



Mental Health
Commission
of Canada

Commission de
la santé mentale
du Canada

Le modèle de financement autogéré fonctionne-t-il dans le domaine de la santé mentale?

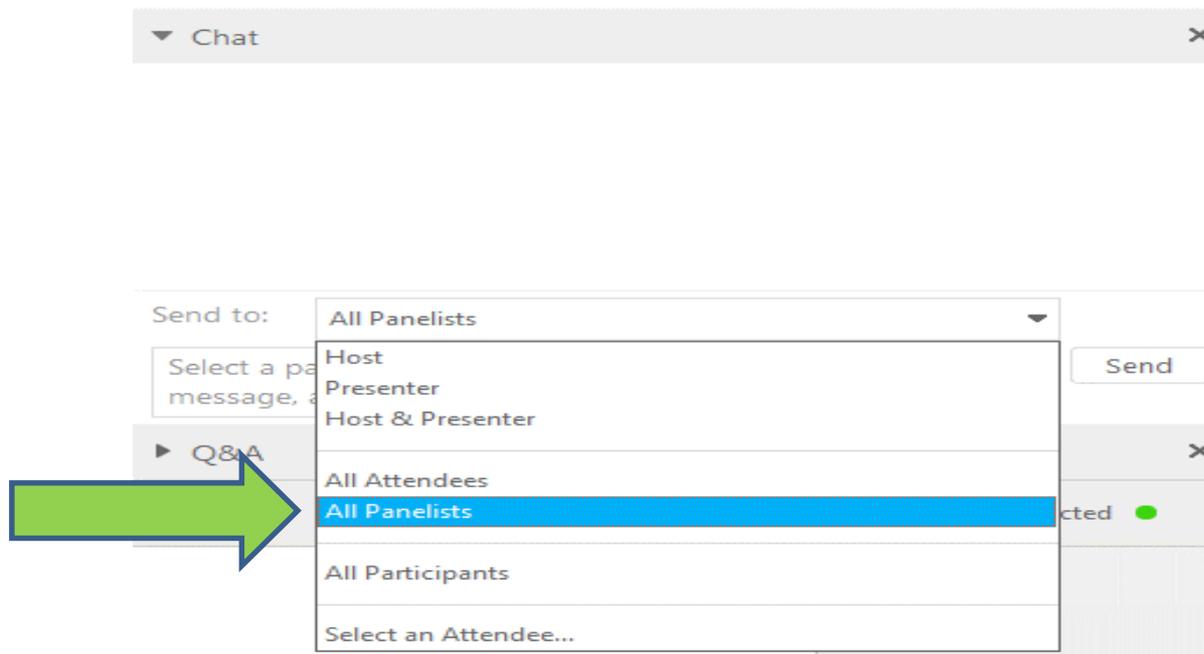
#CSMCMVivreEtEspérer

 @MHCC_  /theMHCC  /Mental Health Commission of Canada

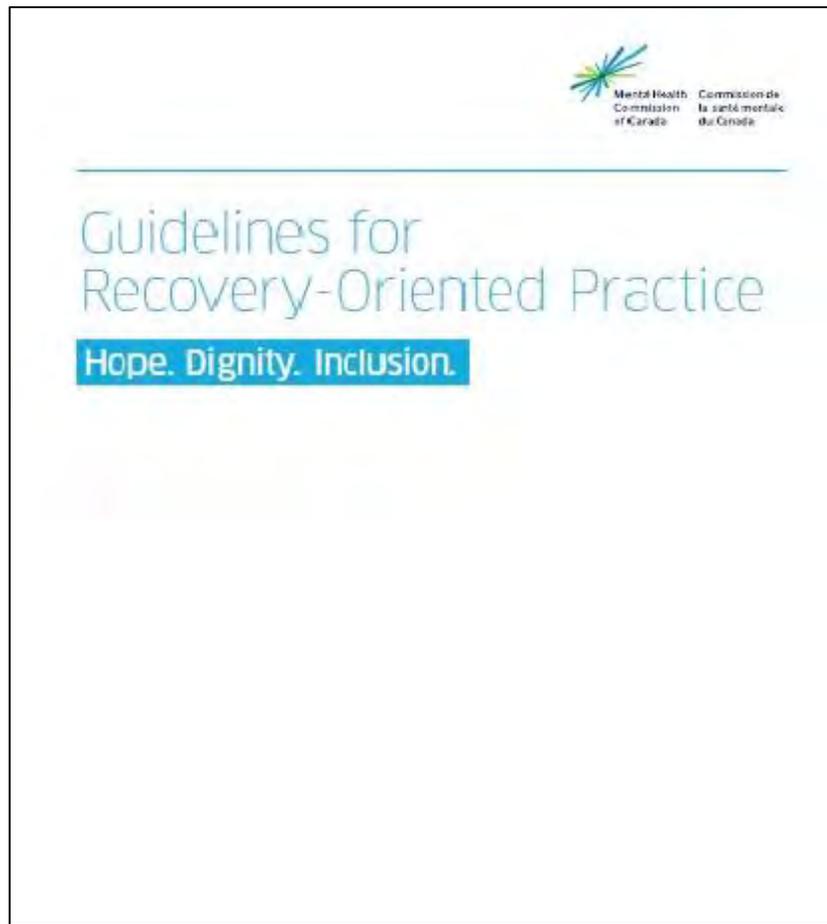
 @theMHCC  /1MHCC

Le 7 juin 2017

Important! Envoyez vos questions et commentaires à « tous les panélistes ».



Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement



Le *Guide de référence* a été publié en juin 2015 afin de fournir un document complet pour comprendre la pratique axée sur le rétablissement et promouvoir une application cohérente des principes visant le rétablissement dans l'ensemble du Canada.

<http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/initiatives/11869/guide-de-reference-pour-des-pratiques-axees-sur-le-retablissement>

Les six dimensions d'une pratique axée sur le rétablissement

1. Promouvoir une culture et un langage empreints d'espoir et d'optimisme
2. Le rétablissement, par et pour la personne
3. Le rétablissement se produit dans le contexte de la vie
4. Répondre aux besoins diversifiés de toute personne vivant au Canada
5. Travailler avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis
6. Le rétablissement passe par la transformation des services et des systèmes

Présentateurs



Mental Health
Commission
of Canada

Commission de
la santé mentale
du Canada



**Bevin Croft, députée provinciale,
Ph. D.**

Human Services Research Institute



Kevin Mahoney, Ph. D.

Professeur, Boston College School of Social Work
Directeur fondateur du National Resource Center
for Participant-Directed Services



Human Services
Research Institute



L'autodétermination en santé mentale aux États-Unis

Bevin Croft, députée provinciale, Ph. D.

Human Services Research Institute

Kevin Mahoney, Ph. D.

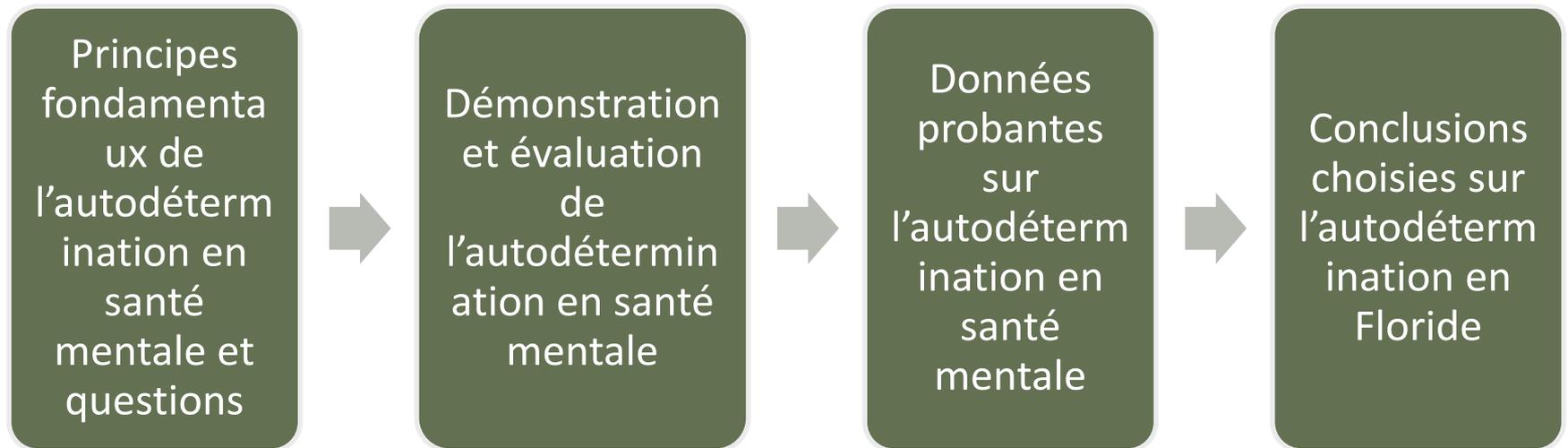
Professeur, Boston College School of Social Work

Directeur fondateur du National Resource Center for
Participant-Directed Services

Le 07 juin 2017

Ces travaux sont financés par la Robert Wood Johnson Foundation (RWJF) et ont été rendus possibles grâce au soutien de la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA).

Aperçu de la présentation





Choix Rétablissement Indépendance

Principes fondamentaux de l'autodétermination en santé mentale

Principes de base de l'autodétermination



Rétablissement, indépendance, autonomie et choix

En bénéficiant d'un soutien adéquat, nous pouvons tous pratiquer l'autodétermination.

Chaque personne est unique et sait ce qui fonctionne le mieux pour elle.

Éléments de l'autodétermination



Plan axé sur la personne

- Fondé sur les forces, les capacités, les préférences et les buts des participants
- La créativité et la flexibilité sont essentielles.



Budget individuel

- Les montants et les méthodes d'établissement du budget varient.
- Souvent utilisé pour des biens et des services non traditionnels et des services traditionnels



Soutien d'un intermédiaire

- Travaille avec la personne pour établir un plan et gérer le budget
- Les pairs ayant connu la maladie mentale agissent souvent comme intermédiaires de soutien.

Qui assure son autodétermination aux États-Unis?

- 1,1 million de participants à plus de 300 programmes
- En 2013, 700 personnes ayant de graves problèmes de santé mentale se sont inscrites à des programmes d'autodétermination en santé mentale dans 7 États.
- Environ 1 000 personnes de plus devraient pratiquer l'autodétermination en santé mentale d'ici 2018.

Populations pratiquant l'autodétermination

- Adultes plus âgés ayant besoin de soins de longue durée
- Personnes ayant une incapacité physique
- Personnes ayant une déficience intellectuelle ou développementale
- Personnes ayant un traumatisme cérébral
- Familles ayant des enfants atteints d'autisme
- Vétérans
- Plus récemment, personnes ayant de graves problèmes de santé mentale et des troubles liés à l'utilisation de substances

Trois priorités liées à l'autodétermination en santé mentale découlant d'un échange international de connaissances en 2015

auprès de 45 personnes provenant de 7 pays

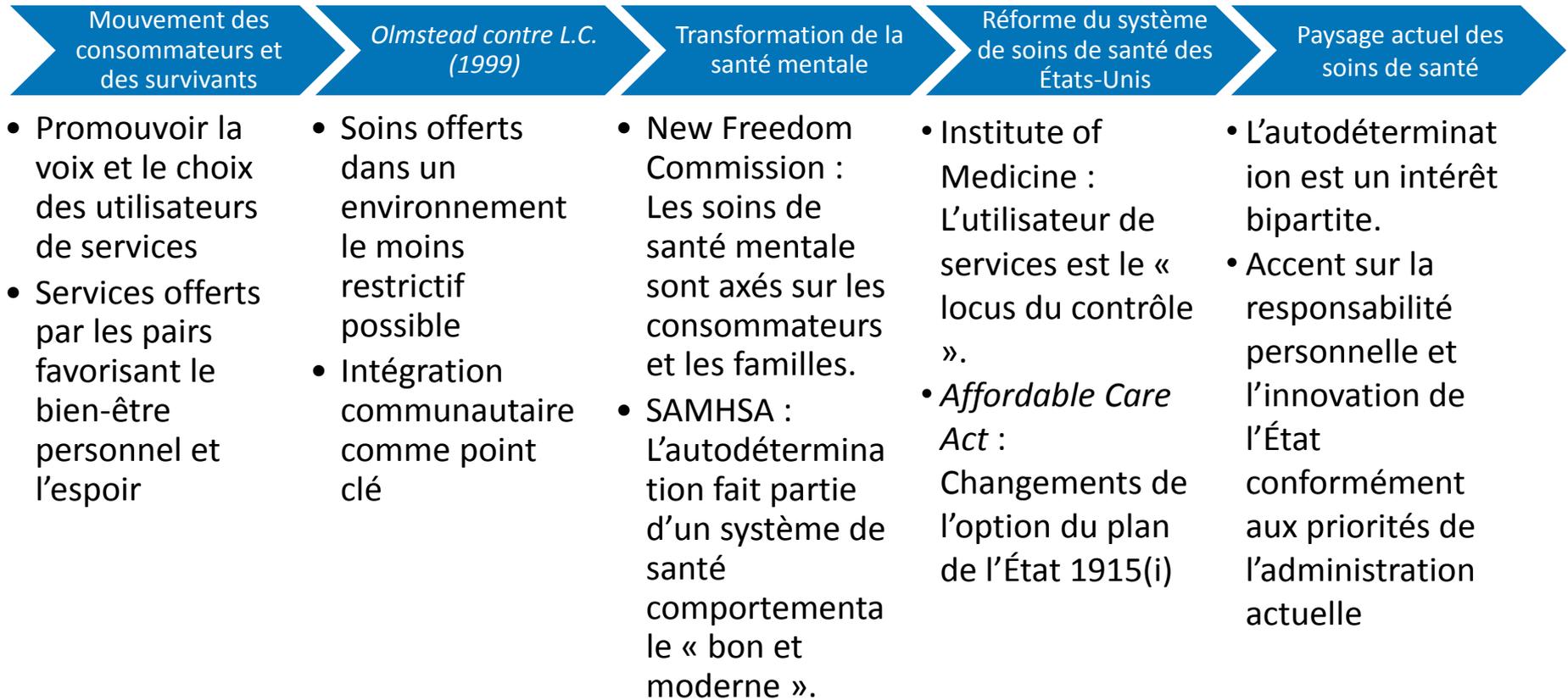


L'autodétermination représente une transformation culturelle pour le changement de système fondé sur des valeurs.

Les personnes ayant connu la maladie mentale sont engagées et soutenues à tous les niveaux.

La communication avec les intervenants est essentielle et doit inclure des données quantitatives et des récits personnels.

Vers l'autodétermination dans les systèmes de santé mentale des États-Unis



Efforts d'autodétermination en santé mentale aux États-Unis

Autodétermination en Floride

- Établie dans la législature de l'État
- Effort de longue date et le plus important jusqu'à présent

Autodétermination au Michigan

- Spécialistes agréés qui agissent comme intermédiaires de soutien
- Financement par le biais d'une exemption pour soins gérés Medicaid

Accès au rétablissement en santé mentale au Utah

- Établie dans le comté de Salt Lake en 2014
- Se fonde sur l'accès au rétablissement pour les populations aux prises avec des problèmes de consommation de substances

Fonds d'investissement (autodétermination) pour rétablissement en Pennsylvanie

- Intermédiaires et cadres : spécialistes agréés
- Financement par le biais de fonds de réinvestissement pour soins gérés

Programme de navigation et de mesures incitatives au bien-être et autodétermination au Texas

- Étude sur la navigation et les mesures incitatives au bien-être mettant l'accent sur la santé physique et le bien-être
- Essais aléatoires, déploiement d'un nouvel effort en 2017

Services d'autodétermination à New York

- Devraient commencer à l'été 2017
- Financement par le biais du pouvoir d'exemption 1115 Medicaid

Questions

Des questions?

«
*L'autodétermination
m'a offert un
véritable
rétablissement. J'ai
reçu des soins qui
m'encourageaient,
qui me
réconfortaient, qui
répondaient
vraiment à mes
besoins.* »

JULIE

Projet financé par la RWJF

Démonstration et évaluation de l'autodétermination en santé mentale



Composantes de la démonstration

Subventions pour l'initiative de transfert et de transformation – 2014

- Fonds fournis pour accroître l'autodétermination dans cinq États
- Sert de fondement pour la démonstration et l'évaluation

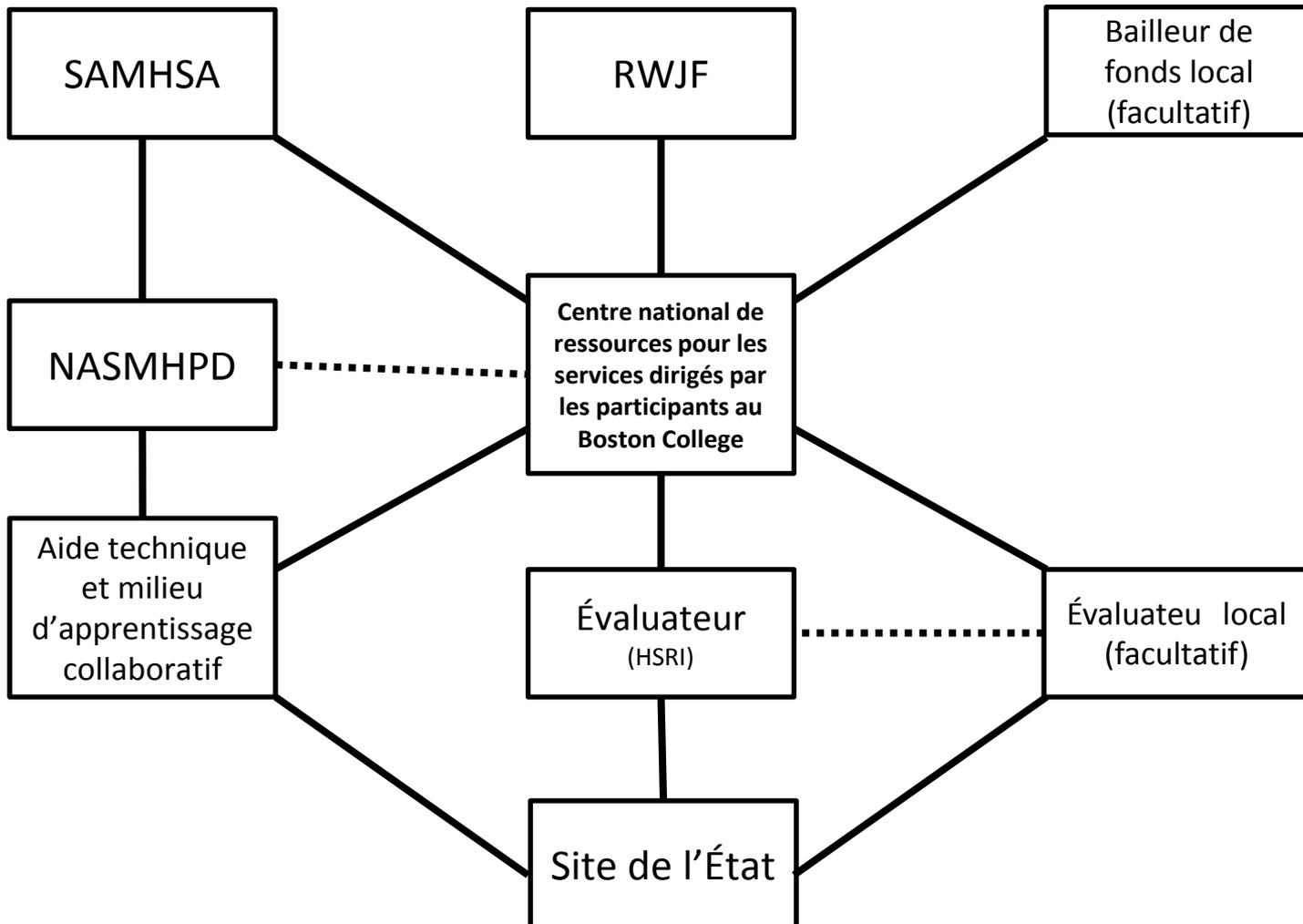
Milieu d'apprentissage collaboratif – 2014 et en cours

- Réunions mensuelles pour apprendre des autres États et des experts nationaux

Aide technique – 2015 et 2016

- Soutien de la conception et de la mise en œuvre de programmes, communications et sensibilisation, planification de la durabilité

Démonstration et structure d'évaluation



Composantes de l'évaluation



- Évaluation du processus formatif
 - Documentation des activités de mise en œuvre
 - Élaboration de lignes directrices pour reproduction et développement



- Évaluation des résultats à l'échelle des systèmes
 - Coûts et répercussions sur l'utilisation des services
 - Analyse des données administratives de certains sites



- Évaluation des résultats locaux à l'échelle individuelle
 - Aspect différent dans chaque État
 - Examen de l'impact sur la santé et le rétablissement des participants

Cadre RE-AIM

Défis et facilitateurs de l'autodétermination en lien avec les éléments suivants

R Portée – Taux de participation et représentativité de la population

E Efficacité – Facteurs qui influencent l'impact de l'autodétermination sur les résultats significatifs

A Adoption – Contexte d'adoption, y compris les rôles des intervenants pour favoriser ou entraver l'autodétermination

I Réalisation – Stratégies de conception et de mise en œuvre des programmes

M Maintien – Maintien de l'autodétermination au fil du temps et intégration au système



Données

Données probantes et quelques conclusions préliminaires

Données probantes : autodétermination en santé mentale

Examen systématique de 2014

- 15 études jusqu'en 2013
- Autodétermination en santé mentale associée au choix et au contrôle, qualité de vie accrue
- Limites méthodologiques importantes

Projet pilote de budgets pour la santé personnelle

- Augmentation de la qualité de vie liée aux soins et du bien-être psychologique
- Réduction des coûts des soins aux patients et des soins primaires en santé mentale pour le groupe en santé mentale (n=412)
- Choix et flexibilité associés à l'amélioration des résultats

Analyses des biens et des services en 2016

- Examen des types de biens et de services acquis par 60 participants pratiquant l'autodétermination en Pennsylvanie
- Utilisation par les participants de stratégies de « médecine personnelle » pour atteindre les buts

Conclusions préliminaires de l'autodétermination en Floride

But 1 : Examen qualitatif

- Examen de la relation entre l'autodétermination et le rétablissement
- Description de la gamme d'expériences des participants dans le programme d'autodétermination en Floride, y compris les avantages et les difficultés, les éléments les plus importants du programme, et les comparaisons avec les ententes de services traditionnels

But 2 : Examen quantitatif des facteurs individuels

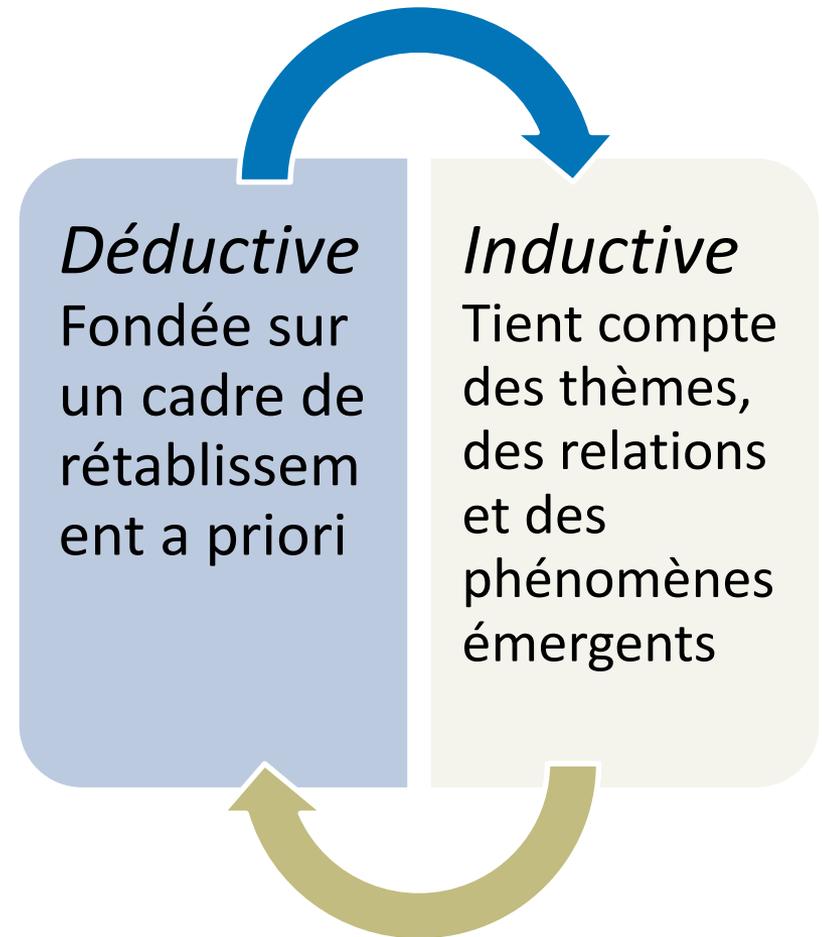
- Examen de la relation entre l'autodétermination et l'emploi, le logement indépendant et la mobilisation du groupe d'entraide

But 3 : Examen quantitatif des facteurs à l'échelle des systèmes

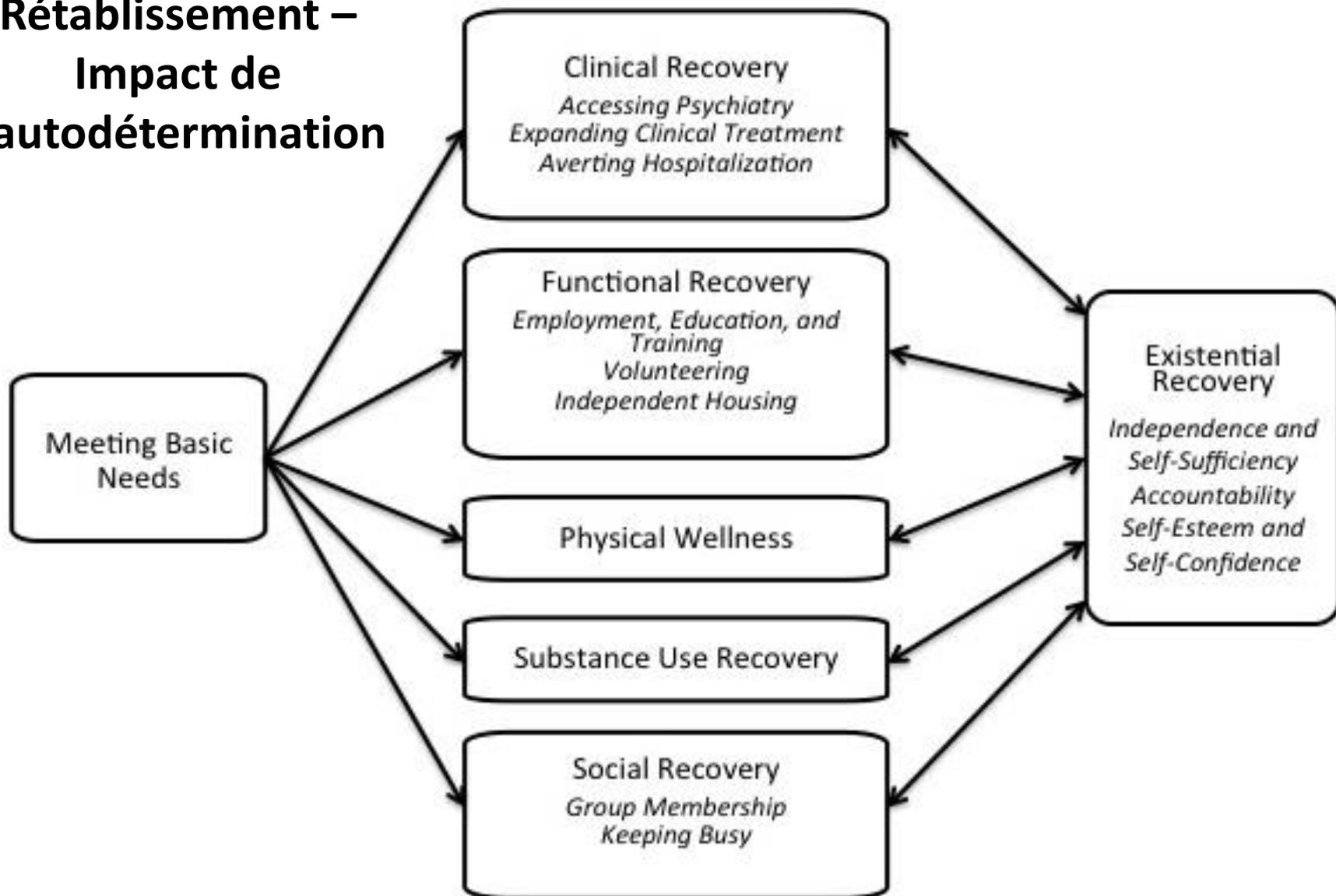
- Description de la façon dont les participants pratiquant l'autodétermination en Floride dépensent leur budget
- Examen de l'impact de l'autodétermination sur l'utilisation et les coûts des services de santé mentale (résultats à venir)

Approche qualitative

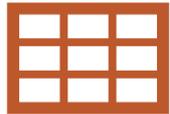
- Entrevues en profondeur semi-structurées auprès de 30 participants délibérément choisis pratiquant l'autodétermination en Floride



Rétablissement – Impact de l'autodétermination



Approche quantitative



- Données administratives : Démographie, résultats en santé mentale, utilisation des services



- Ensemble de données analytiques comprenant les variables pour tous les participants pratiquant l'autodétermination et tous les utilisateurs des services de santé mentale financés par l'État qui sont admissibles à l'autodétermination



- Appariement exact avec groupement : Établissement d'une strate pour chaque ensemble observé de covariables et personnes appariées selon ces strates
 - Nombre de jours entre les premiers et derniers services, âge, sexe féminin, origine ethnique hispanique (programme A), race blanche (programme B), réussite des études secondaires, personnes mariées, diagnostic de troubles liés à l'utilisation des substances, diagnostic de schizophrénie, comté de résidence, et réception de revenus pour une déficience psychiatrique

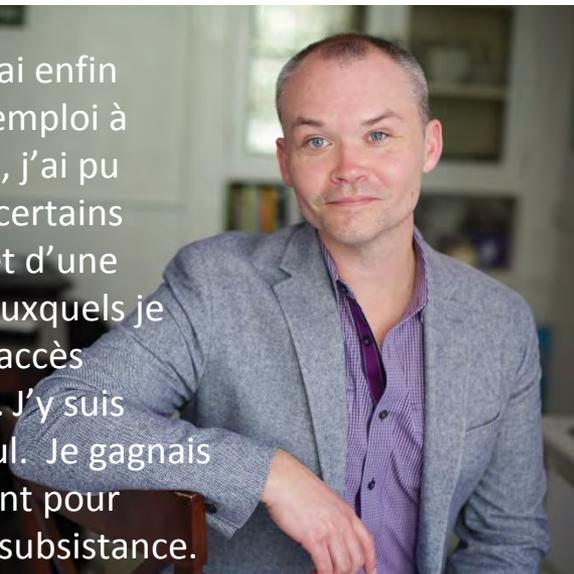
Approche quantitative

Régression logistique pour les résultats individuels et modélisation en deux étapes (régression logistique et ordinaire des moindres carrés) pour l'utilisation des services

Période		Autodétermination N		Comparaison N	
		Avant appariement	Après appariement	Avant appariement	Après appariement
Programme A	7/1/10-4/30/15	173	161	8 181	1 585
Programme B	7/1/12-6/30/15	230	203	4 128	1 074
Total	-	403	364	12 309	2 659

Exploration des changements de la première à la dernière évaluation dans trois secteurs

« Lorsque j'ai enfin obtenu un emploi à temps plein, j'ai pu profiter de certains avantages et d'une assurance auxquels je n'avais pas accès auparavant. J'y suis parvenu seul. Je gagnais suffisamment pour assurer ma subsistance.



Emploi

Augmentation des jours travaillés au cours des 30 derniers jours, ou maintien du nombre de jours travaillés à 20 ou plus au cours des 30 derniers jours

Logement

Obtention ou maintien du statut de résidence indépendante

Mobilisation du groupe de soutien

Augmentation de la mobilisation au sein des groupes de soutien ou maintien de la mobilisation au même rythme si déjà mobilisé

En comparaison avec des personnes ayant des caractéristiques similaires qui n'ont pas pratiqué l'autodétermination, les participants ayant pratiqué l'autodétermination en Floride étaient...



1,97 fois plus susceptibles d'obtenir des résultats positifs en matière **d'emploi**



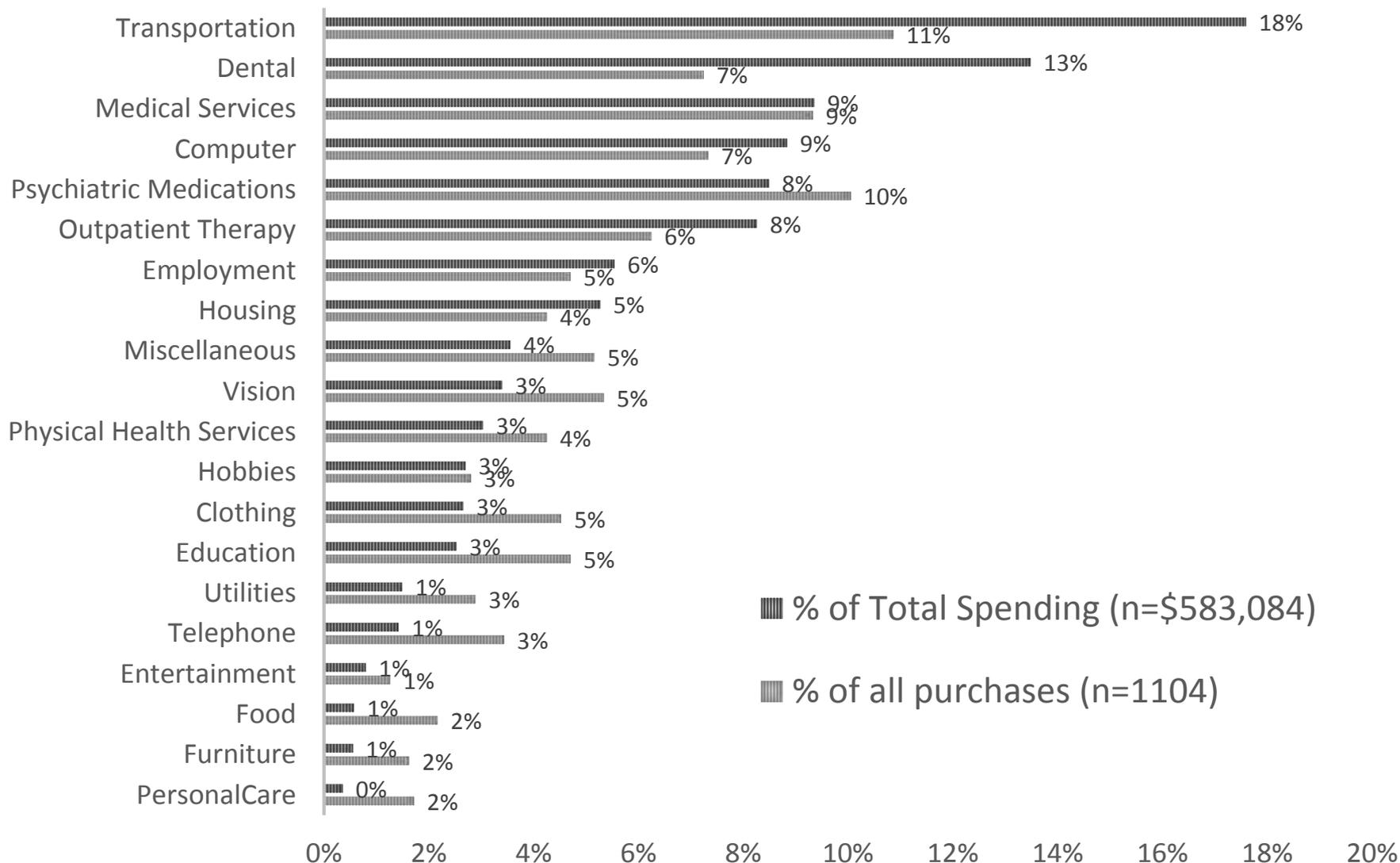
2,97 fois plus susceptibles d'obtenir des résultats positifs en matière **de logement**



2,72 fois plus susceptibles d'accroître leur engagement dans des **groupes de soutien** ou de le maintenir

Les chiffres ci-dessus sont des rapports de cotes des régressions logistiques qui prévoient des résultats positifs découlant de l'autodétermination, en tenant compte des facteurs observés. Toutes les conclusions sont statistiquement significatives selon la formule $p < 0,001$.

Achats liés à l'autodétermination en Floride, juillet 2010 à avril 2015 (n=173 participants)



Limites et répercussions sur la politique

- Limites
 - Généralisabilité
 - Données administratives
 - Variables non observées
- La mise en œuvre et la conception de programmes ont des répercussions cruciales sur les résultats individuels et à l'échelle des systèmes.
- Précision nécessaire des normes de fidélité et de mise en œuvre des programmes
- La pauvreté et les lacunes du système sont des facteurs contextuels cruciaux.

Principaux points à retenir

- Importante variation liée à l'achat, y compris les services et les biens qui ne sont pas traditionnellement considérés comme un « traitement en santé mentale »
- Établissement d'une relation positive entre l'autodétermination et le rétablissement, en plus de gains en matière d'indépendance, d'estime de soi et de confiance en soi



Principaux points à retenir (suite)



- Les participants pratiquant l'autodétermination sont plus susceptibles que les non-participants de constater des résultats positifs quant au nombre de jours travaillés rémunérés, au logement indépendant et à l'engagement à l'égard de l'entraide.

« Au cours de mes 55 années sur cette planète, je ne me suis jamais senti aussi bien. Le programme m'a offert ce que je recherche depuis toujours : une façon de me sentir accepté, comme si je pouvais être moi-même. Et je sens que je peux exceller. »

JOHN

Pour de plus amples renseignements

Bevin Croft

Associée à la recherche

Human Services Research
Institute

2336, Massachusetts Avenue

Cambridge, MA 02140

617-844-2536

bcroft@hsri.org



Références et ressources

- Cook, J. A., Russell, C., Grey, D. D., & Jonikas, J. A. (2008). Economic Grand Rounds: A Self-Directed Care Model for Mental Health Recovery. *Psychiatr Serv, 59*(6), 600-602.
- Croft, B., & Parish, S. (2016). Participants' Assessment of the Impact of Behavioral Health Self-Direction on Recovery. *Community Mental Health Journal*.
- Croft, B., Simon-Rusinowitz, L., Loughlin, D., & Mahoney, K. (2013). An Environmental Scan of Self-Direction in Behavioral Health: Summary of Major Findings. Chestnut Hill, MA : Boston College National Resource Center for Participant-Directed Services et Robert Wood Johnson Foundation.
- Croft, B., Wang, K., Cichocki, B., Weaver, A., & Mahoney, K. (2017). The Emergence of Mental Health Self-Direction: An International Learning Exchange. *Psychiatr Serv, 68*(1), 88-91.

Références (suite)

- Forder, J., Jones, K., Glendinning, C., Caiels, J., Welch, E., Baxter, K., et autres (2012). *Evaluation of the personal health budget pilot programme.*
- Shen, C., Smyer, M., Mahoney, K. J., Simon-Rusinowitz, L., Shinogle, J., Norstrand, J., et autres (2008). Consumer-Directed Care for Beneficiaries With Mental Illness: Lessons From New Jersey's Cash and Counseling Program. *Psychiatr Serv, 59*(11), 1299-1306.
- Shen, C., Smyer, M. A., Mahoney, K. J., Loughlin, D. M., Simon-Rusinowitz, L., & Mahoney, E. K. (2008). Does Mental Illness Affect Consumer Direction of Community-Based Care? Lessons From the Arkansas Cash and Counseling Program. *The Gerontologist, 48*(1), 93-104.
- Snethen, G., Bilger, A., Maula, E. C., & Salzer, M. S. (2016). Exploring Personal Medicine as Part of Self-Directed Care: Expanding Perspectives on Medical Necessity. *Psychiatr Serv, 67*(8), 883-889.
- Webber, M., Treacy, S., Carr, S., Clark, M., & Parker, G. (2014). The effectiveness of personal budgets for people with mental health problems: a systematic review. *Journal of Mental Health, 23*(3), 146-155.



Mental Health
Commission
of Canada

Commission de
la santé mentale
du Canada

Des questions?





Mental Health
Commission
of Canada

Commission de
la santé mentale
du Canada

Prochains webinaires

Emploi et rétablissement

Mercredi 30 août de 12 h à 13 (HNE)

Implantation des bonnes pratiques en prévention du suicide au
Québec : un projet novateur (*en français seulement*)

Jeudi 21 septembre de 12 h à 13 h (HNE)



Pour regarder de nouveau ou partager ce webinaire, visitez le site

<http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/focus-areas/retablissement>



Mental Health
Commission
of Canada

Commission de
la santé mentale
du Canada

Quelle note nous donne-vous?

Veillez remplir le sondage
qui ouvrira une fois que vous
aurez terminé
le webinaire.





Mental Health
Commission
of Canada

Commission de
la santé mentale
du Canada

Merci!

Aimee LeBlanc, gestionnaire de la
prévention et de la promotion
aleblanc@mentalhealthcommission.ca

Laura Mullaly, coordonnatrice de
programme
lmullaly@mentalhealthcommission.ca

#mhcchopelives

 @MHCC_

 /theMHCC

 @theMHCC

 /1MHCC

 /Mental Health Commission of Canada

Bevin Croft

Human Services Research Institute

Kevin Mahoney, Ph. D.

Professeur, Boston College School of
Social Work

Directeur fondateur du National
Resource Center for Participant-Directed
Services