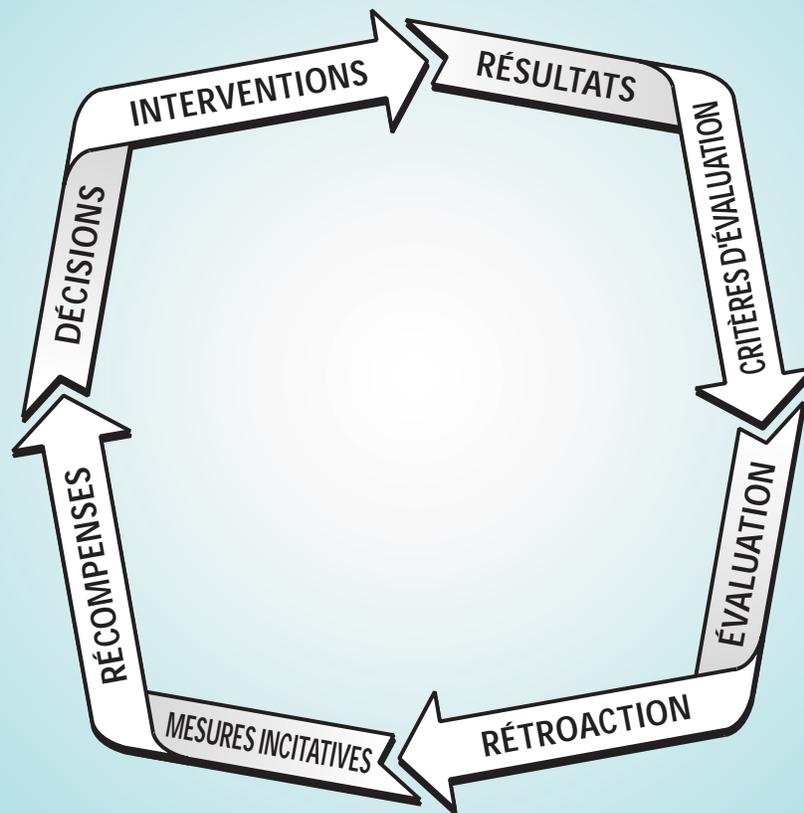




# Récompenser le succès : un système autonome de prestation de services aux enfants et aux jeunes



## DOCUMENT DE DISCUSSION

rédigé pour le

Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la santé mentale  
et le bien-être des enfants et des jeunes

# **Récompenser le succès : un système autonome de prestation de services aux enfants et aux jeunes**

## **DOCUMENT DE DISCUSSION**

rédigé par le  
sous-comité sur les systèmes autonomes  
pour le  
Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la santé mentale  
et le bien-être des enfants et des jeunes

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes  
à maintenir et à améliorer leur état de santé.

*Santé Canada*

Santé Canada aimerait souligner le travail remarquable des membres  
du *sous-comité sur les systèmes autonomes* du *Groupe de travail fédéral-  
provincial-territorial sur la santé mentale et le bien-être des enfants et des jeunes* :

Gus Thompson, Alberta (coprésident)

Wade Junek, Nouvelle-Écosse (coprésident)

Leanne Boyd, Manitoba

Joseph Kluger, Saskatchewan

Claire LeBlanc, Nouveau-Brunswick

Terry Russell, Colombie-Britannique

Kathryn Sullivan, Santé Canada (membre d'office)

Susan Moisey, Integrated Learning Systems (consultante)

Also available in English under the title

*Celebrating Success: A Self-Regulating Service Delivery System for Children  
and Youth*

On peut se procurer des exemplaires supplémentaires auprès de :

Publications

Santé Canada

Indice de l'adresse 0900C2

Ottawa (Ontario)

K1A 0K9

Téléphone: (613) 954-5995

Télécopieur: (613) 941-5366

La présente publication est disponible sur Internet à l'adresse suivante :

<http://www.hc-sc.gc.ca>

Elle est également offerte sur demande sur disquette, en gros caractères,  
sur bande sonore ou en braille.

Les opinions exprimées dans le présent document sont celles des auteurs  
et des collaborateurs et ne représentent pas nécessairement les vues  
officielles de Santé Canada.

Publication autorisée par le ministre de la Santé

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre  
de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2000

No de cat.: H39-503/2000F

ISBN: 0-662-83973-0

# TABLE DES MATIÈRES

Sommaire .....	5
Introduction .....	7
Prestation de services actuelle au Canada .....	8
Problèmes relatifs à la prestation de services actuelle .....	9
Modèle de système de prestation de services autonome .....	11
1. But et objectifs .....	11
2. Circuit de rétroaction .....	12
3. Instance dirigeante .....	14
4. Mesures incitatives et récompenses .....	15
Dynamique de l'intervention du système .....	16
Diagramme .....	19
Modalités d'élaboration et de contrôle du système .....	21
Rôle du gouvernement et contrôle du système .....	21
Évaluation .....	22
Difficultés de mise en œuvre .....	23
Avantages et effets potentiels.....	26
Conséquences pour la prestation de services de santé mentale .....	28
Conclusion .....	30
Bibliographie .....	31



# SOMMAIRE

## UN SYSTÈME AUTONOME DE PRESTATION DE SERVICES AUX ENFANTS ET AUX JEUNES

Le présent document définit un modèle de prestation de services qui s'adresse aux enfants et aux jeunes, tant ceux de la population générale que ceux qui risquent de ne pas devenir des adultes sains et équilibrés. Les enfants et les jeunes « à risque » reçoivent actuellement des services par l'intermédiaire de divers ministères et directions de l'État, mais nombre de difficultés surviennent en raison des méthodes actuelles de prestation. L'établissement d'un système de prestation de services autonome est susceptible de permettre de résoudre ces difficultés fondamentales en plus de présenter des avantages pour tous les enfants.

Une fois mis sur pied, le système de prestation de services pourra compter sur un mode de fonctionnement autonome et automatique qui mènera à la recherche de résultats toujours plus satisfaisants pour tous les enfants et les jeunes. Ce système repose sur quatre éléments.

Le premier élément est une série d'indicateurs de résultats reflétant le bien-être des enfants et des jeunes, tant ceux de la population générale que ceux qui utilisent les services. Les indicateurs doivent être choisis avec soin de façon à faire état de caractéristiques de santé mentale significatives et doivent être évalués à intervalles réguliers.

Le second élément est un processus de rétroaction régulière qui permet que l'information pertinente soit communiquée à quiconque s'intéresse pour des raisons valables aux enfants et aux jeunes, en particulier ceux qui peuvent influencer ou orienter les services.

Le troisième élément consiste à faire appel à de puissantes mesures incitatives liées aux résultats. Il s'agit de réduire l'influence des facteurs qui détournent une organisation des buts qu'elle s'est fixés pour mieux se concentrer sur l'obtention de résultats satisfaisants. Plus les mesures incitatives sont puissantes et rattachées à des résultats précis, plus les organisations chercheront à obtenir et obtiendront effectivement les résultats visés.

Le quatrième et dernier élément nécessaire est la capacité de prendre des décisions administratives qui permettront à toutes les organisations pertinentes de continuer de concentrer leur action sur les résultats.

L'ensemble du système fonctionne selon un cycle régulier. Les résultats sont évalués, et les données sur les indicateurs sont produites. Les données sur les indicateurs ainsi que les récompenses obtenues sont communiquées en bout de ligne à la direction. Les responsables adaptent le fonctionnement de l'organisation ainsi que les mesures incitatives connexes de façon à obtenir de meilleurs résultats, pour le cycle suivant.

En tant que modèle, le système de prestation de services autonome fait l'objet d'une évaluation reposant sur la comparaison des résultats obtenus à l'échelle du système avec les objectifs établis au préalable. En tant que système, il est axé sur les besoins des enfants canadiens, car le but est de rechercher inlassablement leur succès.

# Récompenser le succès : un système autonome de prestation de services aux enfants et aux jeunes



## INTRODUCTION

Le présent document décrit une proposition de modèle conceptuel de prestation de services valable pour tous les enfants et les jeunes, en particulier les enfants à risque. L'expression « enfants à risque » est utilisée dans le présent document pour désigner des enfants et des jeunes âgés de moins de 19 ans qui éprouvent ou sont susceptibles d'éprouver des difficultés intellectuelles, affectives ou comportementales. On considère que ces enfants et ces jeunes pourraient ne pas devenir des adultes sains, équilibrés et productifs.

Bien que le modèle soit applicable à plusieurs situations, il est décrit ici sous la forme la mieux adaptée au système de soins administré par les provinces ou les territoires du Canada. La prémisse est que les citoyens désirent que tous les enfants et les jeunes parviennent à être le plus équilibrés possible et à se sentir bien dans leur peau. On vise ici à faire des premières années de la vie l'expérience la plus positive possible pour les enfants et, par la même, à jeter les bases d'un développement optimal conduisant à la vie adulte.

Ce modèle a été créé pour permettre de résoudre les problèmes fondamentaux inhérents à l'actuelle prestation de services et aux tentatives de réforme<sup>2-5</sup>. Tant au Canada qu'aux États-Unis, la réforme a pris une direction axée sur l'intégration des systèmes, la responsabilisation, l'évaluation et l'efficacité.

Nous aborderons ici les sujets suivants :

- prestation de services actuelle aux enfants à risque au Canada;
- problèmes fondamentaux relatifs à la prestation de services actuelle;

- système de prestation de services autonome en quatre éléments;
- dynamique de l'intervention du système;
- modalités d'élaboration et de contrôle du système;
- rôle du gouvernement;
- évaluation du modèle;
- difficultés de mise en œuvre;
- avantages et effets potentiels;
- conséquences sur la prestation de services de santé mentale.



## **PRESTATION DE SERVICES ACTUELLE AU CANADA**

Au Canada, la prestation de services est dans l'ensemble définie, financée et réglementée par les gouvernements provinciaux et territoriaux, qui ont créé diverses organisations non gouvernementales et des organismes gérés par l'État (services publics) pour aider les enfants à risque et leur famille. Le rôle de l'administration fédérale se limite généralement à fournir une partie du financement par l'intermédiaire d'ententes de transfert fédéral-provincial, qui sont pour la plupart regroupées dans un fonds du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux. Des organisations privées à but lucratif, des fondations et des cliniciens ayant une clientèle privée qui ne sont pas financés par le régime public de soins (p. ex., travailleurs sociaux, psychologues) jouent un rôle relativement modeste dans la prestation de services générale. Tous les médecins (y compris les pédopsychiatres ayant une clientèle privée) sont payés par l'intermédiaire des services de soins financés par l'État, généralement selon une formule de rémunération à l'acte ou sur la base d'un contrat.

Souvent, les organisations assurant la prestation de services aux enfants et aux jeunes sont administrées par des directions générales qui peuvent être au nombre de cinq (santé mentale, protection de l'enfance, jeunes délinquants, lutte contre la toxicomanie et services d'éducation spécialisée), relevant de divers ministères (par ex., la Santé, la Justice, l'Éducation, les Services sociaux ou les Services communautaires)<sup>6</sup>. Ensemble, ces organisations et les services assurés dans le cadre des contrats qu'elles administrent constituent ce qu'on appelle le système de soins officiel. Ce regroupement fait pendant au Canada au système américain décrit dans

le document du U.S. Child and Adolescent Services System Program intitulé *A System of Care for Severely Emotionally Disturbed Children and Youth*<sup>1</sup>.

Deux observations puisées dans des études clés résument l'insatisfaction que suscite l'actuelle prestation de services. D'abord, il est difficile de cataloguer les problèmes des enfants exclusivement dans l'un ou l'autre champ d'activités des ministères<sup>7-9</sup>; les problèmes touchent souvent de fait plusieurs champs d'activités. Ensuite, le nombre réel d'enfants à risque<sup>10,11</sup> dépasse de beaucoup la capacité de la prestation de services axée sur la clientèle. Le système de prestation de services doit dépasser le champ d'activités d'une direction et, grâce à la prévention et à des approches de santé publique, atteindre les enfants et les jeunes qui ne sont pas des clients inscrits, mais qui sont à risque. Le système de prestation de services autonome vise à répondre à ces besoins supplémentaires.



## **PROBLÈMES RELATIFS À LA PRESTATION DE SERVICES ACTUELLE**

L'expérience de ceux qui ont bénéficié de l'actuel mode de prestation de services et leurs observations ont mis au jour plusieurs problèmes, qui ont été répertoriés et décrits sous différents angles<sup>3,12</sup>. Nous présentons ci-après certaines des préoccupations les plus fondamentales :

1. Le système de soins (contrairement aux différentes organisations qui le composent) existe souvent sans qu'on trouve à la base un énoncé de mission ou une compréhension des objectifs pertinents. En outre, on ne trouve guère d'indicateurs faisant systématiquement état des résultats relatifs aux clients ou à la population générale, servant à évaluer certains aspects des objectifs visés. Par conséquent, le système de soins présente des lacunes : à la fois en ce qui a trait aux objectifs visés et à la façon de déterminer s'il est parvenu à les atteindre.
2. En l'absence d'indicateurs valables de la santé des enfants, les organisations restent ouvertes à de nombreuses influences, dont chacune est assortie de sa propre série de facteurs de motivation et de dissuasion. Il s'ensuit que les organisations sont aux prises avec les difficultés associées au fait qu'elles poursuivent plusieurs objectifs qui n'ont rien à voir avec leur vocation – qui est d'être utile aux enfants à risque. Les objectifs concurrents sont liés notamment aux

intérêts ou aux aversions de leurs dirigeants, des membres de leurs conseils d'administration et des politiciens de tous les niveaux, de même qu'à l'influence exercée par les médias, les groupes d'intérêts spéciaux et la collectivité voulant que le système offre de l'emploi.

3. Les facteurs de motivation externes en faveur de l'efficience (les fonds non dépensés doivent souvent être renvoyés aux organismes centraux, plutôt que réinvestis à l'échelon local), de l'obtention de meilleurs résultats (nul ne connaît les résultats), d'une planification cohérente, de l'établissement de priorités ou de l'action sont peu nombreux, voire nuls.
4. Il n'y a pas d'instance dirigeante qui puisse inciter l'ensemble du système de soins à prendre une décision, à agir et à mettre en place une intervention cohérente.
5. Il est difficile de déterminer la répartition optimale des ressources entre la prestation de services, la prévention des troubles et la promotion du bien-être. Les infirmières de santé publique, les médecins de premier recours et les éducateurs sont censés s'occuper de la plupart de ces enfants et constituent par conséquent un poste de dépenses au chapitre des ressources, mais on ne sait pas précisément ce qu'ils font ou comment intégrer ou coordonner leurs activités au sein du système de soins<sup>10</sup>.
6. Les gouvernements provinciaux et territoriaux ont un rôle clé à jouer et font eux-même partie du problème. Les divers services et sous-sections ainsi que les multiples comités créés à l'intérieur de l'administration publique pour définir la mission des services, les financer et les réglementer ajoutent à la complexité de la prestation.
7. Il ressort de tous les problèmes susmentionnés que la plupart des systèmes de soins en place ne sont pas de véritables systèmes, mais plutôt des « gammes de services » (p.18)<sup>13</sup>.

Bien que les gouvernements provinciaux et territoriaux aient pour la plupart reconnu les lacunes et cherchent activement les moyens de les combler, les problèmes demeurent.

# MODÈLE DE SYSTÈME DE PRESTATION DE SERVICES AUTONOME

Le modèle conceptuel de système de prestation de services autonome représente une étape évolutive dans la prestation de services. Il découle des concepts de la théorie générale des systèmes – en particulier de *Living Systems*<sup>13</sup> de Miller pour ce qui est des termes et du langage. Cet ouvrage a été choisi en raison de sa grande portée et de son utilisation cohérente et intégrée des termes et des définitions retenus.

Essentiellement, un système vivant comprend un certain nombre d'éléments qui interagissent et s'influencent mutuellement pour optimiser le cheminement vers un objectif prédéterminé. Un système vivant possède plusieurs caractéristiques inhérentes (p. 18)<sup>13</sup>, dont quatre constituent la clé de voûte d'un système de prestation de services autonome :

- Un système vivant a un but et des objectifs.
- Il possède des circuits de rétroaction pour fournir de l'information sur sa situation actuelle par rapport au but visé.
- Il dispose d'une instance dirigeante qui met à profit l'information pour adapter les interventions à mesure qu'il se rapproche de son but ultime.
- C'est un système ouvert, c'est-à-dire qu'il est sensible aux influences de l'environnement, en particulier les récompenses, les sanctions, les mesures incitatives et les facteurs de dissuasion.

Ces caractéristiques adaptées et appliquées à un système de soins et de prestation de services aux enfants à risque sont décrites de manière plus approfondie dans les sections suivantes.

## 1. BUT ET OBJECTIFS

Le but officiel d'une organisation dans le cadre d'un système de soins est généralement défini par le gouvernement et présenté dans l'énoncé de mission de l'organisation. Nous supposons ici que l'énoncé de mission reflète le désir que tous les enfants et les jeunes deviennent en grandissant des adultes équilibrés et bien dans leur peau. Pour progresser dans cette direction, il faut arrêter des objectifs à partir de la mission et évaluer si on les a atteints en définissant des indicateurs de résultats pertinents. Comme le fait observer Miller, « de façon à déterminer dans quelle mesure le système atteint son but et ses objectifs particuliers, il est essentiel d'obtenir des mesures opérationnelles du rendement » (p. 651)<sup>13</sup>.

Le but réel d'un système est établi à partir d'observations de ce qu'il fait (p. 39)<sup>13</sup>. Les organisations peuvent avoir plusieurs buts et poursuivre divers objectifs pour atteindre un ou plusieurs buts. Dans un système de prestation de services autonome, on veille à déterminer si le but « officiel » et le but réel sont les mêmes en exigeant que les activités concourent à l'atteinte de résultats en matière de santé découlant des buts indiqués dans l'énoncé de mission.

Les actions articulées à partir d'une mission mènent à des résultats dans deux domaines. Dans le domaine des **avantages pour les consommateurs**, il faut noter des changements touchant les consommateurs actifs inscrits auprès des organisations de prestation de services<sup>14</sup>. Dans le domaine des **avantages pour la population**, il faut noter des améliorations touchant les déficits (troubles) et des acquis (connaissances et compétences) dans la population générale d'enfants et de jeunes<sup>15</sup>.

La détermination des résultats sur le plan de la santé n'est pas une étape négligeable. Si nous nous préoccupons du bien-être de tous les enfants et des jeunes, plutôt que de nous en tenir au bien-être de ceux qui bénéficient des services<sup>16-18</sup>, il y a lieu de recueillir régulièrement des données faisant état de la santé et du bien-être de tous les enfants et les jeunes à partir d'indicateurs sensibles à la fois aux variations régionales et temporelles<sup>19,20</sup>. En l'absence de ces données, nous sommes incapables d'évaluer le produit le plus important d'un système de soins, à savoir le bien-être des enfants et des jeunes. Tant que ce bien-être n'est pas évalué régulièrement, les pouvoirs publics sont incapables d'affirmer avec certitude que leurs fonds ont permis d'obtenir le résultat souhaité<sup>21-23</sup>, et ils risquent de continuer à mettre l'accent sur les interdépendances organisationnelles, les services fournis et les statistiques sur l'utilisation des services aux dépens des faits sur l'état de santé.

Nous possédons déjà un certain nombre d'exemples d'utilisation d'indicateurs<sup>24,25</sup> (voir le tableau 1 à la page suivante).

## 2. CIRCUIT DE RÉTROACTION

On appelle circuit de rétroaction une structure qui véhicule l'information sur les résultats d'un système à celui qui les a obtenus pour lui permettre de comparer les résultats réels et les résultats escomptés (p. 36)<sup>13</sup>. En d'autres termes, cette comparaison permet aux dirigeants de déterminer si les résultats obtenus satisfont à la mission et aux objectifs visés. La rétroaction exige un niveau de comparaison et une période de temps pour que l'information soit significative. Qui plus est, pour être utile, elle requiert que les pouvoirs publics, les organisations de prestation de

Tableau 1. Exemples de mission et d'indicateurs

---

MISSION POUR UN SYSTÈME DE SOINS

La mission d'un système de soins est de réduire la prévalence des enfants à risque et de veiller à ce que tous les enfants et les jeunes deviennent à 19 ans de jeunes adultes sains et équilibrés.

AVANTAGES POUR LES CONSOMMATEURS

- taux de récurrence des jeunes délinquants
- taux de rechute après un traitement pour toxicomanie
- nombre de placements, enfants en tutelle
- changements dans la qualité de vie
- taux de satisfaction des consommateurs
- suivi sur une période de 5 ans des enfants âgés de 8 ans ayant de graves troubles se traduisant par un comportement perturbateur
- suivi de 3 ans portant sur le fonctionnement des enfants victimes de sévices sexuels
- réduction du nombre de facteurs de stress
- réduction du taux de grossesses chez les adolescentes

AVANTAGES POUR LA POPULATION

*Réduction de l'incapacité*

- nombre de jeunes délinquants
- taux de violence à l'égard des enfants

*Bilan positif*

- taux de diplômés
- changements dans la qualité de vie
- périodes de transition fructueuses menant à : première enfance en bonne santé, école, adolescence, travail

services et le public lui accordent beaucoup d'importance, de façon à ce qu'on puisse la mettre à profit.

Pour fournir de la rétroaction, il faut élaborer un processus permettant de recueillir des indicateurs de résultats pertinents et significatifs, de les évaluer, de les présenter sous une forme utilisable<sup>24-26</sup> et de les transmettre à intervalles réguliers aux dirigeants des organisations de services, à ceux qui les financent, aux membres du gouvernement et au public. La forme sous laquelle ils sont présentés doit inclure des énoncés récapitulatifs et des graphiques. Il serait également utile d'avoir recours à des indices nouvellement mis au point, comme l'indice du bien-être des enfants et de la famille, comparable à l'indice des problèmes sociaux utilisé en Alberta<sup>26</sup>. Tous ces éléments pourraient être publiés sous une forme utile, c'est-

à-dire dans une publication régulière – par exemple, un *rapport d'étape annuel sur le bien-être des enfants et des jeunes dans la province de ...*

Les éléments de la rétroaction d'un cycle d'évaluation constituent les données de référence pour le cycle suivant.

### **3. INSTANCE DIRIGEANTE**

Tous les systèmes vivants doivent avoir une instance dirigeante – un sous-système essentiel qui contrôle tout le système<sup>13</sup>. L'instance dirigeante procède en quatre étapes :

- établissement des buts et des objectifs,
- analyse et évaluation de la rétroaction sur l'efficacité, des données de l'environnement (y compris les facteurs de motivation et de dissuasion) et de l'information des processus internes du système,
- élaboration d'options d'intervention d'après l'interprétation de la rétroaction,
- mise en œuvre d'interventions.

C'est l'instance dirigeante qui permet au système de s'adapter aux nombreuses influences qui s'exercent sur lui, de maintenir le cap et de s'acquitter de la responsabilité qui lui incombe d'atteindre les objectifs. Si l'instance dirigeante ne peut obtenir la conformité des autres sous-systèmes pour mettre en œuvre ses décisions, il n'y a pas de système.

Or, dans la plupart des provinces ou territoires du Canada, lorsqu'on examine la gamme de services ayant vocation de servir l'intérêt des enfants et des jeunes à risque, on ne peut trouver d'instance dirigeante officielle qui en constitue la clé de voûte. Les organisations assurant les services sont subdivisées en quantité de sous-groupes, trop nombreux, relevant d'autorités réglementaires et d'organismes de financement trop différents pour permettre qu'un processus décisionnel puisse mener à une action concertée et cohérente. Le problème est connu depuis fort longtemps. Voir, par exemple, l'historique des tentatives d'intégration de services documentées par Kagan et Neville dans *Integrating Services for Children and Families*<sup>12</sup>. Les auteurs font également mention des énormes efforts déployés pour résoudre le problème. Des auteurs d'articles et d'ouvrages sur la prestation des services ont également formulé des recommandations de tout ordre, depuis des plaidoyers vibrants jusqu'à l'exhortation d'adopter des lois contraignantes dans le dessein d'améliorer la coopération, la coordination, la collaboration, l'intégration et le regroupement<sup>12,27</sup>. Nous ne nous pencherons pas sur ces diverses approches dans le présent document. Nous nous contenterons de répéter que, dans l'ensemble, il n'est pas facile de prendre des décisions et de faire des interventions cohérentes.

Le manque de coordination dans les interventions est d'autant plus inquiétant que l'on sait pertinemment que tant les programmes cliniques que les programmes de prévention peuvent avoir une influence décisive sur la vie des enfants<sup>28-32</sup>.

De telles observations mènent habituellement à une recommandation en faveur de la mise en place d'une instance dirigeante (à l'échelle d'une province, d'un territoire ou d'une région), qui serait en mesure d'obtenir d'un nombre suffisant d'organisations qu'elles s'engagent à agir conformément à la mission. Toutefois, si l'on ne peut nier l'utilité de cette instance dirigeante, la mise en œuvre de cette recommandation n'est pas essentielle à la création d'un système de prestation de services autonome. Selon ce modèle, les pouvoirs publics sont libres de choisir parmi plusieurs options, depuis une formule permettant l'évolution d'organismes décisionnels communautaires jusqu'à une formule qui consiste à légiférer et à nommer une autorité régionale unique pour tous les services destinés aux enfants à risque. Dans tous les cas, la mise en œuvre de ce modèle s'en trouve facilitée si le gouvernement crée une infrastructure appuyant les organisations désireuses d'intervenir de manière concertée (qu'elles soient axées sur une instance supérieure ou sur les clients, les programmes, les politiques ou les organisations<sup>12</sup>) pour mener à bien la mission qui consiste à faire des enfants des adultes bien équilibrés.

#### **4. MESURES INCITATIVES ET RÉCOMPENSES**

Le défi de la prestation de services consiste à prévoir un élément qui incite puissamment à l'action. Dans le monde des affaires, c'est le profit qui remplit cette fonction. L'étude du comportement humain nous a révélé que plusieurs voies (largement utilisées par tous les parents auprès des enfants) conduisent à l'action et à la poursuite des interventions. Par conséquent, le quatrième élément de la prestation de services autonome est une structure comportant des mesures incitatives et des récompenses.

Une caractéristique des systèmes vivants est qu'ils sont ouverts. L'information circule et est absorbée et produite; il en va de même de différents éléments et de l'énergie (les ressources et les produits de l'organisation) (p. 18)<sup>13</sup>. Si un système donné a pour mission de favoriser le maintien d'un état stable conformément à son but, il doit s'adapter en conséquence aux différents apports. Les récompenses ou les sanctions constituent un important sous-ensemble de ces influences extérieures et peuvent avoir une grande incidence sur le fonctionnement du système, et en fait sur son but et son existence même. Comme Miller le suppose, en ce qui a trait au fonctionnement du système, «un élément sera conforme aux buts et aux

objectifs d'un système dans la mesure où ses fonctions qui sont axées sur les objectifs et celles qui s'en écartent donnent lieu respectivement à une récompense ou à une sanction» (p. 109)<sup>13</sup>.

La tâche des gouvernements, des organisations, des collectivités, des entreprises et du public consiste à mettre en place de puissantes mesures incitatives, efficaces et axées sur l'obtention de meilleurs résultats pour les enfants<sup>1,33,34</sup>. Il y a lieu d'amorcer un virage pour créer un système prévoyant une récompense en cas de résultats favorables, lequel remplacera le système axé sur le processus de prestation (style de gestion, contrôle financier, dénombrement du volume de cas et des produits). De puissantes mesures incitatives liées à des résultats clairement définis favoriseront ce virage.

Il y a lieu de considérer les retombées possibles sur les organisations faisant partie du système de soins d'un système prévoyant de récompenser l'efficacité du travail par l'octroi de disons un million de dollars, d'une reconnaissance publique assortie de félicitations et de prix prestigieux. (L'attribution d'un million de dollars à des organisations de soins régionales serait extrêmement motivante, alors que cette somme représente un montant insignifiant au chapitre des frais généraux par comparaison aux centaines de millions de dollars consacrés aux enfants à risque par nombre de provinces ou territoires<sup>35</sup>.) Les fournisseurs de services et les responsables de la planification axeraient leurs activités sur les projets qui seraient jugés les plus susceptibles d'obtenir de bons résultats. En outre, les collectivités pourraient faire valoir ce type de reconnaissance dans leur campagne pour attirer les entreprises.

Si l'on considère qu'un résultat est l'équivalent d'un produit industriel, il convient de prévoir des mesures incitatives ayant un effet aussi puissant que le profit.

Les exemples du tableau 2 illustrent une gamme de mesures incitatives qui pourraient être mis au point.



## **DYNAMIQUE DE L'INTERVENTION DU SYSTÈME**

L'autorégulation n'est pas un concept difficile. Il s'agit d'un principe similaire à la régulation de la chaleur dans une maison. L'objet d'un système de régulation de la chaleur est de fournir de la chaleur par rapport à un objectif (ou une norme) qui est celui de la température idéale. Si la température ambiante n'est pas suffisamment

## Tableau 2. Exemples de mesures incitatives

---

### MESURES D'ORDRE FINANCIER

- versement de 1 000 000 \$ aux organisations régionales ayant apporté la plus grande amélioration selon l'indice de référence du bien-être de l'enfant et de la famille comparativement au rapport d'étape précédent;
- versement de 500 000 \$ à la région se classant au second rang pour l'amélioration de l'indice de référence;
- versement d'importantes récompenses en argent relativement à des résultats ou indicateurs précis;
- allocation de fonds à la recherche;
- réinvestissement des économies pour les enfants d'une région;

### BIENS ET SERVICES

- produits et services informatiques;
- possibilités d'éducation et de formation;

### RECONNAISSANCE ET RÉCOMPENSES

- réception officielle et remise de distinctions honorifiques (voir ci-dessous);
- prix du bénévole, de l'éducateur spécialisé et du clinicien de l'année;
- publicité en faveur de la région la plus accueillante pour les familles (et par conséquent stimulation de l'industrie et de la croissance);

### CÉLÉBRATION DU SUCCÈS DANS LE CADRE D'UNE CÉRÉMONIE PUBLIQUE DE REMISE DES PRIX

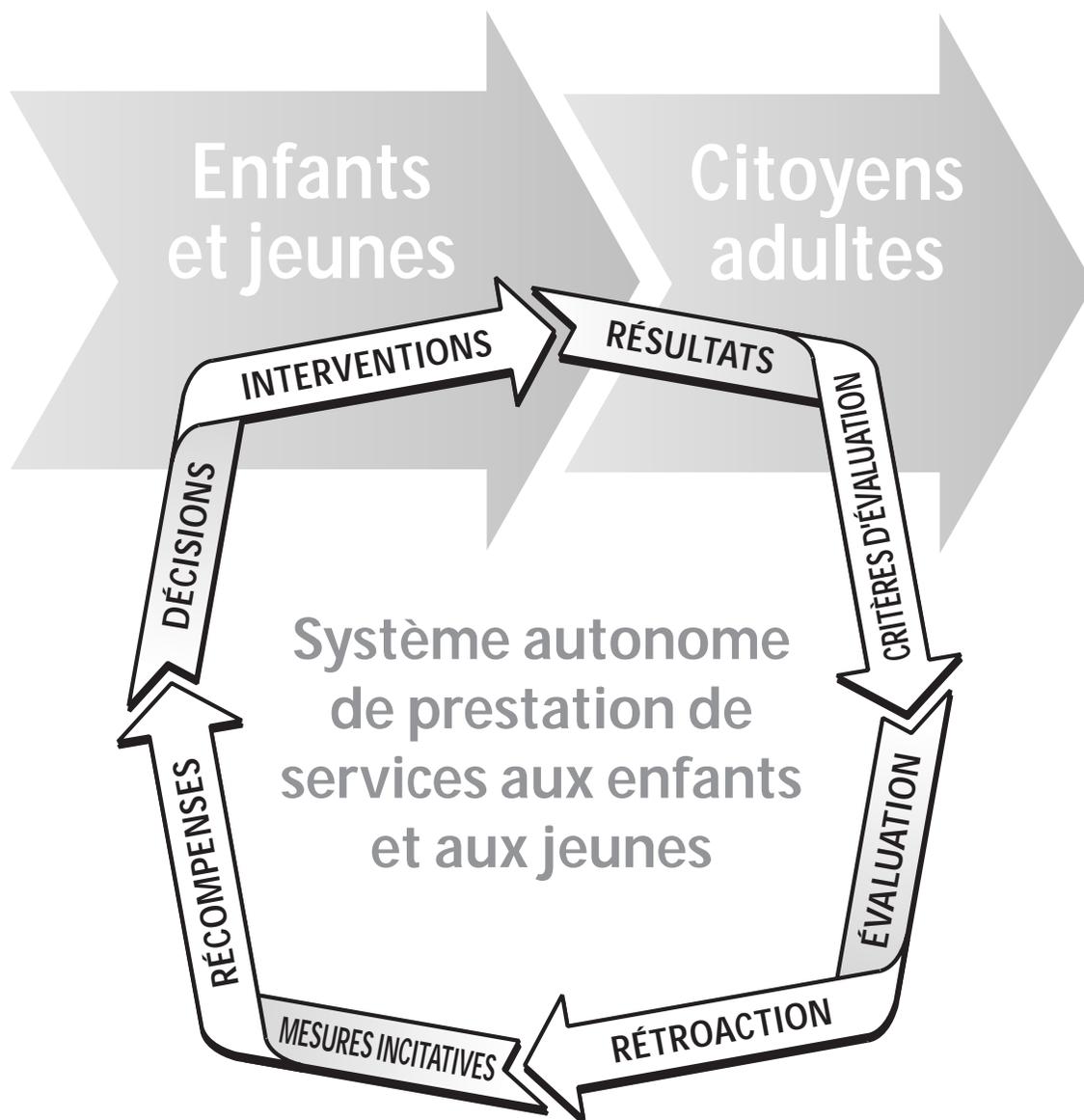
Dirigeants politiques	pour remettre les prix
Médias	pour la radiodiffusion, la télédiffusion et la publicité
Personnalités du monde du spectacle	faisant office de maîtres de cérémonie et ajoutant de l'intérêt
Chefs de file du milieu des affaires	pour offrir et remporter des prix
Personnalités de premier plan de la collectivité	pour recevoir les prix
Organisations de services	pour recevoir les prix
Le personnel et le public	recevront des prix, ce qui sera bon pour le moral

élevée, l'intervention consiste à mettre en marche la chaudière. Le résultat de cette intervention est mesuré par un thermomètre, et l'information, transmise au centre de commande (le thermostat). La fonction du centre de commande consiste à interpréter la rétroaction (La température de la pièce satisfait-elle à la norme?) et à

prendre une décision (dans ce cas, arrêter la chaudière ou la laisser continuer). Ce système d'autorégulation de la chaleur fonctionne continuellement.

Le modèle du système de prestation de services autonome, conçu selon le principe de l'autorégulation, a un fonctionnement circulaire qui fait qu'on peut le décrire à partir de n'importe lequel de ces éléments. Notre description commencera par le but et les objectifs.

1. On définit la mission, ou le but du système de soins destiné aux enfants et aux jeunes. On élabore des objectifs et des indicateurs liés aux consommateurs et à la population générale.
2. On effectue des évaluations à intervalles réguliers. À chaque évaluation, on fait la synthèse des données brutes de la recherche pour produire des résultats et des indices significatifs.
3. Les résultats, présentés sous la forme d'un rapport d'étape sur le bien-être des enfants et des familles, sont régulièrement fournis aux organisations, aux autorités régionales, aux pouvoirs publics et au public. Les résultats d'un cycle forment les données de référence pour le cycle suivant.
4. On donne des récompenses en fonction des résultats obtenus aux régions, aux organisations, aux collectivités ou aux individus conformément à la structure de mesures incitatives (le prix le plus élevé à la région qui a apporté la plus grande amélioration selon l'indice de bien-être des enfants et des familles). Les récompenses périodiques et convoitées deviennent des facteurs de motivation (par ex., on pourrait prévoir des récompenses pour la réduction des taux de récidive des jeunes délinquants et pour la réduction des taux de toxicomanie chez les jeunes, ce qui inciterait à mettre de l'avant des programmes de prévention efficaces). Non seulement les récompenses sont indispensables pour empêcher le système de flancher, mais leur nature et leur importance sont révélatrices de l'importance des enfants dans la société.
5. Les dirigeants des organisations et des systèmes d'organisations se servent des indicateurs de résultats pour évaluer les progrès par rapport aux objectifs ainsi que les mesures incitatives et les récompenses connexes. Les dirigeants se rendront compte également de l'impossibilité d'atteindre certains objectifs importants (par ex., la réduction du nombre de jeunes délinquants) sans une action concertée avec d'autres parties du système de soins. Leurs propres indicateurs sur les processus internes les aideront à arrêter les interventions pertinentes et à améliorer les résultats dans les années subséquentes.



6. Le cycle se répète, et tous les acteurs s'efforcent d'atteindre leurs objectifs. Par conséquent, chaque cycle apportera une amélioration continue à la santé mentale des enfants et des jeunes qui seront les adultes de la génération suivante. À la fin, tous en tireront parti.

Nous présentons au tableau 3 des exemples de résultats pratiques assortis d'indicateurs que les collectivités pourraient retenir ainsi que les retombées de la mise en place d'un système de prestation de services autonome. Le diagramme connexe présenté ci-haut illustre ce cycle associé à la mission d'optimiser la santé et le bien-être de tous les enfants au cours de leur développement.

### Tableau 3. Exemples d'interventions du système

---

**Objectif :** Réduire le nombre de jeunes délinquants.

**Observation :** Aucune organisation de services ou collectivité agissant seule ne peut atteindre cet objectif.

Dans un système de prestation de services autonome, les étapes pourraient être les suivantes :

1. établir et évaluer les résultats visés (par ex., réduction du nombre de jeunes délinquants);
2. faciliter la mise en place d'une structure régionale qui prendra en charge la collaboration (par ex., un directeur responsable de tous les éléments du service, ou un comité de coordination régional dont le mandat consiste à établir un plan d'action concerté pour tous les éléments du service), répartira les ressources et réorientera les services en fonction des taux de délinquance dans la région;
3. s'assurer que toutes les parties intéressées reçoivent de la rétroaction en temps opportun sur les jeunes délinquants récents;
4. mettre en place de puissantes mesures incitatives ou des récompenses substantielles liées à la réduction de la délinquance et à d'autres critères d'évaluation choisis du bien-être.

**Objectif :** Trouver un juste équilibre entre les services cliniques et les services de prévention de la toxicomanie.

**Observation :** Nous disposons des fonds requis pour les cliniciens, mais lorsque les temps sont durs, nous consacrons moins d'argent à la prévention, même si nos programmes semblent efficaces.

Dans un système de prestation de services autonome, les étapes pourraient être les suivantes :

1. définir et évaluer les résultats (par ex., taux de rechutes pour les programmes de traitement des toxicomanes et taux de toxicomanie dans la collectivité);
2. veiller à ce que le directeur exécutif du programme de lutte contre la toxicomanie dispose de l'autorité voulue pour répartir les ressources entre les programmes de prévention et de traitement selon la formule permettant d'obtenir les meilleurs résultats généraux;
3. traduire les séries de résultats en un indice unique qui reflète de manière optimale les progrès vers les résultats visés et fournir cette information au directeur exécutif du programme de lutte contre la toxicomanie;
4. mettre en place de puissantes mesures incitatives ou de récompenses substantielles liées aux réorientations menant à des résultats équilibrés.

## **MODALITÉS D'ÉLABORATION ET DE CONTRÔLE DU SYSTÈME**

Il faut que les organismes publics mettent au point des processus pour chacun des éléments jugés essentiels au fonctionnement d'un système autonome. En ce qui a trait aux résultats, le processus doit mener à l'élaboration, à la mise en œuvre et à la surveillance des indicateurs pertinents et des formes de rétroaction appropriées. En ce qui a trait aux mesures incitatives, le processus doit aboutir à l'élaboration, à la mise en place et au contrôle de puissantes mesures incitatives associées aux objectifs les plus souhaitables. Il est indispensable d'effectuer de la recherche pour parvenir à une amélioration continue du choix et du contrôle des résultats et des mesures incitatives.

Les bénéficiaires de résultats plus satisfaisants seront les familles, les organisations assurant la prestation de services, les entreprises (qui bénéficieront d'un meilleur effectif et d'une baisse du taux de criminalité), les collectivités, les pouvoirs publics et le public. Par conséquent, le processus d'élaboration devrait permettre à tous ces groupes d'être représentés.

Une fois que ces processus auront livré les premiers résultats et conduit à l'élaboration d'une stratégie pour un contrôle permanent, le système de prestation de services autonome pourra être mis en place.



## **RÔLE DU GOUVERNEMENT ET CONTRÔLE DU SYSTÈME**

Dans un système de prestation de services autonome, les pouvoirs publics provinciaux et territoriaux ont un rôle de premier plan à jouer pour autoriser et faciliter l'élaboration du système et son contrôle. Chaque gouvernement (en collaboration avec les organisations et le public) établit les conditions propices à l'élaboration du système :

- en établissant la mission générale, les objectifs, les indicateurs et le processus de rétroaction du système de soins s'adressant aux enfants;

- en créant des sous-régions à l'intérieur de chaque territoire qui seront convenablement préparées en vue de l'autonomie;
- en faisant en sorte qu'il existe à l'intérieur de chaque région des organisations ayant la capacité de mettre en œuvre des programmes découlant du mandat à l'intention de tous les enfants et de tous les jeunes (il ne sera pas nécessaire de confier en entier les ressources à une seule organisation ou de lui confier le mandat d'accomplir totalement la mission);
- en répartissant équitablement les ressources allouées;
- en mettant en place de puissantes mesures incitatives et des récompenses stimulantes à l'appui de la réalisation des objectifs découlant de la mission;
- en facilitant une activité concertée par la création d'une infrastructure d'appui et la suppression des obstacles.

En réalité, chaque gouvernement fournit les fonds et les règles (y compris le but et les facteurs de motivation), et les organisations financées obtiennent les résultats.

Au Canada, certaines des principales conditions préalables à l'élaboration d'un système de prestation de services autonome sont déjà en place (régionalisation, actions en faveur d'un financement équitable, nombre adéquat et types d'organisations pour répondre aux besoins des enfants à risque). D'autres sont sur le point de l'être (suppression des obstacles à l'action concertée, reconnaissance de la nécessité d'obtenir des résultats). D'autres n'ont pas encore été envisagées ou nécessitent que l'on passe de l'intention à l'action (énoncés de mission, objectifs, indicateurs de résultats et mesures incitatives).



## ÉVALUATION

Le système sera évalué selon sa capacité d'obtenir de meilleurs résultats pour les enfants et les jeunes comparativement à d'autres modèles de gestion de la prestation de services. Manifestement, on ne peut mener à bien une telle évaluation tant que les éléments essentiels d'un système autonome (objectifs clairs assortis d'indicateurs, rétroaction, instance dirigeante et mesures incitatives adéquates) n'auront pas été en place pendant suffisamment de temps pour que l'évaluation soit significative. En bout de ligne, le bien-être des enfants sera la mesure décisive de l'efficacité de cette approche ou de toute autre.

# DIFFICULTÉS DE MISE EN ŒUVRE

Les éléments de ce modèle conceptuel ont été publiés dans différents écrits (par ex., résultats<sup>14,16,17,20</sup>, rapports d'étape<sup>22,25,36</sup>, énoncés de mesures incitatives et formulation de méthodes diverses pour résoudre les difficultés inhérentes à la prise de décisions cohérentes d'une organisation à l'autre<sup>12</sup>). Toutefois, leur intégration dans un modèle conceptuel synthétique donnant lieu à l'établissement d'hypothèses et à leur vérification n'a jamais fait l'objet d'une publication. La première étape dans la mise en œuvre d'un modèle consiste à le mettre à la disposition des parties intéressées pour étude. C'est l'objet du présent document. En outre, le modèle a été rendu public dans des écrits scientifiques<sup>37</sup> et dans des communications données à l'occasion de conférences. Des documents d'appoint ont par ailleurs été diffusés par l'intermédiaire de Santé Canada. Outre la communication relative au modèle, sa mise en œuvre présente quatre autres difficultés.

## MODÈLES CONCEPTUELS CONSTITUANT UN CADRE D'INTERVENTION

Les gouvernements et les organisations doivent se tourner vers des modèles conceptuels pour jeter les bases de la planification. Le modèle autonome convient particulièrement à des compétences territoriales comme les provinces ou les territoires et peut être adapté à une grande organisation ou à un réseau d'organisations ayant comme principal mandat la protection des enfants et des jeunes. Trois difficultés font obstacle à cet objectif.

L'évolution de la prestation de services par l'État au fil des décennies a été caractérisée davantage par l'adoption de mesures ponctuelles pour faire face à l'évolution de la société et des conditions sociales que par l'utilisation d'un modèle conceptuel en évolution constante. On ne peut ignorer nombre des situations nouvelles qui surviennent, et il est difficile de produire un plan conceptuel tenant compte de tous les imprévus.

En ce qui a trait aux enfants, l'État délègue souvent les responsabilités à divers ministères selon les catégories d'enfants à risque sans prévoir un centre administratif quelconque chargé du vaste domaine de l'enfance dans la population générale. Ce morcellement accroît la difficulté d'élaborer et d'adopter une politique et des plans plus généraux et plus complets.

Dans leur quête de responsabilisation, les pouvoirs publics s'ingèrent souvent dans l'administration et le contrôle quotidiens des organisations qu'ils financent et pourraient trouver difficile de passer d'un style de contrôle par la microgestion

à un modèle où leur influence s'exercera en contrôlant le choix des résultats et des mesures incitatives.

### **UTILISATION DE CRITÈRES D'ÉVALUATION DES RÉSULTATS**

L'élaboration et l'utilisation des critères d'évaluation des résultats ont fait leur apparition au cours de la dernière décennie. Malgré cela, il reste beaucoup à faire pour que les responsables de l'élaboration de programmes et des améliorations disposent d'une information adéquate et facilement accessible à un coût acceptable.

Si, par exemple, les objectifs sont de parvenir à faire en sorte que les enfants se sentent en sécurité, informés, responsables, aimés et en bonne santé, quels sont les critères d'évaluation en place actuellement qui pourraient constituer des indicateurs acceptables? Certains objectifs peuvent se prêter facilement à des techniques d'évaluation adéquates, mais pour d'autres, aussi souhaitables qu'ils puissent être, les techniques restent à élaborer.

Il faut résoudre de nombreuses difficultés, notamment celle qui consiste à choisir des résultats sensibles aux variations temporelles et régionales, significatifs pour le grand public, suffisamment détaillés pour être considérés comme conformes à la situation générale des enfants et des jeunes et non manipulés au profit des personnes concernées.

### **RECONNAISSANCE ET CIBLAGE DE LA MOTIVATION**

Les études sur les résultats sont nombreuses, mais on n'a guère fait de recherche sur les facteurs de motivation influant sur les organisations de santé et de prestation de services. Il est clair que le profit financier motive les organisations qui assurent la prestation de services, mais il reste à évaluer le lien entre une certaine forme de récompense et les résultats en matière de santé mentale. On se heurte à trois difficultés en ce qui a trait à l'intégration du volet motivation dans le système :

- Il faut être conscient que de nombreux facteurs de motivation influent sur les interventions des organisations, facteurs qui peuvent être plus puissants que ceux ayant trait au bien-être des enfants et des jeunes (faire des profits, équilibrer leur budget, soustraire un service public de l'attention des médias, maintenir les relations personnelles entre les directeurs exécutifs des organisations).
- Une fois que l'on a pris conscience des autres facteurs de motivation, ceux axés sur l'amélioration des résultats doivent être ajoutés aux mesures incitatives et aux récompenses nouvellement élaborées, et tous doivent être renforcés pour

obtenir un effet optimal. Il y a lieu de réduire le plus possible l'influence des facteurs ne mettant pas l'accent sur les résultats.

- La troisième difficulté consiste à élaborer les méthodes qui feront en sorte que tous les facteurs de motivation seront axés sur l'amélioration des résultats des enfants.

On pourrait émettre l'hypothèse que l'influence inhérente des facteurs de motivation et le degré selon lequel ils sont exploités pour obtenir de meilleurs résultats chez les enfants détermineront la mesure dans laquelle les enfants se sentiront mieux au fil des années.

### CHANGEMENTS DE PARADIGMES

Le modèle sous-entend une perspective différente dans un certain nombre de secteurs de services :

- la gestion de la prestation de services par l'adoption d'une macrogestion plutôt que d'une microgestion;
- l'intégration de la notion de récompense pour le travail accompli, et cela dans un secteur de prestation de services où aux yeux de la plupart des gens, l'altruisme devrait être la principale motivation;
- l'abandon du processus de production (divers indicateurs de la charge de travail et processus de cheminement) au profit d'un objectif axé sur la quantité de produits désirée – résultats chez les enfants et les jeunes. Différencier les indicateurs de résultats des indicateurs de processus pose encore une difficulté pour certains administrateurs.

Tous les objectifs susmentionnés exigent un changement de paradigmes auquel nombre d'administrateurs et de gestionnaires ne sont peut-être pas préparés. En outre, changer la dynamique d'un secteur qui dépense des milliards de dollars annuellement<sup>38</sup> revient peut-être à certains égards à trancher le nœud gordien. Les changements de paradigmes sont parfois plus faciles à recommander qu'à mettre en œuvre.

À vrai dire, comme l'observe Barker<sup>39</sup>, lorsqu'on croit fermement à un paradigme quelconque (Kuhn<sup>40</sup>), on peut être réticent à abandonner des activités auxquelles on croit et qui sont familières – attitude qu'il qualifiait de « maladie mortelle de la certitude ».

## RELEVER LES DÉFIS

En dépit des difficultés, le modèle adopte une perspective suffisamment large et suffisamment simple pour qu'on puisse non seulement le mettre en œuvre, mais également par étapes évolutives. Le domaine en plein essor de la recherche sur les résultats conduira à de nouvelles publications du gouvernement sur la situation des enfants et des jeunes dans les différentes régions du Canada. Étant donné que ces publications donneront lieu à de meilleurs critères d'évaluation de la situation des enfants et des jeunes, on se rendra davantage compte de l'intérêt de disposer de statistiques sur les résultats. La publication de données sur les résultats réels incitera alors le public, les organisations de financement et les gouvernements à exiger une plus grande amélioration encore des résultats. À lui seul, ce processus de développement modifiera graduellement l'allure de la prestation de services et la poussera encore plus fortement dans la voie de l'autorégulation.



## **AVANTAGES ET EFFETS POTENTIELS**

Les avantages potentiels les plus importants d'un système d'autorégulation sont d'améliorer l'équilibre et le bien-être des enfants et des jeunes. En fait, cet avantage, plus que tout, devrait être la norme en vertu de laquelle on évaluera la prestation de services.

Néanmoins, il existe plusieurs autres avantages et effets potentiels :

- Le système est applicable à la fois aux enfants recevant des services et aux enfants de la population générale.
- Le système induit (plus qu'il n'exige ou préconise) une planification et des interventions concertées à l'intérieur des régions, ce qui permet à ces dernières et aux collectivités d'avoir une plus grande maîtrise de leurs organisations et du système de soins.
- Les collectivités et les régions ont toute liberté pour être créatives dans les partenariats qu'elles mettent en place dans la recherche de meilleurs résultats pour les enfants.
- Les données obtenues fournissent une information utile pour les décisions et les interventions. Le système facilite la liaison entre les coûts et les résultats. Il

permet de mieux établir les priorités et les interventions par le choix des indicateurs et des mesures incitatives connexes. Il sera ainsi plus facile de trouver un juste équilibre dans l'affectation des ressources entre les activités cliniques et les activités de prévention et de promotion pour une région donnée.

- Le système peut s'adapter à diverses conditions, que celles-ci soient produites par des facteurs externes (niveau élevé de chômage, situation socioéconomique difficile), ou des facteurs internes (limitation des ressources pour les organisations de services).
- Le système s'appuie sur des principes fondamentaux qui sont similaires à ceux que l'on trouve dans l'entreprise et font que les entreprises rentables survivent et que celles qui ne le sont pas disparaissent. Cela signifie que les organisations qui seront en mesure de faire état d'une amélioration de la santé mentale des enfants, dans leur sphère de responsabilité, continueront à être financées tandis que celles qui ne seront pas en mesure de faire état d'une amélioration auront le choix entre modifier leurs pratiques ou perdre leur soutien financier. Il ne s'agit pas ici de tomber dans l'écueil de ce qu'on considère comme le côté insensible du milieu des affaires. Les enjeux diffèrent grandement : alors que les affaires tournent autour des gains financiers, le but d'une organisation de protection de l'enfance et de la jeunesse est d'améliorer le bien-être.
- Le système est compatible avec d'autres outils de gestion comme la gestion de la qualité totale et les systèmes de perfectionnement continu.
- Le système attire l'attention sur les domaines posant des problèmes particuliers par le choix des indicateurs (par ex., suivi de trois à cinq ans des enfants âgés de huit ans ayant des troubles sévères se traduisant par un comportement perturbateur).
- Les données sur les résultats obtenus seront utiles aux organisations, aux gouvernements et au public pour comprendre les problèmes des enfants et préconiser des solutions.
- Le recours à des mesures incitatives et à des récompenses est beaucoup plus susceptible de stimuler le moral des travailleurs de première ligne que d'autres approches répressives ou non ciblées.
- Les politiciens qui appuient le développement de ce système et la participation soutenue à ce système sont placés dans une situation bénéfique à tous : les enfants tireront profit des interventions positives à l'appui des collectivités et des familles que les politiciens auront mises de l'avant.

- Les corps administratifs n'auront plus à faire de microgestion et ils auront le loisir de mettre l'accent sur la gestion des résultats, c'est-à-dire établir les règles, affecter les ressources, mesurer et surveiller les indicateurs, mettre en œuvre et surveiller les mesures incitatives et récompenser le succès.
- Bien que la plupart des systèmes de prestation de services soient issus de systèmes antérieurs et de solutions ponctuelles, ce système en tant que modèle se prête à la vérification des hypothèses, y compris celles se rapportant à ses avantages potentiels.
- Il s'agit d'un système autonome, qui s'autoréglemente et s'autoperpétue.



## **CONSÉQUENCES POUR LA PRESTATION DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE**

Dans le cadre du système autonome, les services de santé mentale seront davantage axés sur les résultats. Les gouvernements provinciaux et territoriaux pourront s'attaquer à plusieurs problèmes inhérents à l'actuelle prestation de services en concentrant leurs efforts sur l'établissement des quatre éléments, de la manière suivante :

- en élaborant et en choisissant des indicateurs de santé mentale utiles aux enfants et aux jeunes qui reçoivent des services et à ceux de la population en général qui peuvent être à risque;
- en élaborant un processus de rétroaction qui est apprécié, efficace et produit à intervalles réguliers;
- en élaborant des mesures incitatives vigoureuses à l'appui de la plupart des indicateurs les plus souhaitables;
- en créant ou en favorisant la création d'une entité susceptible d'influer sur tous les services de traitement, de prévention et de promotion dans le domaine de la santé mentale des enfants et des jeunes. Cette «entité» est mieux décrite par son but que par sa forme. Ainsi, elle a pour but unique d'améliorer la santé mentale des jeunes, mais il pourrait s'agir d'une personne, d'un comité ou d'un groupe interorganismes nommé par décret, choisi par voie de concours ou élu.

Son fonctionnement pourrait reposer sur la facilitation, l'effet de levier ou un arrêté. Quelle que soit la forme qu'elle prendra, l'entité sera jugée d'après ses progrès dans l'achèvement de sa mission.

La seconde série de conséquences concerne le milieu de la recherche. Pour dire les choses simplement, il y a pénurie de recherche sur (1) l'élaboration et la sélection d'indicateurs clé de la santé mentale des enfants et des jeunes et (2) sur la sélection et la mise en œuvre de récompenses et de mesures incitatives pour les activités qui améliorent la santé et le bien-être.

Il existe un certain nombre de conséquences pour les organisations de prestation de services de santé mentale. Les gouvernements pourraient montrer qu'ils souhaitent la responsabilisation des organisations en leur attribuant des récompenses susceptibles de leur donner l'élan requis pour évaluer leur efficacité. En outre, un organisme à lui seul sera souvent incapable d'atteindre un objectif fixé avec soin. Les organisations chargées de la protection de l'enfance et de la jeunesse désireuses d'atteindre leurs objectifs, d'être admissibles aux récompenses et, dans certains cas, de bénéficier d'un financement soutenu seront extrêmement motivées à se regrouper avec d'autres organisations compétentes de façon à améliorer leur efficacité globale.

Enfin, il y a également des conséquences pour d'autres modèles de prestation de services qui, à l'instar de ce modèle, devraient être évalués pour qu'on détermine leur efficacité et leurs avantages.

## CONCLUSION

Le présent document propose que l'on s'efforce de résoudre nombre des difficultés de fond déjà anciennes relatives à la prestation de services en adoptant une approche d'autorégulation. Le système de prestation de services autonome met nettement l'accent sur l'évaluation régulière des résultats dans deux domaines : les consommateurs des services et la population générale. On compte sur la mise en place et l'utilisation régulière de puissantes mesures incitatives axées sur des indicateurs de résultats pour générer un système d'amélioration constante des résultats. Il nous apparaît que plusieurs autres caractéristiques en sont issues ou sont induites naturellement par le système : meilleure qualité, amélioration de la responsabilisation, coopération entre organisations, réduction des doubles emplois, renforcement du soutien communautaire, bon moral du personnel, efficacité et meilleure utilisation des ressources. Le système est stimulé par notre recherche inlassable de succès pour nos enfants.

« DE BONS OUTILS DE MESURE POUR DU TRAVAIL BIEN FAIT »

(Peters et Waterman [1982] *In Search of Excellence*)<sup>41</sup>

# BIBLIOGRAPHIE

1. Stroul, B.A., et R.M. Friedman. *A System of Care for Severely Emotionally Disturbed Children and Youth*, Washington D.C., Georgetown University Child Development Center, Child and Adolescent Service System Program Technical Assistance Center, 1986.
2. Culbertson, J.L. «Clinical Child Psychology in the 1990s: Broadening Our Scope», *Journal of Clinical Child Psychology*, no 116, p. 116-122, 1993.
3. Junek, W. *Problems Serving Children at Risk: Observations and Issues*, Communication présentée à l'assemblée générale annuelle de la Ligue canadienne pour la protection de l'enfance à Halifax, en Nouvelle-Écosse, le 17 juin 1994.
4. Henggeler, S.W. «A Consensus: Conclusions of the APA Task Force Report on Innovative Models of Mental Health Services for Children, Adolescents and Their Families», *Journal of Clinical Child Psychology*, no 23 (suppl.), p. 3-6, 1994.
5. Friedman, R.M. «Restructuring of Systems to Emphasize Prevention and Family Support», *Journal of Clinical Child Psychology*, no 23 (suppl.), p. 40-47, 1994.
6. Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la santé mentale et le bien-être des enfants et des jeunes. *Bases pour l'avenir: rapport du Groupe de travail sur les services de santé mentale destinés à l'enfance et à la jeunesse*, Ottawa, Ontario, Santé Canada, 1990.
7. Lerman, P. «Child Welfare, the Private Sector, and Community-Based Corrections», *Crime and Delinquency*, no 30, p. 5-38, 1984.
8. Rutter, M. *Changing Youth in a Changing Society*, Nuffield Provincial Hospitals Trust, London (R.-U.), 1979.
9. Thompson, A.H. «Young Offender, Child Welfare, and Mental Health Caseload Commonalities», *Revue canadienne de criminologie*, no 30, p. 135-144, 1988.
10. Offord, D.R., M.H. Boyle, P. Szatmari et coll. «Ontario Child Health Study II, Six Month Prevalence of Disorder and Rates of Service Utilization», *Archives of General Psychiatry*, no 44, p. 832-836, 1987.
11. Rae Grant, N., D.R. Offord, et H. Munroe Blum. «Ontario Child Health Study: Implications for Clinical Services, Research and Training», *Canadian Journal of Psychiatry*, no 34, p. 492-499, 1989.
12. Kagan, S.L., et P. Neville. *Integrating Services for Children and Families – Understanding the Past to Shape the Future*, New Haven, CT, Yale University Press, 1993.
13. Miller, J.G. *Living Systems*, Mc Graw-Hill, New York (N.Y.), 1978.
14. Plante, T.G., C.E. Couchman, et A.R. Diaz. «Measuring Treatment Outcome and Client Satisfaction among Children and Families», *Journal of Mental Health Administration*, no 22, p. 261-269, 1995.
15. Costello, E.J., B.J. Burns, A. Angold et coll. «How Can Epidemiology Improve Mental Health Services for Children and Adolescents?», *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, no 32, p. 1106-1114, 1993.
16. Henggeler, S.W., S.K. Schoenwald, S.G. Pickrel et coll. «The Contribution of Treatment Outcome Research to the Reform of Children's Mental Health Services: Multisystemic Therapy as an Example», *Journal of Mental Health Administration*, no 21, p. 229-239, 1994.
17. Fabry, B.D., R.P. Hawkins et W.C. Luster. «Monitoring Outcomes of Services to Children and Youth with Severe Emotional Disorders: An Economical Follow-up Procedure for Mental Health and Child Care Agencies», *Journal of Mental Health Administration*, no 21, p. 271-282, 1994.
18. Bickman, L., P.R. Guthrie, E.M. Foster et coll. *Evaluating Managed Mental Health Services: The Fort Bragg Experiment*, Plenum Publishing, New York (N.Y.), 1995.

19. Bartlett, J., et J. Cohen. «Building an Accountable, Improvable Delivery System», *Administration and Policy in Mental Health*, no 21, p. 51-58, 1993.
20. Schalock, R.L. *Outcome-Based Evaluation*, Plenum Press, New York (N.Y.), 1995.
21. Jenkins, R. «Towards a System of Outcome Indicators for Mental Health Care», *British Journal of Psychiatry*, no 157, p. 500-514, 1990.
22. Kane, R.L., J. Bartlett et S. Potthoff. «Building an Empirically Based Outcomes Information System for Managed Mental Health Care», *Psychiatric Services*, no 46, p. 459-461, 1995.
23. Mirin, S.M., et M.J. Namerow. «Why Study Treatment Outcome?», *Hospital and Community Psychiatry*, no 42, p. 1007-1013, 1991.
24. Minnesota Milestones. *A Report Card for the Future*, St. Paul (MN), MN Planning, 1992.
25. Oregon Benchmarks. *Standards for Measuring Statewide Progress and Government Performance*, Report to the 1993 Legislature, Salem (OR), Oregon Progress Board, 1992.
26. Thompson, A.H., A.W. Howard et Y. Jin. *A Social Problem Index for Canada*, présenté pour publication.
27. Nelson, D.M., et C.A. Pearson. *Integrating Services for Children and Youth with Emotional and Behavioral Disorders*, The Council for Exceptional Children, Reston (VA), 1991.
28. Schor, L. *Within Our Reach – Breaking the Cycle of Disadvantage*, New York (N.Y.), Anchor Press/Doubleday, 1988.
29. Felner, R.D., S. Brand, P. Mulhall et coll. «Restructuring the Ecology of the School as an Approach to Prevention During School Transitions: Longitudinal Follow ups and Extensions of the School Transitional Environment Project (STEP)», *Prevention in Human Services*, no 10, p. 103-136, 1999.
30. Saxe, L., T. Cross et N. Silverman. «Children's Mental Health: The Gap Between What We Know and What We Do», *American Psychologist*, no 43, p. 800-807, 1988.
31. Tremblay, R.E., et W.M. Craig. *Developmental Crime Prevention, Crime and Justice*, p. 479-564, 1995.
32. Hewlett, S.A. *When the Bough Breaks*, HarperCollins/Basic Books, New York (N.Y.), 1991.
33. Davis, C.K. «Commitment and Cost Control in the Health Care System», *American Psychologist*, no 37, p. 1359-1361, 1982.
34. Frank, R.G., et H.H. Goldman. «Financing Care of the Severely Mentally II: Incentives, Contracts, and Public Responsibility», *Journal of Social Issues*, no 45, p. 131-144, 1989.
35. Miller, T.R., D.C. Lestina et M.S. Galbraith. «Patterns of Childhood Medical Spending», *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, no 149, p. 369-373, 1995.
36. Georgia Policy Council for Children and Families. *Aiming for Results: A Guide to Georgia's Benchmarks for Children and Families*, Georgia Policy Council for Children and Families, Atlanta (Georgie), 1996.
37. Junek, R.W., et A.H. Thompson. «Self-Regulating Service Delivery Systems: A Model for Children and Youth at Risk», *The Journal of Behavioral Health Services and Research*, no 26, p. 64-79, 1999.
38. Dingwall Hon, D., ministre de la Santé. Assemblée générale annuelle de la Ligue canadienne pour la protection de l'enfance, à Ottawa, en Ontario, le 25 novembre 1996.
39. Barker, J.A. *Paradigms: The Business of Discovering the Future*, New York (N.Y.), Harper Collins, 1992.
40. Kuhn, T. *The Structure of Scientific Revolutions*, 3<sup>e</sup> édition, Chicago (IL.), University of Chicago Press, 1966.
41. Peters, T.J., et R.H. Waterman fils. *In Search of Excellence: Lessons from America's Best-Run Companies*, Harper & Row, New York, 1982.