas et Université McGill.

***** Institut universitaire de santé mentale Douglas.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier les intervenants et les responsables des différents organismes partenaires qui soutiennent le programme de formation croisée du sud-ouest de Montréal, tout particulièrement l'Institut Douglas, Le Centre De Crise L'Autre Maison, Le CSSS Verdun-Sud Ouest de Montréal, le Centre Dollard Cormier-Institut Universitaire sur les dépendances, le pavillon Foster et le service de la police de Montréal. Des remerciements spéciaux s'adressent à Marie-Christine Héroux, Renée Veilleux et Hélène Tardif de l'Institut Douglas, qui ont contribué activement au déroulement des formations croisées au cours de leur développement au fil des ans. La description du programme de formation croisée peut être consultée sur le site internet de l'Institut Douglas www.douglas.qc.ca, dans la section Enseignement et formation. Ce travail a été réalisé en partie grâce à une subvention des Instituts de Recherche en Santé du Canada et au financement du programme de la stratégie antidrogue du Canada.

Depuis les années soixante, les étapes successives de désinstitutionalisation ont mené à la fermeture de la plupart des hôpitaux psychiatriques au Québec, de sorte que les services sont dorénavant offerts par des établissements de santé de première et de deuxième ligne. Autrefois centralisée dans les grands établissements psychiatriques, la prestation de services implique maintenant l'articulation entre divers établissements de santé et d'organismes communautaires dont les actions visent à se compléter dans un mode d'intégration horizontale. Ces organismes ont toutefois des structures organisationnelles et des cultures cliniques qui divergent substantiellement, et leurs interventions ne se font pas toujours en harmonie. C'est particulièrement le cas pour les clientèles qui présentent des troubles concomitants puisqu'elles nécessitent des services dispensés par des organismes rattachés à des réseaux différents, tels celui de la santé mentale et de la toxicomanie. Comme ces réseaux se sont développés en parallèle, leur arrimage est souvent fragile et occasionne des bris de continuité dans le traitement. La situation est encore plus critique pour les personnes vulnérables, peu aptes à négocier les services qu'elles requièrent. D'ailleurs, au Québec, tout comme dans l'ensemble du Canada et des États-Unis, l'évaluation des services pour les personnes souffrant de troubles mentaux présente bon nombre de constats similaires : leur difficulté d'accès, leur fragmentation et des problèmes de continuité de soins importants, particulièrement pour les personnes aux prises avec des problèmes de comorbidité qui doivent être suivies dans plus d'un réseau de services (Kirby et al., 2006 ; New Freedom Commission on Mental Health, 2003 ; Swenson et al., 2002).

La tendance actuelle dans l'organisation des services en santé mentale est de viser une meilleure intégration des soins de santé primaires (Kirby et al., 2006 ; ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005 ; Organisation mondiale de la santé, 2001 et 2008). Ces transformations s'ajoutent à celles qui ont déjà été initiées lors de la désinstitutionalisation des services et qui exigent la prise en charge de nouveaux rôles de la part des intervenants. Elles exigent aussi que les intervenants aient accès à des formations adéquates qui leur permettront d'interagir efficacement dans différents organismes et réseaux de services. Le modèle de formation croisée semble pertinent dans la réponse à ce besoin. Il sera présenté ici à partir des études les plus récentes et sa description sera complétée par la présentation du modèle qui a été développé pour les réseaux de la santé mentale et de la toxicomanie du sud-ouest de Montréal.

Formation croisée et travail d'équipe

Avant de traiter du fonctionnement inter-organisationnel, il convient d'examiner les pratiques identifiées dans les formations croisées qui se rapportent au travail d'équipe. Initialement, c'est en milieu militaire que la recherche sur les composantes du travail d'équipe a été l'une des plus marquées (Beaubien et al., 2003). Le partage des tâches entre les membres d'un groupe y est considéré comme crucial dans l'accomplissement d'activités à « haut risque ». À cet effet, la formation à la coordination d'équipe, la formation à l'autocorrection et la formation croisée figurent parmi celles qui sont les plus pertinentes pour « l'exportation » vers d'autres secteurs de pratique.

La formation par autocorrection reprend des étapes que les équipes utilisent naturellement pour revoir leurs performances passées : identifier les erreurs, discuter des possibilités pour remédier à une situation et planifier une stratégie pour l'avenir. Les habiletés à la coordination visent à former les membres d'un groupe sur le processus à la base du travail en équipe, de même que sur les compétences nécessaires au succès des tâches à accomplir dans un environnement particulier. L'autocorrection (*team self-correction training*), l'exposition au stress et à sa résolution et l'apprentissage par scénario peuvent s'adresser à la fois à un individu ou à une équipe (Day et al., 2004).

La formation croisée, quant à elle, introduit le partage des informations à travers les différents rôles possibles dans les tâches, les situations et les positions occupées par les autres coéquipiers ; de la même manière, l'approche incite à la compréhension de l'interdépendance, des rôles et des responsabilités par l'application des techniques de clarification, d'observation et de rotation positionnelle (Beaubien et al., 2003).

En ce qui a trait à l'évaluation des différentes approches mises de l'avant dans le champ de la formation, c'est l'impact sur la performance et la viabilité des équipes qui a principalement été documenté (Ilgen et al., 2005). Par ailleurs, plusieurs autres aspects sont maintenant à prendre en compte dans l'évaluation des formations, tels que les réactions qu'elles engendrent, l'apprentissage acquis, les comportements résultant de l'acquisition de nouvelles connaissances et, enfin, leur impact sur l'efficacité de l'organisation (Burke et al., 2004).

Dans le cadre d'une méta-analyse, Salas et al. (2007) ont identifié trois stratégies de formation en comparant diverses études empiriques. De manière générale, la formation croisée, la formation à la coordination dans les équipes et l'entraînement à l'autocorrection, démontrent

tous un effet bénéfique sur la performance dans les équipes où ces stratégies ont été expérimentées. Parmi les différentes variables analysées, ce sont celles qui contribuent à améliorer la coordination des équipes qui figurent comme élément principal pour améliorer la performance des équipes. En conséquence, comme la formation croisée comporte ces deux stratégies, elle semble bien adaptée pour améliorer les interventions dans un système complexe comme celui de la santé mentale.

Formation croisée et santé mentale

Dans le développement des programmes et des systèmes qui visent le soutien à la clientèle aux prises avec un trouble concomitant (santé mentale et toxicomanie), la formation croisée figure parmi les « meilleures pratiques », et cela, au même titre que l'éducation permanente et le développement de programmes d'enseignement officiels et accrédités (Santé Canada, 2002).

De fait, la formation croisée consiste en une stratégie d'apprentissage composée d'une suite de techniques interreliées (clarification positionnelle, observation positionnelle, rotation positionnelle) qui favorisent l'émergence de connaissances interpositionnelles pour chacun des partenaires impliqués (*imparting interpositional knowledge ; IPK*). À la base, l'approche est principalement conçue pour former des équipes en milieu de travail. Dans cette perspective, la clarification positionnelle vise à transmettre une compréhension de son rôle à chaque membre d'une équipe, l'observation positionnelle vise l'ajout d'une composante d'observation à la discussion sur les rôles et responsabilités des membres de l'équipe et la rotation positionnelle combine la présentation et l'observation avec la pratique des tâches et responsabilités des membres d'une équipe (Stagl et al., 2007).

Le partage d'un « modèle mental » par les membres d'une équipe constitue l'un des aspects le mieux documenté du processus de formation croisée (Cooke et al., 2000). Le partage de « modèles mentaux » (*shared mental models*) résulte de l'émergence d'états cognitifs sous forme de connaissances structurées. Ces représentations de la réalité entrent en action lorsque les membres d'une équipe en viennent à anticiper le besoin et les actions nécessaires pour se coordonner avec les autres membres de leur équipe (Mathieu et al., 2000). Dans cette perspective, le partage des « modèles mentaux » peut être utilisé pour comprendre et améliorer la manière dont les membres reconnaissent, intègrent et appliquent l'information pour prendre des décisions.

Une autre innovation dans la pratique de la formation croisée est la rotation positionnelle entre différentes équipes. Si elle enrichit autant la

personne en formation que l'organisation, il semble qu'elle améliore également la flexibilité chez le personnel impliqué. À un niveau plus élevé dans la hiérarchie, elle renforcerait le sentiment d'appartenance en même temps qu'elle faciliterait la compréhension de la dynamique organisationnelle. Enfin, pour les employés plus expérimentés, la rotation pourrait avoir un apport supplémentaire: en acquérant une meilleure compréhension de l'organisation, les décisions à prendre peuvent être meilleures. Par contre, elle comporte un désavantage. Il s'agit du stress qui est induit chez les personnes qui suivent la formation lorsqu'elles doivent mettre en pratique de nouvelles connaissances rapidement, ou encore si elles ne bénéficient pas d'un support adéquat dans les milieux faisant l'objet des formations (École nationale d'administration publique, 1998).

De façon générale, les techniques utilisées en formation croisée visent à favoriser le partage d'une vision commune, d'une compréhension des rôles de chacun et de la capacité d'interagir efficacement en contexte de situations prévues ou imprévues. Ces objectifs semblent des plus pertinents pour le contexte de transformation dans lequel œuvrent les intervenants en santé mentale, qu'ils soient rattachés à des organismes de première ligne ou à des établissements spécialisés.

Un exemple de formation croisée : le programme d'échange en santé mentale et toxicomanie du sud-ouest de Montréal

Dans un territoire caractérisé par un système de soins fragmentés (Perreault et al., 1996), la nécessité d'améliorer la continuité des soins avait été soulevée à maintes reprises à la table de concertation du sud-ouest, une instance qui regroupe les principaux acteurs qui œuvrent en santé mentale. Mandatés par cette table, des représentants des Centres locaux de services communautaires (CLSC), des organismes communautaires et de l'hôpital psychiatrique ont proposé des rotations positionnelles pour faciliter la collaboration entre leurs établissements respectifs. Après deux années d'existence, les intervenants et responsables de programmes ont demandé d'élargir cette initiative en y intégrant les ressources en toxicomanie desservant le territoire. Cette démarche avait pour but d'améliorer la réponse aux besoins cliniques des personnes aux prises avec des troubles concomitants qui doivent négocier des services dans deux réseaux de soins distincts. Pour illustrer cette situation, voici une vignette clinique (basée sur un cas réel) qui a fait l'objet d'échanges lors d'un des ateliers d'échanges du programme).

Denise est une femme de 30 ans qui est travailleuse du sexe. Elle a de fortes tendances à l'automutilation depuis l'âge de 10 ans. Elle

consomme depuis 16 ans de l'héroïne, de la coke, du crack, du « crystal » et de la marijuana. Elle manifeste aussi beaucoup d'agressivité envers son entourage lorsqu'elle est intoxiquée. Ayant proféré des menaces à des passants en se promenant, elle a été arrêtée par des policiers. Elle a été violente envers eux lors de son arrestation. Ayant déjà été suivie en psychiatrie et étant jugée « très suicidaire » par la suite, les ambulanciers l'ont conduite à l'urgence de l'hôpital psychiatrique. Elle a déjà suivi des cures de désintoxication dans un hôpital général du centre-ville. Elle a par la suite été admise au programme de méthadone à bas seuil du centre-sud avant d'être suivie par une travailleuse sociale du CLSC de Verdun. Elle est ensuite référée au centre de crise par l'urgence de l'hôpital psychiatrique. On note alors la présence d'impulsions suicidaires et d'automutilation et aussi le fait qu'elle ne souhaite pas retourner à la ressource pour jeunes où elle habitait.

Le grand nombre de ressources impliquées auprès de Denise, leur localisation dans différents territoires, leur affiliation à différents réseaux de services et le fait qu'elles doivent fréquemment intervenir en situation d'urgence, augmentent les possibilités de bris dans la continuité des services qu'elle reçoit. Le programme a permis de regrouper des intervenants de chacun des organismes concernés (incluant les policiers) dans des échanges qui visent à améliorer la connaissance des différents réseaux impliqués, des actions qui y sont menées et des moyens pour y accéder. Ils représentent la première étape pour faciliter une meilleure collaboration inter-organisationnelle.

Le programme de formation croisée a été développé afin d'améliorer la continuité des services (Perreault et al., 2005). À ce jour, l'expérience du sud-ouest de Montréal a permis de réaliser une série de trois rotations de personnel et de trois sessions de formation conjointes avec des ateliers et des conférences. Alors que les rotations de personnel ont constitué une partie importante des trois premières formations organisées, la clarification positionnelle a été utilisée dans les journées de formation en « ateliers conjoints » plus récents, pour favoriser l'émergence d'un cadre commun de connaissances dans le domaine de la santé mentale et de la toxicomanie.

Le programme du sud-ouest de Montréal a donc évolué depuis ses débuts en 2003. Il représente une adaptation de différents principes reliés à la formation croisée en fonction des besoins du milieu. Il sera ici décrit en fonction des meilleures pratiques en ce domaine.

L'expérience du sud-ouest de Montréal à la lumière des « meilleures pratiques » en formation croisée

Dans leur liste des meilleures pratiques à privilégier dans la formation au travail d'équipe, Stagl et al. (2007) mettent l'accent sur une ouverture à la diversité des éléments qui peuvent être considérés dans l'organisation d'une formation croisée. Ces auteurs soulignent aussi les possibilités de cette approche pour favoriser l'émergence d'un modèle mental partagé entre les participants.

Meilleure pratique 1 : « Préparer la formation en puisant les informations nécessaires à partir de sources diversifiées »

Le contenu des formations a évolué au fil des six expériences réalisées entre 2003 et 2008. Pour chacune d'entre elles, ce sont les ressources du milieu qui ont orienté à la fois le contenu et la manière dont les formations ont été organisées. Par la suite, une étude de besoins auprès de quinze informateurs-clés des réseaux de services impliqués a permis de guider le choix des thèmes et de la formule retenue pour les ateliers conjoints.

La réponse aux besoins exprimés s'est aussi traduite par une évolution du programme dès 2005, de manière à couvrir les réseaux de la toxicomanie et de la sécurité publique, tel que demandé par les intervenants et responsables de programmes impliqués dans les rotations de personnel. Des rencontres pour favoriser les échanges entre les milieux dans l'amélioration de la continuité des soins à la clientèle ciblée, de même que des présentations scientifiques ont été mises en place pour compléter les démarches.

Meilleure pratique 2 : « Concevoir la formation de sorte qu'elle serve de levier aux méthodes basées sur l'information, les démonstrations et/ou les pratiques »

Différentes formules ont été adaptées au fil du programme de formation. Trois des expériences ont consisté en des rotations de personnel entre les organismes impliqués : les participants n'ont pas eu à adopter les rôles de leurs collègues partenaires, mais le fait d'être présent dans un milieu différent a permis de mettre en pratique l'*observation interpositionnelle* au lieu de la rotation positionnelle. La première session, tenue au printemps 2003, regroupait quatorze équipes en santé mentale des CLSC, de ressources communautaires et de l'Institut Douglas. Deux autres sessions de stages ont été développées, la première à l'hiver 2004 (18 équipes) et la seconde au printemps 2005 (25 équipes), où des équipes en toxicomanie ont pour la première fois

été impliquées (voir Tableau 1). Au cours de ces rotations de personnel, les membres des équipes ont été sensibilisés aux rôles et aux tâches inhérentes aux autres organisations que celles à laquelle ils appartiennent, en échangeant leurs lieux de travail respectifs. L'évaluation de la démarche, effectuée par l'entremise de *focus groups* et d'un questionnaire auprès de soixante-douze (72) intervenants qui ont participé aux rotations, indique que leurs connaissances des ressources impliquées se sont améliorées, de même que celles des rôles et des tâches des travailleurs avec qui ils doivent interagir (Perreault, 2006).

Tableau 1
**Organismes qui participent
 aux rotations positionnelles (2003-2005)**

	Organismes communautaires en santé mentale²	Établissement psychiatrique¹	Établissements œuvrant en toxicomanie³
2003	6 ressources alternatives 4 CLSC 1 centre de crise	4 centres d'activités	—
2004	5 ressources alternatives 4 CLSC 1 centre de crise	8 centres d'activités	—
2005	5 ressources alternatives 3 CLSC 1 centre de crise	8 centres d'activités	2 centres de réadaptation 1 organisme communautaire

1. Incluant pour chaque session : l'urgence, des cliniques externes, des unités d'admission et au moins un des hôpitaux de jour de l'Institut Douglas.

2. Incluant le centre crise L'autre Maison, un organisme partenaire du projet, pour chacune des sessions.

3. Les deux principaux centres de réadaptation en toxicomanie de la région de Montréal (Centre Dollard-Cormier et Pavillon Foster) se sont joints au projet à partir de 2005.

Suivant les rotations de personnel, les ateliers conjoints ont réuni dans un même lieu, des intervenants de différentes organisations afin de favoriser des échanges sur la résolution de situations vécues par le milieu, à partir de discussions de vignettes accompagnées de conférences d'experts. Chaque session a réuni un peu plus de cent cinquante (150) intervenants en provenance d'une cinquantaine d'organismes, dont les deux tiers œuvraient en santé mentale (voir Tableau 2). Ces journées de

formation communes ont été organisées en 2007 et 2008 entre les diverses ressources en santé mentale et en toxicomanie desservant la clientèle du sud-ouest de Montréal. Chacune de ces sessions a abordé des thèmes identifiés lors d'une étude de besoins menée auprès d'informateurs clés des réseaux impliqués (fonctionnement des différents réseaux de services, diagnostic des troubles psychiatriques et dépistage des troubles de toxicomanie, gestion des risques de comportement violent).

Tableau 2
Distribution des participants aux trois ateliers conjoints en fonction du type d'organisme où ils travaillent (2007-2008)

	Janvier 2007		Avril 2007		Mai 2008	
Organisme rattaché au réseau...	(n)	%	(n)	%	(n)	%
De la Santé mentale	87	58,2	66	46,9	62	33,7
De la Toxicomanie	21	13,9	36	25,8	55	29,5
De Santé primaire (Centre de Santé et de Services sociaux ¹ (CSSS) et hôpitaux généraux)	23	15,2	32	22,7	23	12,6
De la sécurité publique ²	10	6,3	1	0,8	10	5,3
Universitaire	2	1,3	2	1,5	8	4,2
Autres	7	5,1	3	2,3	27	14,7
TOTAL	150		140		185	

1. Incluant les CLSC.

2. Incluant différents postes de de quartier du Service de Police de la ville de Montréal.

Meilleure pratique 3 : « Utiliser la formation croisée pour encourager les connaissances interpositionnelles (partage de modèle mental dans les interactions d'équipes) »

Initialement, des lacunes au niveau de l'organisation des services, de la communication entre les partenaires et des modalités de traitement ont été identifiées dans la trajectoire de services des personnes aux prises avec un trouble concomitant de santé mentale et toxicomanie. À cet effet, l'ensemble des formations organisées ont amené un niveau

d'échange croissant de rencontre en rencontre, d'abord sur la continuité des soins puis sur des thématiques de santé mentale en conjonction avec des problèmes de toxicomanie. Une progression de cette thématique s'observe lors des trois dernières journées de formation organisées, passant des différents réseaux de services et leur interface (janvier 2007), au dépistage et au diagnostic des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie (avril 2007), et à la gestion des risques de comportement violent de personnes atteintes de troubles concomitants (mai 2008).

Meilleure pratique 4 : « Considérer les avantages et les désavantages associés à chacune des techniques de formations croisées en tenant compte des objectifs poursuivis et des contraintes de l'environnement, en ce qui a trait à la clarification positionnelle, l'observation positionnelle et la rotation positionnelle »

Dans l'ensemble des journées organisées, les techniques ont été ajustées en fonction des objectifs poursuivis. En premier lieu, les besoins exprimés indiquaient clairement une volonté de mieux comprendre les rôles d'autres organisations dans un contexte de continuum de services, en étant présent dans les milieux visés pour saisir le contexte dans lequel les interventions se déroulaient : la rotation de personnel a été adoptée comme stratégie de formation. En second lieu, les journées de formation basées sur les échanges en atelier ont reflété l'utilisation de la clarification positionnelle du rôle de chacun par les discussions à partir de vignettes fondées sur des cas réels où l'on décrivait des personnes en besoin d'intervention. Ces échanges ont facilité la compréhension du rôle de chaque organisation dans leurs orientations respectives.

Meilleure pratique 5 : « Revoir l'évaluation accordée à la notion de performance pour tenir compte des effets nuancés liés au processus tel qu'il a été suivi et à l'état initial des équipes avant la formation »

Les commentaires des participants aux formations indiquent un niveau de satisfaction élevé pour la pertinence des thèmes et des techniques adoptées afin de favoriser les interactions entre les intervenants de différents milieux (rotations, ateliers de discussion, présentations scientifiques) (Perreault et al., 2007). Pour les ateliers de discussion, les dimensions les plus appréciées se rapportent à la multidisciplinarité des participants, aux contacts et échanges rendus possibles par les discussions de cas en groupe et à l'accès à de nouvelles informations (Perreault et al., 2008). L'examen de l'ensemble des activités qui ont été mises en place dans le cadre de ce programme indique que, de formation en formation, le nombre de participants a augmenté particulièrement en provenance des

ressources en toxicomanie, qui est passé de 13,9 % des participants à la session de janvier 2007 à 29,5 % à la session de mai 2008. Cet apport enrichit la qualité des échanges lors des ateliers et lors de l'ensemble des activités de formation croisée. Il démontre une certaine volonté d'approfondir, en collaboration avec les autres ressources du même réseau, la manière d'intervenir auprès d'une clientèle en santé mentale.

La synthèse des principaux constats entre les meilleures pratiques en formation croisée et les composantes de l'expérience du sud-ouest de Montréal qui y correspondent est présentée au Tableau 3.

Tableau 3
**Formation croisée : meilleures pratiques
 et expérience du sud-ouest de Montréal**

Meilleures pratiques en formation croisée (Stagl et al., 2007)	Expérience en santé mentale dans la région du sud-ouest de Montréal
(1) Préparer la formation en puisant les informations nécessaires à partir de sources diversifiées	<ul style="list-style-type: none"> • Les ressources du milieu ont orienté le contenu et l'organisation des formations. • Six rencontres ont favorisé les échanges entre les milieux dans l'exploration de la continuité des soins à la clientèle ciblée. • Des présentations scientifiques couvrant certains aspects tel celui de l'intervention après d'une clientèle associée à des troubles concomitants ont été effectuées.
(2) Concevoir la formation de sorte qu'elle serve de levier aux méthodes basées sur l'information, les démonstrations et/ou les pratiques	<ul style="list-style-type: none"> • Trois des expériences ont consisté en des rotations de personnel entre les organismes impliqués : les rôles n'ont pas été interchangés, mais le fait d'être présent dans un milieu différent a permis de mettre en pratique ce qui peut être qualifiée d'<i>observation interpositionnelle</i>. • Trois expériences subséquentes ont réuni des intervenants de différentes organisations pour des échanges portant sur la résolution de situation vécue par le milieu à partir de vignettes. • Des présentations scientifiques ont été ajoutées aux présentations des vignettes.
(3) Utiliser la formation croisée pour encourager les connaissances interpositionnelles (partage de modèle mental dans les interactions d'équipes)	<ul style="list-style-type: none"> • L'ensemble des formations organisées ont, de rencontre en rencontre, amené un niveau d'échange différent ; <ul style="list-style-type: none"> – d'abord sur la continuité des soins, – puis sur des thématiques de santé mentale en conjonction avec des problèmes de toxicomanie.

Meilleures pratiques en formation croisée (Stagl et al., 2007)	Expérience en santé mentale dans la région du sud-ouest de Montréal
(4) Considérer les pour et les contre associés à chaque technique de formation croisée en tenant compte des objectifs poursuivis et des contraintes de l'environnement, en ce qui a trait à la clarification positionnelle, l'observation positionnelle et la rotation positionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Les techniques ont été ajustées en fonction des objectifs poursuivis dans le cadre des formations. • Les besoins exprimés indiquaient une volonté de mieux comprendre les rôles des autres organisations dans un contexte de continuum de services : la rotation de personnel a été adoptée comme méthode de formation. • Les échanges en atelier ont reflété l'utilisation de la clarification positionnelle du rôle de chacun dans un continuum de services et celle de l'observation positionnelle dans la compréhension du rôle de chaque organisation dans leurs orientations respectives.
(5) Revoir l'évaluation accordée à la notion de performance pour tenir compte des effets nuancés liés au processus tel qu'il a été suivi et à l'état initial des équipes avant la formation	<ul style="list-style-type: none"> • Les participants indiquent un niveau de satisfaction élevé quant à la pertinence des thèmes et des techniques adoptées pour favoriser les interactions entre les intervenants de différents milieux (rotations, ateliers de discussion, présentations scientifiques). • Les données sur les participants indiquent que, de formation en formation, leur nombre a augmenté. • De manière similaire, le nombre d'organismes présents a augmenté au fil des formations.

Discussion

L'intégration des services dispensés par différents réseaux pour les personnes qui souffrent de troubles de santé mentale impose de nouveaux rôles aux intervenants concernés, tout spécialement lorsqu'ils travaillent auprès de personnes qui souffrent de troubles concomitants. La formation est cruciale pour les amener à optimiser leur intervention. La formation croisée apparaît parmi différents types de formation, comme pertinente pour favoriser à la fois l'acquisition de connaissances sur les différentes problématiques en cause et sur les moyens d'intervenir. Elle s'avère aussi utile pour soutenir une meilleure articulation des services lorsqu'ils sont constitués dans un contexte d'intégration horizontale.

Le modèle de formation croisée a été retenu, au départ, pour faciliter l'intégration entre les services dispensés par l'hôpital psychiatrique, ceux des CLSC et ceux des ressources alternatives dans le sud-ouest de Montréal. Le modèle fut aussi étendu de manière à inclure les réseaux de la toxicomanie et la sécurité publique. Depuis les débuts de ce

programme piloté à l'Institut Douglas, une expérience a aussi été initiée à Trois-Rivières (Picher et al., 2007), et la Fédération des Centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes du Québec (FCRPAT) en a fait son modèle de référence pour le traitement des personnes ayant des troubles de santé mentale et de toxicomanie. Ces initiatives visent à contrer la tendance des services en santé mentale, en alcoolisme et toxicomanie à opérer de façon isolée et souvent, à partir d'idéologies thérapeutiques incompatibles. Dans cette perspective, l'expérience du sud-ouest de Montréal, qui regroupe simultanément les services des différents réseaux, permet d'illustrer l'application des meilleures pratiques en formation croisée et la manière dont le modèle a pu être adapté en fonction des besoins exprimés par le milieu.

En général, les meilleures pratiques énoncées en formation croisée le sont en fonction d'équipes au sein d'une même organisation. L'expérience du sud-ouest de Montréal a permis d'adapter cette approche pour faciliter l'acquisition de nouvelles connaissances. Les ajustements apportés à la formation selon le contexte de continuité des services en santé mentale ont en effet permis d'augmenter les interactions entre des intervenants de différents milieux. Par ce type de formation, ils mettent en commun leurs perceptions dans l'atteinte d'une visée commune : intervenir auprès d'une personne aux prises avec des difficultés en santé mentale et en toxicomanie. Les discussions basées sur des vignettes ont permis d'aborder, directement ou indirectement, les rôles respectifs des participants, et celui de l'organisation qu'ils représentent. Cet échange d'information a offert une meilleure compréhension de la complémentarité des services dans la mesure où l'attention était centrée sur la personne en difficulté auprès de qui il fallait « intervenir » au cours des ateliers.

La rotation positionnelle telle employée au cours de ce programme de formation, a également fait l'objet d'une adaptation supplémentaire. Alors qu'à l'origine, les rotations positionnelles consistent en des changements de rôles au sein d'une même équipe, cette démarche a été actualisée différemment pour ce programme. Comme une multitude d'organismes sont impliqués dans le traitement de la clientèle ciblée, et que la diversité et la complexité des tâches dans chaque organisation rendaient impossible la mise en pratique intégrale de la rotation positionnelle, des stages entre différents organismes ont été effectués. Cette formule se distingue des rotations positionnelles généralement décrites dans la littérature, et il est suggéré d'utiliser une terminologie différente pour la désigner. Il est suggéré d'utiliser le terme « observation interpositionnelle » pour décrire la fonction du participant durant son stage (celle d'observateur) qui s'exerce dans un milieu autre que celui de son

propre établissement ou organisme au cours du stage (« l'interpositionnement »).

Malgré l'intérêt certain suscité par le modèle et l'adaptation qui en a été faite, l'évaluation de la formation croisée demeure un domaine qui nécessite beaucoup de développement. Il s'agit d'une tâche complexe qui l'est possiblement encore plus que l'évaluation des autres modèles de formation, compte tenu des différents niveaux de connaissances dont elle vise l'acquisition. Les taux élevés de participation et l'appréciation des participants observés au cours des formations menées à l'Institut Douglas ne sauraient à eux seuls témoigner de l'impact de ce type de formation. En effet, l'appréciation favorable d'une activité de formation n'est pas nécessairement reliée à l'acquisition de connaissances ciblée (Burke et al., 2004). Il importe d'évaluer de manière systématique les différents effets de ce type de formation, non seulement à court terme en fonction des réactions des participants, mais aussi à long terme en se basant sur les modifications apportées dans leur mode de travail.

Enfin, l'adaptation du modèle effectuée lors de l'évolution du programme du sud-ouest de Montréal a regroupé trois réseaux de services ayant une culture, un fonctionnement, des moyens et des objectifs fort différents. Cette expérience témoigne de la valeur du modèle de formation croisée lorsqu'il est appliqué avec souplesse et en fonction des besoins et demandes des principaux partenaires.

Une application de ce modèle pourrait être considérée pour consolider l'interface entre d'autres réseaux que ceux de la santé mentale et de la toxicomanie et pour d'autres clientèles vulnérables. On pourrait, par exemple, améliorer les liens entre les réseaux de la santé mentale et de la toxicomanie en y adjoignant le réseau de la santé publique, et ce plus particulièrement pour les jeunes à risque, une clientèle où les programmes de prévention et d'intervention mériteraient une plus grande complémentarité. Les jeunes souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie pourraient sûrement profiter d'une meilleure intégration des efforts déployés par ces trois réseaux de services. Ce type d'initiative pourrait certainement renforcer le partenariat autour d'une programmation dans une perspective de prévention auprès des jeunes dans la communauté.

En somme, le modèle présente un fort potentiel d'application pour différentes thématiques qui impliquent des clientèles dont les réseaux de services sont très peu intégrés. Dans le contexte d'intégration horizontale des services impliquant la santé mentale au Québec, il n'est donc pas si surprenant de constater sa popularité grandissante pour des clientèles qui présentent des problématiques multiples.

Références

- BEAUBIEN, J. M., BAKER, D. P., HOLTZMAN, A. K., 2003, *How Military Research can Improve Team Training Effectiveness in other High-risk Industries*, Paper presented at the 45th Annual Conference of the International Military Testing Association, Pensacola, Florida.
- BURKE, C. S., SALAS, E., WILSON-DONNELLY, K., PRIEST, H., 2004, How to turn a team of experts into an expert medical team : guidance from the aviation and military communities, *Quality and Safety in Health Care*, 13 Suppl 1, 96-104.
- COOKE, N. J., CANNON-BOWERS, J. A., KIEKEL, P. A., RIVERA, K., STOUT, R. J., SALAS, E., 2000, *Improving Teams' Interpositional Knowledge through Cross Training*, Paper presented at the Proceedings of the XIVth Triennial Congress of the International Ergonomics Association and 44th Annual Meeting of the Human Factors and Ergonomics Association, Ergonomics for the New Millennium, San Diego, CA.
- DAY, D. V., GRONN, P., SALAS, E., 2004, Leadership capacity in teams, *Leadership Quarterly*, 15, 6, 857-880.
- ÉCOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION PUBLIQUE, 1998, *Séminaire sur les méthodes d'enseignement*, La didacthèque internationale en management public.
- GOLD, P. B., GLYNN, S. M., MUESER, K. T., 2006, Challenges to implementing and sustaining comprehensive mental health service programs, *Evaluation and the Health Professions*, 29, 2, 195-218.
- ILGEN, D. R., HOLLENBECK, J. R., JOHNSON, M., JUNDT, D., 2005, Teams in organizations : from input-process-output models to IMO models, *Annual Review of Psychology*, 56, 517-543.
- KIRBY, M. J. L., KEON, W. J., 2006, *De l'ombre à la lumière, La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*, Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.
- KIRBY, M. J. L., KEON, W. J., 2006, *Out of the Shadows at Last—Transforming Mental Health, Mental Illness and Addiction Services in Canada*, The Standing Senate Committee and Social Affairs, Science and Technology.
- MATHIEU, J. E., HEFFNER, T. S., GOODWIN, G. F., SALAS, E., CANNON-BOWERS, J. A., 2000, The influence of shared mental models on team process and performance, *Journal of Applied Psychology*, 85, 2, 273-283.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2005, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 — La force des liens*, Gouvernement du Québec.

- NEW FREEDOM COMMISSION ON MENTAL HEALTH, 2003, *Achieving the Promise : Transforming Mental Health Care in America, Final Report* (DHHS Pub. No. SMA-03-3832), Rockville, MD.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2001, *Rapport sur la santé dans le monde 2001 — la santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Genève, Suisse.
- PERREAU, M., 2006, *Integration of Psychiatric and Substance Abuse Services for Persons with Dual Diagnosis: Assessment of a Cross Training Program Involving Exchanges of Personnel in Montréal, Canada*, Paper presented at the European Network for Mental Health Evaluation (ENMESH) annual conference, Lund, Sweden.
- PERREAU, M., BONIN, J. P., BROWN, T. G., FLEURY, M.-J., 2007, *Évaluation d'un programme novateur de formation croisée dans le contexte de continuité des services pour troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie*, Institut Douglas, rapport d'étape présenté aux Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).
- PERREAU, M., BONIN, J. P., BROWN, T. G., FLEURY, M.-J., 2008, *Évaluation d'un programme novateur de formation croisée dans le contexte de continuité des services pour troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie*, Institut Douglas, rapport final présenté aux Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).
- PERREAU, M., BONIN, J. P., VEILLEUX, R., ALARY, G., FERLAND, I., 2005, *Expérience de formation croisée dans un contexte d'intégration des services en réseau dans le sud-ouest de Montréal*, *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 24, 1, 35-49.
- PERREAU, M., TARDIF, H., TÉODORI, J., TROTTIER, J., PECKNOLD, J., HETHERINGTON, K., 1996, *Analyse de l'utilisation des services lors de situations de crise par des personnes souffrant de troubles sévères et persistants de santé mentale dans la région du sud-ouest de Montréal*, rapport de recherche déposé à la Régie régionale de Montréal-Centre, Institut Douglas.
- PICHER, F., BERTRAND, K., MÉNARD, J.-M., 2007, *L'intégration des services aux personnes présentant un trouble concomitant en Mauricie-Centre-du-Québec : un projet innovateur de formation croisée*, Journées bi-annuelles de santé mentale, Montréal.
- SALAS, E., NICHOLS, D. R., DRISKELL, J. E., 2007, *Testing three team training strategies in intact teams : A meta-analysis*, *Small Group Research*, 38, 4, 471-488.
- SANTÉ CANADA, 2002, *Meilleures pratiques — Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*, *Journal*, Retrieved from

www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/adp-apd/bp_disorder-mp_concomitants/index-fra.php

STAGL, K. C., SALAS, E., BURKE, C. S., 2007, Best practices in team leadership : What team leadership does to facilitate team effectiveness, in Conger, J.A., Riggio, R.E., eds., *The Practice of Leadership : Developing the Next Generation of Leaders*, Jossey-Boss, San Francisco.

Stagl, K. C., Salas, E., Fiore, S. M., 2007, Best practices in cross training teams, in Nembhard. D.A., ed., *Workforce Cross Training Handbook*, CRC Press, Boca Raton, Florida.

Swenson, J. R., Bradwejn, J., 2002, Mental health reform and evolution of general psychiatry in Ontario, *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 7, 644-651.

World Health Organisation, 2008, *Integrating Mental Health into Primary Care : A Global Perspective*. WHO et WONCA, Genève, Suisse.

ABSTRACT

Cross training program in Montréal's south west: Best practices and training in a context of continuum of services in mental health care and addiction treatment

This article presents the cross training program in Montreal's south-west. The authors underline that the context of post-deinstitutionalization and mental health service integration impose new roles to professionals who work within these different networks of services. Cross training thus appears as a model that is particularly adapted to their needs in order to optimize their interventions. The model is presented with a review of the most recent studies and is illustrated with the cross training program, a model developed by the networks of mental health care and addiction treatment in Montreal's south-west. The program's applications are examined for other networks of care and services.

RESUMEN

El programa de formación cruzada del suroeste de Montreal: mejores prácticas y formación en el contexto del continuo de los servicios de salud mental y toxicomanía

Este artículo presenta el programa de formación cruzada del suroeste de Montreal. Los autores estiman que el contexto de posdesinstitucionalización e integración de los servicios de salud mental impone roles nuevos a los interventores que laboran en las diversas redes de

servicios. La formación cruzada parece por consiguiente un modelo particularmente adaptado a sus necesidades para optimizar sus intervenciones. El modelo es presentado a partir de los estudios más recientes y es ilustrado por medio del programa de formación cruzada, un modelo desarrollado para las redes de salud mental y toxicomanía en el suroeste de Montreal. Se exploran sus aplicaciones para otras redes.

RESUMO

Programa de formação cruzada do sudeste de Montreal: melhores práticas e formação no contexto da manutenção dos serviços em saúde mental e em toxicomania

Este artigo apresenta o programa de formação cruzada do sudoeste de Montreal. Os autores acreditam que o contexto de pós-desinstitucionalização e de integração dos serviços em saúde mental impõe novos papéis aos intervenientes que trabalham nas diferentes redes de serviços. A formação cruzada demonstra ser, então, um modelo especialmente adaptado a suas necessidades a fim de otimizar suas intervenções. O modelo é apresentado a partir dos estudos mais recentes e é ilustrado pelo programa de formação cruzada, um modelo desenvolvido para as redes da saúde mental e da toxicomania no sudoeste de Montreal. Suas aplicações são exploradas para outras redes.