



# Promouvoir les soins de santé mentale collaboratifs dans les établissements de soins primaires au Canada :

Cadre national de la qualité  
et mesures recommandées

---

RAPPORT PRÉSENTÉ À LA  
Commission de la Santé Mentale du Canada

Nadiya Sunderji  
Allyson Ion  
Vincent Tang  
Matthew Menear

Gwen Jansz  
Pamela Wener  
Abbas Ghavam-Rassoul  
Michel Gervais



Commission de  
la santé mentale  
du Canada

Mental Health  
Commission  
of Canada

[commissionsantementale.ca](http://commissionsantementale.ca)

# Remerciements

Ce rapport est le fruit d'un projet de partenariat de deux ans entre l'équipe de recherche sur l'amélioration de la qualité dans les soins collaboratifs (QI4CC), basée à l'Hôpital St. Michael's; le groupe de travail conjoint de l'Association des psychiatres du Canada (APC) et du Collège des médecins de famille du Canada sur les soins de santé mentale partagés; et la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC). Ce projet est né de précédents travaux axés sur l'Ontario menés par l'équipe QI4CC.\*

Ce projet, dirigé par Nadiya Sunderji, M.D., a été réalisé avec le soutien d'un réseau de chercheurs constitué entre autres de Allyson Ion, candidate au doctorat, Vincent Tang, étudiant en médecine, Matthew Menear, Ph. D., Gwen Jansz, M.D., Ph. D., Pamela Wener, Ph. D., Abbas Ghavam-Rassoul, M.D. et Michel Gervais, M.D. L'équipe tient à exprimer sa reconnaissance aux nombreuses personnes qui ont contribué à ses travaux, notamment :

- les membres de l'équipe de recherche QI4CC, pour leur engagement, leur rétroaction et leur soutien à toutes les étapes du projet, et plus particulièrement Priya Vasa, M.D. et Ann Stewart, M.D.;
- Laura Carvalhal Schoffel pour son aide avec le recrutement de participants aux entrevues et la gestion des données d'entrevue;
- le Centre d'échange des connaissances de la CSMC, qui a rendu ce projet possible grâce à un petit accord de partenariat, ainsi que Francine Knoops, Bonita Varga, Christopher Canning, Ph. D. et Brandon Hey pour leur orientation et leur soutien;
- les membres du groupe de travail conjoint de l'APC et du CMFC, qui ont formulé de nombreux commentaires judicieux tout au long de la recherche et suggéré des participants potentiels pour les entrevues, à savoir Nick Kates, M.B.B.S. (coprésident), Patricia Mirwaldt, M.D., (coprésidente), Pam Doran, M.D., Maria Patriquin, M.D. et le regretté Roger Bland, M.D.C.M.;

- Alpna Munshi, M.D., pour ses précieux conseils sur la compétence culturelle et la mesure de celle-ci;
- les membres du Groupe du corridor et du Conseil consultatif des jeunes de la CSMC, qui ont aidé l'équipe de recherche à ancrer les travaux dans leurs expériences vécues grâce à leurs commentaires et à leurs recommandations réfléchies.

*This document is available in English*

## CITATION SUGGÉRÉE

Sunderji, N., Ion, A., Tang, V., Menear, M., Jansz, G., Wener, P., Ghavam-Rassoul, A. et Gervais, M. *Promouvoir les soins de santé mentale collaboratifs dans les établissements de soins primaires au Canada : Cadre national de la qualité et mesures recommandées* Ottawa, Canada, Commission de la santé mentale du Canada, 2019.

Ce document est accessible sur le site [commissionsantementale.ca](http://commissionsantementale.ca).

© Commission de la santé mentale du Canada, 2020

ISBN : 978-1-77318-293-3

Dépôt légal, Bibliothèque nationale du Canada



Santé Health  
Canada Canada

Les opinions présentées ici représentent uniquement le point de vue de la Commission de la santé mentale du Canada. La production de ce document a été rendue possible grâce à la contribution financière de Santé Canada.

\* Visitez le [site Web](#) de l'équipe QI4CC pour obtenir de plus amples renseignements sur la portée de ses recherches.



Pour moi, la principale pièce manquante était l'espoir. On m'a dit que j'allais souffrir de la maladie mentale et être sous médication jusqu'à la fin de mes jours, et que je ne serais jamais en mesure de travailler. Si j'avais discuté avec d'autres personnes ayant aussi vécu la maladie mentale, mais qui étaient plus avancées dans leur cheminement de rétablissement (grâce au soutien par les pairs), j'aurais pu retrouver espoir.

Si j'avais reçu des soins comme ceux décrits dans le cadre, j'aurais regagné espoir, mais en plus, j'aurais compris que le rétablissement est non seulement possible, mais aussi très atteignable. J'aurais alors été certain et réconforté de savoir que mes professionnels de la santé communiquaient les uns avec les autres en mettant mes intérêts en priorité. J'aurais aimé avoir en main les outils pour autodéterminer et justifier mon plan de traitement, plutôt que d'aveuglement faire ce qu'on me disait, sous la menace de perdre des services si je désobéissais. En bref, oui, le cadre est un idéal, mais s'il devient la réalité, il donnera lieu à une expérience de prestation de services positive.



... Témoignage partagé lors des consultations, par une personne ayant des antécédents de maladie mentale

# Table des matières



<b>Introduction</b>	<b>5</b>
<b>Méthodologie</b>	<b>6</b>
Contexte	6
<i>Le cadre original d'amélioration de la qualité dans les soins collaboratifs</i>	6
<i>Réviser le cadre d'amélioration de la qualité dans les soins collaboratifs</i>	6
<i>Comparer les indicateurs de la CSMC avec le cadre d'amélioration de la qualité dans les soins collaboratifs</i>	7
Éthique	8
Participants	8
Collecte et analyse des données	9
<i>Extraction des dimensions de la qualité à mesurer</i>	9
<i>Validation des dimensions de la qualité à mesurer</i>	9
<i>Révision et validation du cadre</i>	10
<i>Définir les différentes mesures</i>	10
<b>Caractéristiques démographiques des participants</b>	<b>11</b>
<b>Le cadre QI4CC révisé</b>	<b>13</b>
<i>Domaines de qualité dans les soins collaboratifs</i>	14
<i>Les dimensions de la qualité propres aux soins collaboratifs</i>	15
<b>Recommandations concernant la mesure de la qualité des soins collaboratifs au niveau des pratiques</b>	<b>22</b>
<b>Discussion</b>	<b>26</b>
<i>Limites</i>	27
<b>Références</b>	<b>28</b>

# Introduction

Pour améliorer la qualité des soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances, les spécialistes, les fournisseurs de soins primaires, les utilisateurs de services, les familles et les autres intervenants doivent travailler ensemble de manière structurée. Toutefois, si les soins de santé mentale collaboratifs\* au Canada sont largement considérés comme une pratique fondée sur les données probantes<sup>1,2,3,4</sup>, leur mise en œuvre à l'échelle du pays varie considérablement et peut aussi s'écarter des modèles appuyés sur des données empiriques. En conséquence, leur capacité à améliorer les résultats des utilisateurs de services et des populations est limitée<sup>5,6</sup>. En effet, les fournisseurs de soins de santé, les dirigeants administratifs et les décideurs ont souvent du mal à repérer des pratiques fondées sur des données probantes et des soins collaboratifs adaptés au contexte, et, pour cette raison, trouvent ardu d'évaluer et d'améliorer ces soins dans leur région.

Conçu pour aider les parties prenantes à organiser et à fournir des services primaires de santé mentale et de lutte contre les dépendances, le nouveau cadre sur l'amélioration de la qualité dans les soins collaboratifs (QI4CC) qui est décrit dans le présent rapport poursuit les objectifs suivants :

- aider les planificateurs et les chefs de file des pratiques et des orientations politiques à acquérir une compréhension commune des dimensions de la qualité dans les services de soins collaboratifs;
- aider à mettre en évidence les initiatives et les structures requises pour favoriser la mise en œuvre du cadre;

\* Les termes *soins collaboratifs* seront utilisés tout au long de ce document à la place de *soins de santé mentale collaboratifs*.

- aider les planificateurs et les dirigeants à établir des mesures pour les principales cibles de qualité en vue de mettre en œuvre des soins collaboratifs efficaces;
- soutenir les initiatives de mesure de la qualité et d'amélioration de la qualité;
- faciliter la création de nouvelles données probantes fondées sur la pratique dans le domaine des soins collaboratifs, notamment les recherches comparatives sur l'efficacité.

Les mesures prélevées au niveau des pratiques peuvent étayer les initiatives locales visant l'amélioration de la qualité, à condition d'être pertinentes, mesurables, informatives, interprétables et réalisables. Ces mesures devraient être complémentaires aux indicateurs au niveau des populations – comme ceux élaborés par la Commission de la santé mentale du Canada<sup>7</sup> – pour assurer leur pertinence sur le plan des politiques. Cette pertinence est essentielle pour obtenir les ressources nécessaires pour la mise en œuvre et le maintien des initiatives.

Le présent rapport répond à deux autres grands objectifs du projet :

- mettre à jour l'actuel cadre QI4CC sur l'amélioration de la qualité dans les soins collaboratifs<sup>8</sup> afin de refléter les différentes perspectives pancanadiennes et les recommandations des cliniciens, des dirigeants et des décideurs du domaine des soins collaboratifs; et
- mettre au point et recommander des mesures de la qualité à prendre en priorité lors de l'évaluation des soins collaboratifs dans les établissements de soins primaires.

# Méthodologie

## Contexte

Nous avons réalisé une étude qualitative pour explorer l'état actuel des soins collaboratifs au Canada et pour déterminer de quelle manière nous pourrions définir et mesurer leur qualité. Nous avons commencé par nous pencher sur le cadre QI4CC que nous avons précédemment élaboré pour la région du Grand Toronto<sup>9</sup> afin d'évaluer sa pertinence pour l'ensemble du Canada. Nous avons aussi cherché à aligner ce cadre avec d'autres initiatives pertinentes sur le plan stratégique, comme les indicateurs de santé mentale élaborés par la CSMC<sup>10</sup>. Tout au long du projet, nous avons mobilisé et consulté une série d'intervenants partout au pays, à savoir le groupe de travail conjoint de l'Association des psychiatres du Canada (APC) et du Collège des médecins de famille du Canada sur les soins de santé mentale partagés; des conseillers ayant des antécédents de maladie mentale qui sont membres du Groupe couloir ou du Conseil consultatif des jeunes de la CSMC; ainsi que des cliniciens, des chercheurs et d'autres parties prenantes ayant participé à la Conférence canadienne des soins de santé mentale collaboratifs. Ces consultations ont contribué à façonner notre stratégie et à réaliser notre étude qualitative, notamment en contribuant au recrutement de participants, à la collecte de données ainsi qu'à l'analyse et à l'interprétation des résultats et des répercussions.

## Le cadre original d'amélioration de la qualité dans les soins collaboratifs

Comme mentionné, le cadre révisé se fonde sur des travaux antérieurs de notre équipe de recherche<sup>11, 12, 13</sup>. Il est étayé par les multiples formes de connaissances requises pour soutenir l'adoption et la durabilité des soins

collaboratifs dans une pratique clinique réelle<sup>14, 15, 16, 17</sup>. En effet, nous avons mis à profit des connaissances scientifiques tirées d'études et de synthèses de données probantes, des connaissances pragmatiques et contextuelles de cliniciens de première ligne et d'administrateurs, ainsi que des connaissances expérientielles de personnes aux prises avec des maladies mentales ayant eu des contacts directs avec les services de santé mentale et de soins primaires. Nous avons également réalisé un examen systématique des recherches scientifiques et de la littérature « grise » (avec une portée internationale)<sup>18</sup>, en plus des entretiens qualitatifs menés auprès de fournisseurs de soins de santé et d'utilisateurs de services collaboratifs en santé mentale, à Toronto.<sup>19, 20</sup> En outre, nous avons fait appel à un conseil consultatif formé d'experts du milieu (majoritairement basés dans la région du Grand Toronto, bien que plusieurs possédaient une expérience régionale ou nationale pertinente).

## Réviser le cadre d'amélioration de la qualité dans les soins collaboratifs

Pour mettre au point la nouvelle version du cadre QI4CC, nous avons compilé les données probantes susceptibles d'étayer le déploiement à l'échelle nationale et de favoriser la création de mesures pancanadiennes. Nous croyions que trois principaux facteurs pourraient mettre en cause la pertinence du cadre à l'échelle du pays.

- 1. Les variations dans la réforme des soins primaires :** La réforme des soins primaires dans les modèles de soins par équipes (p. ex. le Centre de médecine de famille) diffère d'une région à l'autre du Canada.
- 2. Les soins de santé prodigués dans les régions rurales et éloignées :** Les types d'activités collaboratives auxquelles s'adonnent les médecins de famille et le personnel infirmier dans les régions rurales et éloignées diffèrent de ceux mis en place dans les centres urbains (p. ex. l'utilisation de services de télésanté, la collaboration avec des fournisseurs de services à domicile). La distribution inégale des ressources humaines en santé entre les secteurs urbains et ruraux entraîne également des variations dans les services collaboratifs.

- 3. Le caractère approprié pour les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis :** Notre définition des soins collaboratifs et notre conceptualisation de la *qualité* reposent sur des connaissances eurocentriques, ainsi que sur la littérature et le savoir expérientiel ancrés dans un paradigme positiviste théorique\* et dans les pratiques médicales occidentales, qui ne correspondent pas nécessairement à la vision du monde et aux approches autochtones.†

## Comparer les indicateurs de la CSMC avec le cadre d'amélioration de la qualité dans les soins collaboratifs

Pour étayer et cibler notre collecte et notre analyse de données et assurer la pertinence de notre ensemble de mesures de la qualité à l'échelle nationale, l'équipe de recherche a comparé le cadre QI4CC existant avec les indicateurs de la santé mentale élaborés et approuvés par la CSMC.<sup>21</sup> Après un examen de ces deux documents sources, nous avons posé les hypothèses suivantes pour le projet :

- Les soins collaboratifs constituent une approche soutenue par des données empiriques à l'égard de l'amélioration de la santé mentale de la population.
- Les politiques et le financement dans le domaine de la santé mènent directement aux structures qui façonnent les processus de prestation des soins de santé sur le terrain.
- Il est important de travailler simultanément pour mesurer la qualité des soins et améliorer ceux-ci tant au niveau des systèmes, des populations et des politiques qu'au niveau des pratiques cliniques. Les résultats associés aux processus de soins collaboratifs peuvent être mesurés au niveau des individus ou au niveau des populations (p. ex. à partir des données administratives).
- Le leadership collectif des diverses parties prenantes, soit des décideurs jusqu'aux professionnels de la santé en passant par les utilisateurs de services, est indispensable pour assurer l'évolution continue et la mise en œuvre efficace des soins collaboratifs en vue de répondre aux besoins de santé de la population.

\* Selon cette perspective, il existe une seule vision juste de la réalité qui peut être reproduite de façon indépendante, quel que soit l'observateur.

† Malheureusement, nous avons dû reconnaître que l'interaction significative et respectueuse avec les gardiens du savoir autochtone dépassait la capacité de ce projet.



Sur la base de notre comparaison et de notre recherche de thèmes communs, nous avons décidé, en consultation avec nos partenaires de la CSMC, de nous concentrer sur quatre domaines d'indicateurs au niveau des pratiques qui devraient s'appliquer aussi au niveau clinique local et au niveau des politiques. Ces indicateurs sont les suivants :

1. Accès et opportunité
2. Résultats liés aux soins prodigués aux clients
3. Équité et soins axés sur la population
4. Inclusion et participation des clients

## Éthique

Ce projet a été approuvé par le comité d'éthique à la recherche de l'Hôpital St. Michael's. Tous les participants ont donné leur consentement verbal à participer aux activités de collecte de données.

## Participants

De février à octobre 2018, nous avons communiqué par courriel et par télécopieur avec 59 personnes aux quatre coins du Canada pour les inviter à participer à notre étude à titre de répondants clés. Les participants potentiels ont été choisis au moyen de consultations avec les membres du Groupe de travail conjoint sur les soins de santé mentale partagés, l'équipe de recherche QI4CC, le personnel de la CSMC et les personnes présentes à la Conférence canadienne des soins de santé mentale collaboratifs, en juin 2018. Nous avons aussi contacté des cliniciens, des administrateurs, des experts des politiques et des chercheurs dans les domaines des soins primaires, de la médecine familiale, de la psychiatrie, des soins infirmiers, de la psychologie, de l'amélioration de la qualité et de la gestion des soins de santé. Notre objectif était d'en apprendre davantage sur les priorités et les expériences régionales, provinciales et nationales, ainsi que sur les variations dans les efforts de mise en œuvre et d'évaluation des soins collaboratifs.

Nous avons ensuite raffiné notre recherche pour nous assurer de représenter les différentes disciplines, sources d'expertise et régions du Canada.\* Comme dans toute autre recherche qualitative, nous avons généré notre échantillon de façon intentionnelle en nous concentrant en priorité sur les personnes capables de nous transmettre des renseignements approfondis en lien avec les objectifs du projet.<sup>22</sup>

En plus des entretiens individuels, nous avons rencontré les membres du Groupe de travail conjoint sur les soins de santé mentale partagés, et ce, à trois reprises entre l'automne 2017 et l'automne 2018. Ce groupe est formé d'environ cinq psychiatres et de cinq médecins de famille de différentes régions du Canada, ainsi que de représentants d'office de la CSMC et de la Conférence canadienne des soins de santé mentale collaboratifs. À chacune des réunions, selon l'étape du projet en cours, nous sollicitons la rétroaction des participants sur l'échantillonnage et le recrutement (p. ex. les participants potentiels aux entretiens); sur les grands domaines de qualité et les dimensions précises de qualité à mesurer; et sur nos plans de transposition et de diffusion des connaissances.

Enfin, nous avons consulté (par l'entremise du Groupe du corridor et du Conseil consultatif des jeunes de la CSMC) un petit nombre de personnes ayant vécu la maladie mentale et ayant fait appel à des services de santé mentale au Canada. Cinq personnes se sont portées volontaires pour participer à deux réunions par téléconférence tenues en septembre 2018. Lors de ces occasions, après une introduction sur le sujet de l'étude et les travaux accomplis jusque-là, nous leur demandions leur avis<sup>†</sup> sur le cadre en leur posant trois questions :

1. Comment votre expérience des soins collaboratifs est-elle reflétée (ou non) par le cadre?
2. Comment le cadre devrait-il être adapté afin de mieux refléter votre expérience des soins collaboratifs?
3. Si ce cadre reflétait la réalité, répondrait-il à vos besoins? Permettrait-il, à votre avis, de fournir de soins de qualité?

\* Comme notre projet initial portait largement sur les points de vue de l'Ontario, nous avons délibérément sous-représenté cette province cette fois-ci.

† Les participants ont fourni des commentaires et des recommandations additionnels par courriel.

## Collecte et analyse des données

Nous avons réalisé des entrevues téléphoniques semi-structurées auprès de 33 répondants clés de février à novembre 2018.\* Nous avons également organisé des discussions de groupe en personne avec deux équipes de soins collaboratifs en Ontario.† Autant lors des entrevues individuelles que des discussions de groupe, nous avons demandé aux gens d'indiquer :

- leur compréhension des composantes et des objectifs des soins collaboratifs;
- comment les soins collaboratifs avaient été mis en œuvre dans leur région ou leur environnement local, et quel avait été leur rôle dans l'élaboration, la prestation, l'intendance et l'évaluation de ces soins;
- quelles dimensions ou concepts il était important de mesurer pour déterminer si les soins collaboratifs fonctionnent bien (et depuis quelle perspective);
- leurs réactions face à notre cadre sur la qualité, leurs commentaires à ce sujet et des suggestions de modifications;
- leur rétroaction et leurs réflexions au sujet de différentes mesures de la qualité dans les quatre domaines de la qualité que nous avons sélectionnés.‡

Toutes les entrevues et discussions de groupe ont été enregistrées et transcrites textuellement. La cueillette et l'analyse des données ont été effectuées simultanément. Nous avons continuellement raffiné le guide d'entrevue afin de le condenser et de mettre l'accent sur les aspects les plus prometteurs des mesures au niveau des pratiques (en fonction de l'alignement avec les indicateurs de la CSMC et de la rétroaction du Groupe de travail conjoint sur les soins de santé mentale partagés).

\* Trente en anglais, trois en français.

† En anglais.

‡ À savoir l'accès et l'opportunité; les résultats liés aux soins prodigués aux clients; l'équité et les soins axés sur la population; et l'inclusion et la participation des clients.

Au cours de la phase suivante du projet (d'avril 2018 à janvier 2019), nous avons analysé les données par étapes. Notre approche globale consistait à effectuer une analyse qualitative du contenu afin de valider ou d'élargir le cadre à partir des points de vue des participants.<sup>23, 24, 25</sup> À chacune des étapes, nous avons invité plusieurs membres de l'équipe à contre-vérifier les données. Cette approche triangulée utilisée par l'équipe nous a aidés à minimiser les biais, à valider nos constats et à enrichir notre interprétation des données.



### Extraction des dimensions de la qualité à mesurer

Notre équipe d'analyse s'est réunie deux fois en avril 2018 pour commencer à examiner les résultats des entrevues réalisées et les idées soulevées par les participants. Ces discussions portaient principalement sur les suggestions que nous avons reçues concernant la mesure de la qualité des soins collaboratifs. Pour évaluer ces suggestions, nous avons distribué également les transcriptions aux membres de l'équipe et invité ceux-ci à en extraire les concepts et les mesures de la qualité relatifs aux quatre domaines de qualité que nous avons ciblés. Pour chacun des domaines, nous avons généré des dimensions de la qualité qui étaient suffisamment concrètes et tangibles pour être mesurées. Lors de notre troisième réunion, en mai 2018, nous avons raffiné notre liste afin de conserver deux ou trois dimensions pour chaque domaine (en nous basant sur les 17 entrevues individuelles réalisées et les deux discussions de groupe menées avec les équipes de soins collaboratifs).§ Notre analyse a permis de déceler les chevauchements et les recoupements entre les entrevues avec les répondants clés, et la discussion de réflexion qui a suivi a joué un rôle clé dans la triangulation des données et le processus de validation.



### Validation des dimensions de la qualité à mesurer

Ensuite, nous avons demandé à des partenaires clés et des experts en la matière d'examiner les dimensions de la qualité et les mesures potentielles faisant partie de notre processus intégré de transposition des connaissances.

§ Ces entrevues et discussions de groupe ont permis d'amasser 54 % des données qualitatives recueillies jusqu'au début de mai 2018.

En juin 2018, nous avons présenté la liste dressée par notre équipe d'analyse au Groupe de travail conjoint sur les soins de santé mentale partagés et aux participants à la Conférence canadienne des soins de santé mentale collaboratifs pour vérifier si elle trouvait un écho chez les chefs de file en matière de soins collaboratifs au Canada. La rétroaction obtenue de ces publics a confirmé les idées de mesures préliminaires et contenait des moyens précis d'appliquer celles-ci sur le terrain.

Entre juin et novembre 2018, nous avons réexaminé nos dimensions de la qualité en vue de la prise de mesures en compagnie des répondants clés que nous avons interrogés.\* Lors de ces entretiens de suivi, nous avons demandé aux participants d'exprimer leur point de vue sur chacune des dimensions et d'indiquer s'il était pertinent, réalisable et applicable de les mesurer dans leur établissement de soins collaboratifs et leur contexte local et, le cas échéant, de quelle manière il serait possible de le faire.



### Révision et validation du cadre

De juillet à septembre 2018, l'équipe d'analyse a poursuivi son travail d'interprétation des données qualitatives par thèmes dans le cadre du processus de révision et de validation du cadre. Deux membres de l'équipe ont réalisé une analyse de contenu dirigée<sup>26</sup> à partir des domaines (et de leurs définitions) et des dimensions du cadre QI4CC original. Ce travail nous a aidés à organiser et à coder les entrevues qualitatives individuelles que nous avons réalisées à la fin de juillet 2018.† Nous avons ensuite retenu des passages de chacun des entretiens afin d'illustrer les idées exprimées sur les domaines et les dimensions de ce cadre, tout en demeurant à l'affût de nouveaux codes émergents. Tout au long du processus de codage, nous avons documenté les changements apportés à la formulation des définitions des domaines et des différentes dimensions, et défini les nouveaux domaines et dimensions. Ce faisant, nous nous sommes assurés que les idées, les expériences et les recommandations des participants seraient entièrement

\* Douze participants, soit 36 % de l'échantillon de personnes interrogées.

† Vingt-cinq participants, soit 76 % de l'échantillon de personnes interrogées.

prises en compte dans le nouveau cadre. Une fois cette étape achevée, nous avons transmis le résultat à notre équipe d'analyse aux fins d'examen.

Nous avons ensuite distribué également les transcriptions des entretiens individuels et des discussions de groupe réalisés jusqu'à la fin d'août 2018‡ à l'équipe d'analyse. Puis, nous avons assigné les transcriptions qui n'avaient pas encore été examinées. Les membres de l'équipe ont lu les transcriptions, noté leurs impressions et consigné tout passage pertinent afin de démontrer que les points de vue de chaque participant sont pris en compte dans le cadre révisé. L'équipe s'est réunie une fois de plus en septembre 2018 afin de poursuivre l'analyse, la cartographie des données qualitatives à l'intérieur du cadre et l'examen des transcriptions à la recherche de thèmes nouveaux et émergents, au besoin. Tout au long de ce processus, nous avons raffiné le langage employé et les idées véhiculées, ajouté de nouveaux domaines et dimensions, et clarifié les domaines et dimensions existants. Le cadre auquel nous sommes parvenus reflète les perspectives et la rétroaction d'intervenants de partout au Canada à l'étape de la cueillette de données.



### Définir les différentes mesures

Tout au long de l'analyse des données, nous avons tenté de définir les mesures qui rendraient compte des dimensions de la qualité que nous avons recommandées. Ce processus nous a amenés à consulter la littérature, incluant les documents examinés lors de notre précédente revue systématique des mesures de la qualité utilisées (ou proposées) pour l'évaluation des soins collaboratifs.<sup>27</sup> De manière générale, nous étions à la recherche de mesures valides, fiables et conviviales (p. ex. largement disponibles, à faible coût ou gratuites) rendant compte du concept visé et produisant des résultats interprétables et réalisables. Nous avons cherché à produire une liste restreinte de mesures recommandées auxquelles les dirigeants cliniques et les chefs de file du système de santé auraient accès, et qu'ils pourraient mettre en œuvre facilement.

‡ Vingt-sept participants, soit 82 % de l'échantillon de personnes interrogées.



# Caractéristiques démographiques des participants

Les trois tableaux ci-dessous résument les caractéristiques démographiques des participants individuels (Tableau 1), des membres du Groupe de travail conjoint sur les soins de santé mentale partagés (Tableau 2) et des conseillers ayant des antécédents de maladie mentale (Tableau 3) qui ont participé aux entrevues approfondies et aux consultations.

**TABLEAU 1.** Caractéristiques démographiques des participants interrogés individuellement

## Région du Canada

Caractéristiques	n = 33 (%)
Terre-Neuve-et-Labrador/ Nouveau-Brunswick/ Nouvelle-Écosse	7 (22)
Québec	6 (18)
Ontario	2 (6)
Manitoba/Saskatchewan/Alberta	5 (15)
Colombie-Britannique	5 (15)
Nunavut/Territoires du Nord-Ouest/ Yukon	5 (15)
Portée nationale	3 (9)

## Perspective la plus pertinente

Caractéristiques	n = 33 (%)
Clinicien	14 (43)
Clinicien et chercheur/ administrateur	9 (27)
Administrateur*	4 (12)
Chercheur	3 (9)
Expert en matière de politiques	3 (9)

## Domaine

Caractéristiques	n = 33 (%)
Médecine de famille	12 (37)
Psychiatrie	6 (18)
Psychologie	4 (12)
Administration	5 (15)
Recherche sur les soins collaboratifs	3 (9)
Soins infirmiers	2 (6)
Amélioration de la qualité	1 (3)

\* Un des administrateurs participants s'est aussi décrit comme partenaire patient.

**TABLEAU 2.** Caractéristiques démographiques des membres du Groupe de travail conjoint sur les soins de santé mentale partagés

*Région du Canada*

Caractéristiques	n = 13 (%)
Terre-Neuve-et-Labrador/ Nouveau-Brunswick/ Nouvelle-Écosse	2 (15)
Québec	2 (15)
Ontario	2 (15)
Manitoba/Saskatchewan/Alberta	2 (15)
Colombie-Britannique	2 (15)
Nunavut/Territoires du Nord-Ouest/ Yukon	0
Portée nationale	3 (23)

*Perspective la plus pertinente*

Caractéristiques	n = 13 (%)
Clinicien et chercheur/ administrateur	11 (85)
Expert en matière de politiques	2 (15)

*Domaine*

Caractéristiques	n = 13 (%)
Médecine de famille	6 (46)
Psychiatrie	5 (38)
Politiques/administration	2 (15)

**TABLEAU 3.** Caractéristiques démographiques des conseillers ayant des antécédents de maladie mentale

*Région du Canada*

Caractéristiques	n = 5 (%)
Terre-Neuve-et-Labrador/ Nouveau-Brunswick/ Nouvelle-Écosse	0
Québec	0
Ontario	2 (40)
Manitoba/Saskatchewan/Alberta	2 (40)
Colombie-Britannique	1 (20)
Nunavut/Territoires du Nord-Ouest/ Yukon	0
Portée nationale*	1 (20)

*Perspectives additionnelles  
(le cas échéant)*

Caractéristiques	n = 5 (%)
Clinicien	2 (40)
Soutien par les pairs	2 (40)

\* La ventilation des régions du Canada produit un total de six participants parce qu'un des participants représentait à la fois une organisation provinciale et une organisation nationale.



# Le cadre QI4CC révisé

Le nouveau cadre QI4CC est fondé sur des descriptions générales des domaines de qualité, auxquels nous avons intégré différentes dimensions. Les domaines représentent les principales conceptions de la qualité qui décrivent :

- les buts et les objectifs des soins collaboratifs;
- les principaux processus de soins nécessaires pour atteindre ces buts;
- l'infrastructure et le soutien nécessaires pour réussir la mise en œuvre.

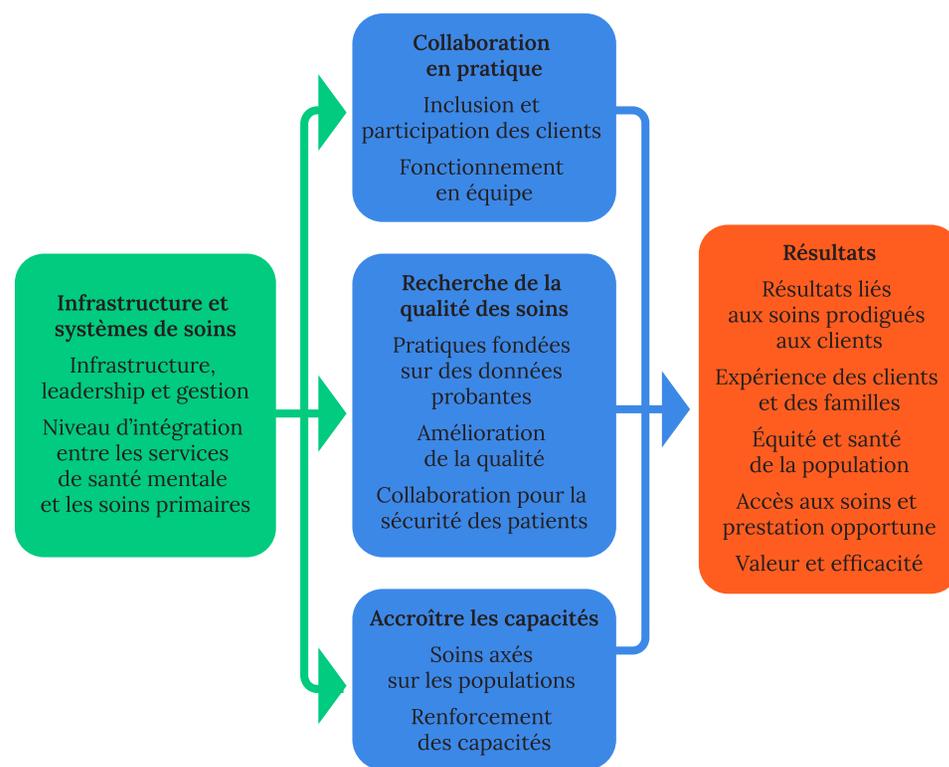
Les dimensions rendent compte d'éléments fondés sur des données probantes au niveau des organisations, des équipes et des individus qui peuvent être mesurés de manière à mieux comprendre le fonctionnement des soins collaboratifs.

Le cadre est inspiré et formé par deux cadres génériques de mesure de la qualité :

- **Le cadre de Donabedian** : Selon Donabedian,<sup>28</sup> les conditions (structures) organisationnelles et systémiques façonnent la prestation des soins de santé (processus), qui se répercute (entre autres) sur l'expérience clinique du client et sur les résultats liés à l'utilisation des services de santé.<sup>29</sup>
- **Le cadre de la National Academy of Medicine** : L'important rapport de la National Academy of Medicine sur la qualité des soins établissait six buts relatifs aux soins de santé, à savoir la sécurité, l'efficacité, les services axés sur le patient, l'opportunité, l'efficacité et l'équité.<sup>30</sup>

La Figure 1 illustre les moyens par lesquels les structures influencent les résultats qui découlent des processus de soins. Ces structures pourraient aider les décideurs et les bailleurs de fonds à comprendre comment la conception du système et le financement des soins collaboratifs finissent par générer des résultats mesurables au niveau des individus, des populations et du système.\*

**FIGURE 1.** Interrelations entre les domaines de qualité dans les soins collaboratifs



\* Pour transmettre ce message, nous avons délibérément simplifié la nature complexe et adaptative des systèmes de santé et omis les boucles de rétroaction. Nous tenons à souligner le rôle essentiel du leadership collectif et de la mobilisation de toutes les parties prenantes.

## Domaines de qualité dans les soins collaboratifs

Les domaines généraux et leurs définitions sont présentés ci-dessous.

### Résultats liés aux soins prodigués aux clients

Les soins engendrent de bons résultats chez les clients, dans les aspects qui comptent pour eux.

### Expérience des clients et des familles

Les soins sont conçus pour offrir la meilleure expérience possible aux clients et aux familles (au sens large).

### Équité, résultats pour la santé de la population et processus de soins axés sur la population

L'équipe de soins collaboratifs prodigue des soins à l'ensemble de la population de clients (p. ex., elle distribue les services équitablement à ceux qui en ont besoin et est attentive à tout obstacle freinant la demande d'aide), incluant la promotion de la santé et les soins préventifs. L'organisation apporte des améliorations à la qualité des pratiques en s'appuyant sur des données relatives à la population de clients.

### Accès aux soins et prestation opportune

Les clients reçoivent facilement des soins dans un délai raisonnable, en tenant compte de la gravité de leur maladie, du niveau de risque et du niveau de fonctionnement (p. ex. le diagnostic de maladie mentale en temps opportun, le temps d'attente pour une psychothérapie à la suite d'une recommandation). Les obstacles possibles entravant l'accès aux services (p. ex. les coûts, l'emplacement géographique, la pertinence sur le plan culturel) sont atténués.

### Valeur et efficacité

Du point de vue du système, les soins fournis offrent une bonne valeur relativement à leur coût. La mesure de la rentabilité tient compte de

perspectives, de systèmes et de récompenses éventuelles multiples (p. ex. les soins de santé, l'aide sociale, la justice, la protection des enfants, les coûts pour le client).

### Inclusion et participation des clients

L'équipe de soins collaboratifs permet aux clients de jouer un rôle significatif dans leurs propres soins. Les soins sont adaptés aux besoins et aux préférences de chaque client. Les clients ont amplement l'occasion de participer à la conception, à la création, à l'évaluation collaborative et à l'amélioration de la qualité des services, quel que soit leur rang social.

### Fonctionnement en équipe

L'équipe de fournisseurs de soins primaires et de services de santé mentale (qui inclut le client) travaille bien ensemble, dans la confiance et le respect mutuels.

### Pratiques fondées sur des données probantes

Les programmes et les traitements sont conçus et mis en œuvre sur la base des meilleures recherches disponibles et en tenant compte du contexte local. Les soins sont appropriés, exempts de traitements non nécessaires ou insuffisants et sont adaptés à l'individu.

### Amélioration de la qualité

L'équipe de soins collaboratifs travaille continuellement à améliorer la qualité des soins (p. ex. en évaluant régulièrement les programmes depuis plusieurs perspectives et en intégrant les résultats de ces évaluations à l'élaboration des programmes et à la formation des fournisseurs de soins).

### Collaboration pour la sécurité des patients

Le programme de soins collaboratifs est structuré de façon à offrir les soins les plus sécuritaires possible (p. ex., il fait la promotion de pratiques de prescription sans danger, mobilise tous les membres de l'équipe autour de l'amélioration de la sécurité des soins).

## Renforcement des capacités

Les fournisseurs poursuivent leur apprentissage en cours d'emploi afin d'améliorer les soins fournis aux patients au fil du temps.

## Infrastructure, leadership et gestion

Les soins sont prodigués dans des conditions adéquates (p. ex. dans des locaux appropriés, par des fournisseurs de soins compétents de différentes disciplines). Les dirigeants et la structure de reddition de comptes soutiennent les soins collaboratifs.

## Niveau d'intégration entre les services de santé mentale et les soins primaires

Les services sont bien coordonnés à l'intérieur du programme de soins collaboratifs, de même qu'entre l'équipe de soins primaires et les spécialistes de santé mentale externes (p. ex. les services psychiatriques en milieu hospitalier) et les autres secteurs (p. ex. celui de l'éducation).

## Les dimensions de la qualité propres aux soins collaboratifs

Les dimensions suivantes appartenant à chacun des domaines de qualité sont fondées sur des données probantes et mesurables.

### Résultats liés aux soins prodigués aux clients

Les soins engendrent de bons résultats chez les clients, dans les aspects qui comptent pour eux.

#### ■ Dimensions

1. Les soins améliorent le fonctionnement et la qualité de vie des clients (p. ex., retour au travail ou à l'école, contact avec la famille et les amis).

2. Les soins améliorent le rétablissement et le bien-être selon des indicateurs comme l'auto-efficacité, l'espoir, le sentiment d'utilité, le sentiment d'autonomie, l'inclusion sociale, la participation communautaire ainsi que la bonne santé mentale et le bonheur.
3. Les soins réduisent la gravité des symptômes de maladie mentale et augmentent les taux de rémission.
4. Les soins améliorent l'état de santé physique.
5. Les clients atteignent les résultats qu'ils espéraient.

## Expérience des clients et des familles

Les soins sont conçus pour offrir la meilleure expérience possible aux clients et aux familles (au sens large).

#### ■ Dimensions

1. Les clients sont satisfaits des soins qu'ils reçoivent (perception positive des soins).
2. Les membres de l'équipe collaborent avec les clients et avec leurs collègues pour réduire la stigmatisation entourant la maladie mentale et pour favoriser la participation des clients.
3. Les soins sont appropriés et tiennent compte de la culture, du niveau de littératie et du statut socioéconomique du client, et les fournisseurs questionnent les clients à ce sujet plutôt que de faire des suppositions.
4. Les soins sont humanistes, complets, multiples et empreints de compassion : les fournisseurs évaluent les besoins biopsychosociaux et spirituels de chaque individu et s'efforcent d'y répondre.
5. Les clients profitent d'une continuité des soins lorsqu'ils reçoivent des services de plusieurs fournisseurs, que ce soit simultanément ou consécutivement. Le contact entre les clients et les fournisseurs de soins primaires est maintenu.
6. Dans le cadre des soins, les clients ont l'occasion de préparer un plan de prévention des rechutes.

## Équité, résultats pour la santé de la population et processus de soins axés sur la population

L'équipe de soins collaboratifs prodigue des soins à l'ensemble de la population de clients (p. ex., elle distribue les services équitablement à ceux qui en ont besoin et est attentive à tout obstacle freinant la demande d'aide), incluant la promotion de la santé et les soins préventifs. L'organisation apporte des améliorations à la qualité des pratiques en s'appuyant sur des données relatives à la population de clients.

### ■ Dimensions

1. L'équipe de soins collaboratifs réfléchit aux inégalités et aux disparités que subissent les clients lorsqu'ils reçoivent des soins. L'équipe minimise les obstacles à la santé et aux soins de santé, tout en évaluant les déterminants sociaux de la santé au niveau des populations, et en tenant compte de ceux-ci.
2. L'équipe de soins collaboratifs s'efforce de proactivement optimiser les services de santé physiques et les soins préventifs pour les clients aux prises avec des problèmes de santé mentale.
3. L'équipe de soins collaboratifs (les fournisseurs et le programme dans son ensemble) effectue un « dépistage opportuniste de cas » à partir de multiples sources de données (p. ex. l'utilisation du système de santé, d'autres sources d'information et protocoles) en fonction des besoins des individus et des populations (idéalement en temps réel).
4. L'organisation de soins primaires possède l'infrastructure nécessaire pour recueillir, gérer et mettre en application les renseignements issus des données sur la population de clients desservie. Une infrastructure de TI est en place pour soutenir les soins axés sur la population (p. ex. des registres cliniques, des mesures cliniques prises en temps opportun).

5. L'organisation se sert des données disponibles pour étudier les besoins en matière de santé de la population desservie (p. ex. l'inclusion des déterminants sociaux de la santé, la reconnaissance de la diversité au sein des populations), et pour agir de façon plus proactive en ce qui concerne la planification, la mise en œuvre, la prestation et l'amélioration des services.

## Accès aux soins et prestation opportune

Les clients reçoivent facilement des soins dans un délai raisonnable, en tenant compte de la gravité de leur maladie, du niveau de risque et du niveau de fonctionnement (p. ex. le diagnostic de maladie mentale en temps opportun, le temps d'attente pour une psychothérapie à la suite d'une recommandation). Les obstacles possibles entravant l'accès aux services (p. ex. les coûts, l'emplacement géographique, la pertinence sur le plan culturel) sont atténués.

### ■ Dimensions

1. Les services de santé mentale sont rendus disponibles dans un éventail d'intensités, en fonction des besoins du client (p. ex. la gravité de la maladie) et des besoins du fournisseur (p. ex. l'aide requise pour poser un diagnostic ou pour recommander la prochaine étape d'un traitement).
2. Les clients se voient offrir des services selon des modalités qui leur sont accessibles et qui leur conviennent (p. ex. les services par messagerie texte ou par téléphone, en ligne, à l'extérieur des heures d'ouverture habituelles, en dehors du cadre institutionnel).
3. Les temps d'attente entre la recommandation par un médecin et l'évaluation de la santé mentale, et entre l'évaluation et l'obtention de services (p. ex. la psychothérapie) sont minimisés. Les clients se voient offrir des mesures de soutien pertinentes durant l'attente pour des services spécialisés, notamment du soutien par les pairs.
4. La communication écrite et orale entre les membres de l'équipe se fait en temps opportun et facilite les soins fournis aux clients.

5. Les équipes surveillent l'assiduité des clients et cherchent à comprendre et à améliorer les taux de non-présentation.
6. Les services offerts (p. ex. la psychothérapie, les consultations additionnelles) sont accessibles aux clients en ce qui concerne le lieu, le coût et les préférences des clients (p. ex. par téléphone ou en ligne).
7. Un mécanisme ou un processus de triage, de priorisation et d'ordonnancement des soins aux clients (c.-à-d. autrement que dans l'ordre d'arrivée) qui tient compte des besoins des clients et de la gestion des ressources est en place.

### Valeur et efficacité

Du point de vue du système, les soins fournis offrent une bonne valeur relativement à leur coût. La mesure de la rentabilité tient compte de perspectives, de systèmes et de récompenses éventuelles multiples (p. ex. les soins de santé, l'aide sociale, la justice, la protection des enfants, les coûts pour le client).



### Dimensions

1. Les services sont classés par ordre de priorité et prodigués en tenant compte de leur rentabilité; en d'autres mots, l'organisation fait tout ce qu'elle peut avec les ressources dont elle dispose.
2. L'organisation et les membres de l'équipe cherchent à réaliser des gains d'efficacité au bénéfice des clients et des fournisseurs (p. ex. le partage de données sur les clients [avec le consentement de ceux-ci] afin d'optimiser la continuité de l'information et de minimiser le dédoublement des efforts et la nécessité pour les clients de répéter leur histoire à plusieurs fournisseurs).
3. Les soins collaboratifs offrent le niveau approprié de soins, réduisant les traitements non nécessaires ou insuffisants (p. ex. en augmentant l'intensité des soins offerts par l'équipe ou en facilitant les renvois ciblés et les transferts de clients).

### Inclusion et participation des clients

L'équipe de soins collaboratifs permet aux clients de jouer un rôle significatif dans leurs propres soins. Les soins sont adaptés aux besoins et aux préférences de chaque client. Les clients ont amplement l'occasion de participer à la conception, à la création, à l'évaluation collaborative et à l'amélioration de la qualité des services, quel que soit leur rang social.

### Dimensions

1. Les clients (et les décideurs substituts, le cas échéant) sont un élément central de l'équipe de soins; ils reçoivent du soutien et sont encouragés à participer autant qu'ils le souhaitent à la planification et à la mise en œuvre de leurs soins (p. ex. en fixant des buts; en gérant leur état de santé; en comprenant les options, les traitements, les motifs et les mécanismes d'intervention disponibles; en planifiant les soins; en soumettant des commentaires; en ayant leur dossier médical en main).

2. Les clients et les familles participent activement à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des programmes, à la prestation des soins et à l'amélioration de la qualité.
3. Les occasions d'offrir et de recevoir du soutien par les pairs (au sein de l'équipe de soins primaires ou par l'entremise de partenariats ou de collaborations) sont transmises aux clients.
4. L'expertise des familles et des proches aidants et leur prise de position en faveur des clients sont valorisées. Les clients sont invités à intégrer les personnes qui leur fournissent un soutien informel à leur équipe de soins. Les familles et les proches aidants reçoivent du soutien et sont invités à participer autant qu'ils le souhaitent à la planification et à la mise en œuvre des soins de leur proche (avec le consentement du client).

## Fonctionnement en équipe

L'équipe de fournisseurs de soins primaires et de services de santé mentale (qui inclut le client) travaille bien ensemble, dans la confiance et le respect mutuels.

### ■ Dimensions

1. Les fournisseurs et les clients connaissent leurs rôles et leurs champs d'activités respectifs (réévalués au besoin).
2. Les relations et la communication au sein de l'équipe favorisent l'acquisition et le développement continu de compétences en matière de soins collaboratifs. Les points de vue de tous les membres de l'équipe sont reconnus et représentés dans les soins cliniques et les échanges de connaissances.
3. Les clients constatent le bon fonctionnement de l'équipe en se voyant offrir plusieurs points de vue sur leurs problèmes cliniques et sur leurs choix de traitement ou de soins.
4. Le leadership clinique soutient efficacement le travail d'équipe et la collaboration.

5. La rotation du personnel n'est pas excessive (c.-à-d. qu'elle ne sape pas le fonctionnement de l'équipe ou du programme).
6. Les fournisseurs sont satisfaits des soins, et leur expérience de la prestation de soins collaboratifs est positive (p. ex. ils se sentent engagés, soutenus, valorisés).
7. Les membres de l'équipe adhèrent à des principes communs orientant les soins.
8. Les membres de l'équipe reçoivent du soutien pour leur auto-prise en charge, leur bien-être et la prévention de l'épuisement.

## Pratiques fondées sur des données probantes

Les programmes et les traitements sont conçus et mis en œuvre sur la base des meilleures recherches disponibles et en tenant compte du contexte local. Les soins sont appropriés, exempts de traitements non nécessaires ou insuffisants et sont adaptés à l'individu.

### ■ Dimensions

1. L'équipe adopte un modèle de soins collaboratifs fondé sur des données probantes. Ce modèle évalue la mise en œuvre et les résultats de son programme de soins collaboratifs.
2. Les membres de l'équipe ont une conception commune de stratégies de soins fondées sur des données probantes propres à certaines maladies en particulier (p. ex. la dépression).
3. Les fournisseurs proposent des choix fondés sur des données probantes aux clients afin d'étayer la prise de décisions pour tous les aspects des soins.
4. Lorsque des données probantes émergent (p. ex. lors de crises de santé publique), l'innovation est conjuguée à l'évaluation, l'amélioration de la qualité et la diffusion.

## Amélioration de la qualité

L'équipe de soins collaboratifs travaille continuellement à améliorer la qualité des soins (p. ex. en évaluant régulièrement les programmes depuis plusieurs perspectives et en intégrant les résultats de ces évaluations à l'élaboration des programmes et à la formation des fournisseurs de soins).

### ■ Dimensions

1. La qualité des soins est évaluée selon plusieurs points de vue (p. ex. ceux du client et de leur famille, du fournisseur, de l'organisation, du système), et l'élaboration des programmes, les activités d'amélioration de la qualité et les formations offertes aux fournisseurs sont basées sur les évaluations.
2. Le programme d'amélioration de la qualité de l'équipe de soins primaires comporte des éléments axés sur les soins des clients aux prises avec des maladies mentales.

## Collaboration pour la sécurité des patients

Le programme de soins collaboratifs est structuré de façon à offrir les soins les plus sécuritaires possible (p. ex., il fait la promotion de pratiques de prescription sans danger, mobilise tous les membres de l'équipe autour de l'amélioration de la sécurité des soins).

### ■ Dimensions

1. L'organisation est dotée d'une forte culture de la sécurité (c.-à-d. que les valeurs et les perceptions, les compétences ainsi que les comportements des individus, du groupe et de la direction témoignent d'un engagement à l'égard de la sécurité. Le risque est reconnu, l'environnement est exempt de blâme, la collaboration regroupe tous les échelons en vue de trouver des solutions pour réduire les vulnérabilités, et des ressources suffisantes sont octroyées pour résoudre les problèmes de sécurité).

2. L'équipe réalise des interventions pour assurer la sécurité au niveau des populations (p. ex., elle participe à la recherche des dossiers médicaux électroniques [DME] des clients recevant des médicaments ou des doses non sécuritaires, effectue des interventions, comme des consultations ou des initiatives de sensibilisation auprès des fournisseurs afin d'accroître les pratiques de prescription sans danger).
3. La prescription des médicaments est sûre (p. ex., un bilan comparatif des médicaments est effectué aux points où la vulnérabilité est particulièrement grande, les taux de prescriptions potentiellement dangereuses sont faibles).
4. L'organisation et l'équipe font une gestion efficace des incidents évités de justesse, des erreurs et des résultats négatifs (p. ex. au moyen de pratiques d'identification systématique, de divulgation, de révision, d'apprentissage et de soutien des fournisseurs).

## Renforcement des capacités

Les fournisseurs poursuivent leur apprentissage en cours d'emploi afin d'améliorer les soins fournis aux patients au fil du temps.

### ■ Dimensions

1. L'organisation soutient les formations d'équipe sur les soins collaboratifs.
2. Les échanges de connaissances entre les clients et les fournisseurs de soins de santé mentale et de soins primaires sont multidirectionnels.
3. Les clients et les proches aidants renforcent leurs compétences en soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances au fil du temps.
4. Les fournisseurs ont accès en temps opportun à des aides à la consultation et à la prise de décisions (p. ex. des algorithmes) facilitant les soins.
5. Une culture organisationnelle d'apprentissage et de soutien mutuel est en place.

## Infrastructure, leadership et gestion

Les soins sont prodigués dans des conditions adéquates (p. ex. dans des locaux appropriés, par des fournisseurs de soins compétents de différentes disciplines). Les dirigeants et la structure de reddition de comptes soutiennent les soins collaboratifs.

### ■ Dimensions

1. Le programme de soins collaboratifs reçoit un financement adéquat, dont il fait une utilisation rationnelle.
2. L'équipe optimise l'allocation et l'utilisation d'espaces physiques et d'infrastructures de télésanté et de cybersanté mentale pour les pratiques collaboratives (p. ex. les interactions entre fournisseurs).
3. L'équipe est installée dans un espace partagé lorsque c'est possible; sinon, des solutions de remplacement sont mises en place pour simuler la cohabitation (p. ex. au moyen d'outils virtuels et de technologies). Du point de vue des clients, toutes les portes auxquelles ils cognent sont ouvertes.
4. L'équipe prévoit du temps pour les pratiques collaboratives et optimise ce temps (p. ex. les interactions client-fournisseur et entre fournisseurs).
5. L'organisation est dotée de ressources humaines suffisantes et compétentes, qui sont adaptées aux besoins de la population desservie et aux modes de pratique requis (p. ex. la télésanté mentale).
6. Les dirigeants de l'organisation soutiennent et favorisent les pratiques collaboratives et mesurent les retombées collectives de celles-ci (et non seulement les retombées générées par les cliniciens sur un plan individuel).
7. Les dirigeants cliniques et administratifs locaux coordonnent efficacement leurs activités avec d'autres organisations et prodiguent des services à des populations de clients dont la couverture se chevauche (p. ex. au moyen d'une gestion horizontale du réseau).
8. Des utilisateurs de services de santé mentale occupent des postes de leadership officiels au sein de l'organisation.
9. L'infrastructure de TI en place soutient les soins cliniques individuels (p. ex., les DME partagés facilitent la communication, la collaboration et la prise de décisions).
10. Le programme de soins collaboratifs est fiable sur le plan opérationnel et permet la prestation continue de services quotidiens et l'exécution de processus de soins, qui se déroulent comme prévu.
11. Les politiques régionales de santé et les modèles de financement soutiennent les pratiques collaboratives et constituent une fondation étayant la prestation de soins primaires efficaces.

## Niveau d'intégration entre les services de santé mentale et les soins primaires

Les services sont bien coordonnés à l'intérieur du programme de soins collaboratifs, de même qu'entre l'équipe de soins primaires et les spécialistes de santé mentale externes (p. ex. les services psychiatriques en milieu hospitalier) et les autres secteurs (p. ex. celui de l'éducation).

### ■ Dimensions

1. Les services de santé mentale et les soins de santé primaires poursuivent une même mission et un même but.
2. Les fournisseurs (et les départements, le cas échéant) de soins de santé primaires et de services de santé mentale déterminent d'un commun accord les services à offrir, où les offrir et à qui les offrir.
3. Des cheminements cliniques bidirectionnels entre les services de santé mentale et les soins primaires facilitent les transitions pour les clients (p. ex. la navigation dans le système, la continuité informationnelle).
4. Les services communautaires de santé mentale et de lutte contre les dépendances ainsi que les défenseurs de la cause, incluant les personnes ayant des antécédents de maladies et de problèmes liés à la santé mentale et leurs proches aidants, sont des partenaires dans la conception et la mise en œuvre des services.





# Recommandations concernant la mesure de la qualité des soins collaboratifs au niveau des pratiques

Des indicateurs au niveau des pratiques peuvent être utilisés pour évaluer et améliorer la qualité des soins collaboratifs dans les établissements de soins de santé primaires. Si des moyens réalistes, applicables et valides devront être mis au point pour mesurer les dimensions de qualité dans les pratiques et les programmes à l'échelle locale, toute initiative d'amélioration nécessitera l'élaboration d'une « gamme » de mesures. Cette gamme devra permettre la mesure des aspects suivants :

- **Les processus** : vérifier si le changement planifié a été mis en place fidèlement.
- **Les résultats** : évaluer si le changement a généré une amélioration.
- **L'équilibre** : vérifier si le changement a entraîné des conséquences négatives imprévues.

Il y a plusieurs avantages à se concentrer sur la gamme de mesures des dimensions de qualité présentées au Tableau 4. Ces avantages sont les suivants :

1. Ces dimensions reflètent des buts et des approches fondamentaux des soins collaboratifs qui sont largement approuvés partout au Canada.
2. Ces dimensions permettront aux dirigeants cliniques et administratifs novateurs, qui sont responsables des programmes de soins collaboratifs, de comparer leurs résultats plus facilement avec leurs pairs et de trouver des moyens de continuellement améliorer les soins collaboratifs prodigués dans les établissements de soins primaires.
3. Les innovateurs seront en mesure d'obtenir l'attention et le soutien des décideurs et des bailleurs de fonds en démontrant la pertinence de leur travail sur le plan de la santé de la population et des priorités du système de santé.
4. Les décideurs et les bailleurs de fonds auront un meilleur accès aux résultats des investissements consacrés aux initiatives de soins collaboratifs.\*

\* En ce qui concerne les troisième et quatrième points, nous avons délibérément recommandé des dimensions de qualité correspondant aux indicateurs de la CSMC (dans *Tracer la voie de l'avenir : Indicateurs de la santé mentale pour le Canada*), qui permettraient à chaque région de mesurer ses progrès en vue de transformer le système et d'améliorer les résultats au fil du temps.

**TABLEAU 4.** Dimensions de qualité recommandées pour la mesure des soins collaboratifs

Domaines de qualité	Dimensions précises à mesurer	Outils potentiels pour la prise de mesures
Accès et opportunité	<p><b>Triage</b></p> <p>Mécanisme ou processus de priorisation et d'ordonnement des soins à prodiguer aux clients au-delà de leur ordre d'arrivée (p. ex. en fonction de l'urgence).</p> <p><b>Soutien à la décision</b></p> <p>Le temps écoulé entre la demande d'un fournisseur de soins primaires et l'obtention de soutien (p. ex. d'un spécialiste) pour gérer les soins à fournir à un client (p. ex. une consultation directe avec le client ou des conseils fournis sans rencontre avec le client, selon les circonstances).</p> <p><b>Temps d'attente</b></p> <p>Le temps écoulé entre la reconnaissance d'un besoin de services et l'obtention du traitement approprié (du point de vue du client).</p>	<p>L'outil d'évaluation des soins pour maladies chroniques <u>Assessment of Chronic Illness Care (ACIC)</u>, Soutien aux décisions (partie 3b) : « Les programmes efficaces de gestion des maladies chroniques assurent que les fournisseurs ont accès aux renseignements fondés sur des données probantes dont ils ont besoin pour soigner les patients (soutien aux décisions). Cela inclut des protocoles et des lignes directrices de pratiques fondées sur des données probantes, la consultation de spécialistes, la formation des fournisseurs et l'engagement des patients afin de faire découvrir des thérapies efficaces aux équipes de fournisseurs. » (paragr. 1).<sup>31</sup></p>
Résultats liés aux soins prodigués aux clients	<p><b>Qualité de vie</b></p> <p>Inclut le bon fonctionnement du client dans la société et dans ses rôles sociaux</p> <p><b>Rétablissement</b></p> <p>Inclut le bien-être, l'espoir, l'auto-efficacité, l'inclusion sociale, le sens et le sentiment d'utilité</p> <p><b>Réduction des symptômes</b></p> <p>Basée sur des échelles d'évaluation validées</p>	<p>L'échelle (gratuite) <u>Sheehan Disability Scale</u> et les <u>instruments EQ-5D</u> sont largement utilisés pour évaluer les interventions de soins collaboratifs.</p> <p>L'outil de mesure SF-12 est souvent utilisé pour évaluer les retombées d'interventions de soins collaboratifs sur la qualité de vie; toutefois, son coût et des difficultés liées à l'analyse et à l'interprétation des données font obstacle à son utilisation.</p> <p>L'outil <u>Personal Recovery Outcome Measure</u> est une nouvelle échelle d'autodéclaration en 30 points. Accessible gratuitement, elle sert à mesurer le rétablissement chez les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. À ce jour, l'instrument a été testé sur des adultes et des jeunes adultes et démontre une cohérence interne et une validité élevées.*</p> <p>Les questionnaires disponibles gratuitement <u>PHQ-9 Depression Symptom Self-Report Scale</u><sup>32</sup> et <u>GAD-7 Anxiety Symptom Self-Report Scale</u> sont couramment utilisés pour évaluer les interventions de soins collaboratifs.</p>

\* Voir aussi : Barbic, P. S., Kidd, S. A., Durisko, Z. T., Yachouh, R., Rathitharan, G. et McKenzie, K. « What are the personal recovery needs of community-dwelling individuals with mental illness: Preliminary findings from the Canadian Personal Recovery Outcome Measure (C-Prom) study », *Canadian Journal of Community Mental Health*, vol. 37, 2018, p. 29-47. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2018-005>



Domaines de qualité	Dimensions précises à mesurer	Outils potentiels pour la prise de mesures
Inclusion et participation des clients	<p>Les clients prennent part <b>à leurs propres soins</b>.</p> <p>Les clients sont activement inclus dans toutes les étapes de <b>planification, d'évaluation et d'amélioration des programmes</b>.</p>	<p>Le <u>Sondage international 2010 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé</u> mesurait l'inclusion des clients par le biais de questions sur la fréquence à laquelle ils participaient (dans la mesure où ils voulaient le faire) aux décisions concernant leur traitement (les choix de réponse étaient : toujours, souvent, parfois et rarement/jamais).</p> <p>Dans l'<u>Outil d'évaluation de l'engagement du public et des patients</u>, les répondants sont invités à indiquer leur accord ou leur désaccord avec les affirmations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les dirigeants de l'organisation s'assurent que les commentaires du public et des patients sont pris en considération dans la planification des services [de soins collaboratifs] et la prise de décisions.</li> <li>• Je connais des activités de mobilisation du public et des patients qui ont influencé des décisions prises au niveau des programmes [de soins collaboratifs].</li> </ul> <p>À ce chapitre, les établissements pourraient vérifier si les données sur la satisfaction des clients sont utilisées pour étayer les décisions (p. ex. au niveau des programmes ou du conseil d'administration), mais cette vérification correspondrait à un niveau inférieur d'engagement des clients.</p>

Domaines de qualité	Dimensions précises à mesurer	Outils potentiels pour la prise de mesures
<p>Équité, résultats pour la santé de la population et processus de soins axés sur la population</p>	<p><b>Infrastructure</b></p> <p>L'organisation de soins primaires possède l'infrastructure nécessaire pour recueillir, gérer et mettre en application les renseignements issus des données sur la population de clients desservie.</p> <p><b>Soins proactifs</b></p> <p>L'organisation de soins primaires se sert des données disponibles pour étudier les besoins en matière de santé de la population desservie (p. ex. l'inclusion des déterminants sociaux de la santé) et pour agir de façon plus proactive en ce qui concerne la planification et la prestation des services.</p>	<p>L'outil <u>ACIC</u> – Partie 3d sur les systèmes d'information clinique : « Des renseignements opportuns et utiles au sujet des patients individuels et des populations de patients aux prises avec des maladies chroniques constituent une caractéristique essentielle des programmes efficaces, particulièrement ceux qui suivent une approche axée sur la population » (paragr. 1). Les répondants évaluent leur clinique sur une échelle de A à D assortie de descripteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les registres (liste des participants ayant certaines maladies en particulier) « ne sont pas disponibles » (cote D) ou « sont liés à des lignes directrices qui génèrent des instructions et des rappels au sujet des services requis » (cote A).</li> <li>• « L'information au sujet des sous-groupes concernés de patients nécessitant des services « n'est pas disponible » (cote D) ou « est fournie systématiquement aux fournisseurs afin de les aider à prodiguer les soins prévus » (cote A).</li> </ul> <p>Il est à noter que les données peuvent provenir de différentes sources (p. ex. les dossiers médicaux électroniques, les statistiques communautaires et régionales).</p> <p>L'outil <u>ACIC</u> – Intégration de composantes du modèle de soins chroniques. « Les systèmes de soins efficaces comportent et conjuguent tous les éléments du modèle de soins chroniques; p. ex., ils rattachent les objectifs d'autogestion des patients aux systèmes d'information ou aux registres » (paragr. 1). Les répondants évaluent leur clinique sur une échelle de A à D assortie de descripteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « La planification des soins pour maladies chroniques par l'organisation... ne comporte aucune approche axée sur la population » (cote D) ou « utilise les données systématiques et la rétroaction des équipes de pratique pour planifier de façon proactive des soins axés sur la population – notamment en élaborant des programmes d'autogestion et en nouant des partenariats avec la communauté – qui comportent un plan d'évaluation intégré permettant de déterminer le succès obtenu au fil du temps » (cote A).</li> </ul>



# Discussion

Dans ce rapport, nous avons décrit la nouvelle version du cadre QI4CC, qui contient un important ensemble de dimensions de qualité ainsi que des moyens potentiels de mesurer les pratiques employées partout au Canada pour la conception, l'élaboration et l'amélioration des programmes de soins collaboratifs. Ce cadre propose un condensé de mesures fondées sur une solide base de données probantes qui inclut les connaissances de première main des personnes ayant vécu la maladie mentale. Grâce à la participation d'utilisateurs de services de santé mentale, le cadre renferme diverses mesures qui comptent aux yeux des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Bien que le cadre précédent était aussi fondé sur une large base de données probantes, sa version révisée intègre davantage de rétroaction et de commentaires qui assurent son applicabilité à l'échelle nationale. Une comparaison du cadre précédent avec les indicateurs de la CSMC a conforté nos recommandations de mesures. Le cadre actuel contient un nouveau domaine de qualité pour l'accroissement des capacités, qui avait été envisagé, mais exclu lors de la création du cadre original. De plus, la consultation nationale a mis en lumière l'importance de la technologie pour favoriser l'accès aux soins collaboratifs, particulièrement dans les régions rurales et éloignées, et de la compétence culturelle au niveau des fournisseurs et des organisations. Des études futures devraient chercher à déterminer si le cadre pourrait s'appliquer à l'échelle internationale, s'il est approprié pour les soins par équipe au-delà des soins primaires et s'il est pertinent au chapitre des soins fournis aux patients souffrant de maladies physiques chroniques.

Nous espérons que cet ensemble concis de mesures sera utile aux équipes de soins primaires et de santé mentale qui travailleront de concert à les mettre en œuvre afin d'améliorer leurs pratiques. Des ressources additionnelles seront requises au départ, mais des stratégies de mesure plus efficaces pourront être transmises d'un programme à l'autre à mesure que les équipes s'amélioreront. Le traitement des maladies mentales dans les soins primaires comporte de nombreuses difficultés : les clients ont du mal à obtenir des soins de santé mentale, tandis que les cliniciens de soins primaires ont du mal à coordonner ces soins. Néanmoins, nous croyons que les équipes de soins primaires ont moins d'expérience et rencontrent davantage d'obstacles dans la mesure et l'amélioration de la qualité des soins de collaboration en santé mentale que les équipes de soins de santé physique. Cette situation peut découler de la difficulté d'œuvrer dans un domaine qu'on considère parfois comme moins *mesurable* – une perception qui est consolidée par le manque d'incitatifs gouvernementaux ou d'exigences liées à la mesure des résultats en santé mentale (en comparaison, par exemple, avec le dépistage du cancer) et par le lourd fardeau de mesures à effectuer dans l'ensemble du système de santé (demandes concurrentes). Nous croyons que notre ensemble de mesures suggérées dans quatre domaines dotera les équipes d'outils indispensables qui leur permettront de s'engager ou de renouveler leur engagement à l'égard de la mesure de la qualité et des activités d'amélioration des soins collaboratifs. À long terme, des mesures communes permettront aux équipes de comparer leurs résultats et de se fonder sur les activités de mesure et d'amélioration de leurs pairs, de manière à étoffer les données fondées sur la pratique dans le domaine des soins collaboratifs.

## Limites

Nous avons entrepris la mise à jour de notre cadre de mesure de la qualité afin de refléter une perspective pancanadienne et de recommander un ensemble de mesures de la qualité (fondées sur des données probantes) permettant d'évaluer les initiatives de soins collaboratifs en place dans les établissements de soins primaires. Notre étude comporte plusieurs limites.

Le taux de réponse à nos demandes d'entrevues individuelles était de 56 % (33 sur 59), mais nous avons fait tout en notre pouvoir pour inclure des représentants de différentes disciplines (p. ex. la médecine de famille, la psychiatrie) et de différentes perspectives (p. ex. les cliniciens, les administrateurs). Aussi, la géographie, la distribution de la population et les politiques de santé donnent lieu à des microenvironnements très diversifiés à l'échelle du Canada. Si la prestation de soins de santé dans les centres urbains diffère fortement des services offerts dans les régions rurales, il est aussi vrai que les soins de santé ruraux fournis dans le sud de l'Ontario ressemblent peu aux pratiques rurales en vigueur au Labrador ou dans le nord du Manitoba. Ainsi, bien que nous ayons cherché à dresser un portrait général de la mise en œuvre des soins collaboratifs, les renseignements que nous avons recueillis peuvent comporter des lacunes (causées par les limites de notre échantillon), étant donnée la diversité des modèles de soins collaboratifs et interprofessionnels et des organisations de soins primaires d'une région, d'une autorité sanitaire et d'une province à l'autre.\*

Il a aussi été difficile de rejoindre des répondants clés dans les régions nordiques; pour y parvenir, nous avons fait appel à nos collaborateurs, qui ont participé à nos efforts de recrutement. Chez certains répondants clés travaillant dans le Nord, la prise de mesures sur les soins axés sur la population a suscité de vives inquiétudes. Les technologies de l'information y étaient insuffisantes ou absentes, incluant les dossiers médicaux électroniques partagés et les mécanismes routiniers et systématiques requis pour recueillir, gérer et mettre en application les données relatives à leurs populations de clients.

\* Par exemple, nous n'avons discuté qu'avec un seul participant de l'Alberta, où le modèle des conseillers en santé comportementale a été adopté par certains établissements. En outre, comme mentionné, nous avons délibérément sous-représenté l'Ontario dans notre échantillon, puisque notre cadre précédent était basé sur la réalité de Toronto.

Or, ces technologies pourraient jouer un rôle déterminant dans la mesure de la santé de la population et dans la planification de soins tenant compte des effets spécifiques des déterminants sociaux de la santé sur la santé mentale, physique, sociale et spirituelle des clients.

Bien que les cadres original et révisé aient fait l'objet de commentaires de la part de personnes recevant des soins collaboratifs, incluant des utilisateurs de services de santé mentale dans le cas de la version actuelle, des travaux plus poussés seront requis pour pleinement saisir les critères qui importent aux utilisateurs de soins collaboratifs. Nous gagnerions à recevoir davantage de rétroaction sur l'évaluation des domaines de l'accès et de l'opportunité, des résultats liés aux soins, ainsi que de l'inclusion et de la participation des clients, et sur les outils de mesure qui sont acceptables et qui rendraient le mieux compte de ces critères.

Nous ne savons toujours pas avec certitude si notre travail correspond aux visions du monde et aux systèmes de connaissances des populations autochtones et, le cas échéant, dans quelle mesure; nous ignorons aussi si le cadre et les mesures de la qualité permettraient de soutenir les efforts de décolonisation et de rendre les soins collaboratifs compatibles avec les réalités autochtones. Ces efforts nécessiteraient le leadership d'individus, d'universitaires et d'autres représentants autochtones dans l'élaboration, la prestation et l'évaluation des soins collaboratifs. Quelques-uns de nos répondants clés entretenaient des liens étroits et travaillaient avec des dirigeants autochtones, des aidants et des aînés dans la prestation de soins collaboratifs. Ils ont mentionné la nécessité d'établir certains partenariats essentiels pour accomplir ce travail, qui inclut l'intégration de services culturels (p. ex. les enseignements traditionnels, les cérémonies, les connaissances et les pratiques ancrées dans le territoire, les événements communautaires), l'engagement à l'égard de la réconciliation et l'autodétermination des Autochtones. Nous continuerons d'explorer les occasions de tisser des liens avec les dirigeants autochtones dans le système de santé afin de déterminer la pertinence du cadre dans leur contexte local et la possibilité de son adoption.

# Références

- 1 Kates, N., Mazowita, G., Lemire, F., Jayabarathan, A., Bland, R., Selby, P., Audet, D. et coll. « The evolution of collaborative mental health care in Canada: A shared vision for the future », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 56, no 5 (insert), 2011, p. 1-10.
- 2 Collège des médecins de famille du Canada. *Une vision pour le Canada : La pratique de la médecine familiale – Un Centre de médecine de famille* (document de position), 2011. Sur Internet : [https://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource\\_Items/CMF\\_Une\\_Vision\\_Pour\\_le\\_Canada.pdf](https://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/CMF_Une_Vision_Pour_le_Canada.pdf)
- 3 Woltmann, E., Grogan-Kaylor, A., Perron, B., Georges, H., Kilbourne, A. M., & Bauer, M. S. (2012). Comparative effectiveness of collaborative chronic care models for mental health conditions across primary, specialty, and behavioral health care settings: Systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 169, 790-804. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.11111616>
- 4 Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., Gask, L., ... Coventry, P. (2012). Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(10). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006525.pub2>
- 5 Sunderji, N., Ghavam-Rassoul, A., Ion, A., et Lin, E. (2016). *Driving improvements in the implementation of collaborative mental health care: A quality framework to guide measurement, improvement and research*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.14312.47365>
- 6 Sunderji, N., Kurdyak, P. A., Sockalingam, S., et Mulsant, B. H. (2018). Can collaborative care cure the mediocrity of usual care for common mental disorders? [Editorial]. *Canadian Journal of Psychiatry*, 63, 427-431. <https://doi.org/10.1177/0706743717748884>
- 7 Commission de la santé mentale du Canada, 2019. *Tracer la voie de l'avenir : Indicateurs de la santé mentale pour le Canada*, 2015. Sur Internet : [https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/Tracer%2520la%2520voie%2520de%2520l%2520E%2520%2520ave%2520nir%2520-%2520Indicateurs%2520de%2520la%2520sant%2520C3%2520A9%2520mentale%2520pour%2520le%2520Canada\\_0.pdf](https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/Tracer%2520la%2520voie%2520de%2520l%2520E%2520%2520ave%2520nir%2520-%2520Indicateurs%2520de%2520la%2520sant%2520C3%2520A9%2520mentale%2520pour%2520le%2520Canada_0.pdf)
- 8 Sunderji, N., Ghavam-Rassoul, A., Ion, A., et Lin, E. (2016). *Driving improvements in the implementation of collaborative mental health care*.
- 9 Sunderji, N., Ghavam-Rassoul, A., Ion, A., et Lin, E. (2016).
- 10 Commission de la santé mentale du Canada. *Tracer la voie de l'avenir : Indicateurs de la santé mentale pour le Canada*, 2015.
- 11 Sunderji, N., Ghavam-Rassoul, A., Ion, A., et Lin, E. (2016). *Driving improvements in the implementation of collaborative mental health care*.
- 12 Sunderji, N., Ion, A., Ghavam-Rassoul, A. et Abate, A. « Evaluating the implementation of integrated mental health care: A systematic review to guide the development of quality measures », *Psychiatric Services*, vol. 68, 2017, p. 891-898. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600464>
- 13 Ion, A., Sunderji, N., Jansz, G., et Ghavam-Rassoul, A. (2017). « Understanding integrated mental health care in “real-world” primary care settings: What matters to health care providers and clients for evaluation and improvement? » *Family Systems and Health*, 35, 271-282. <https://doi.org/10.1037/fsh0000294>
- 14 Eyre, L., Farrelly, M., et Marshall, M. (2017). What can a participatory approach to evaluation contribute to the field of integrated care? *BMJ Quality and Safety*, 26, 588-594. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005777>
- 15 Marchand, E., Stice, E., Rohde, P., et Becker, C. B. (2011). Moving from efficacy to effectiveness trials in prevention research. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 32-41. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.10.008>

- 16 Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., et Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Quarterly*, 82, 581-629. <https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x>
- 17 Whitebird, R. R., Solberg, L. I., Jaekels, N. A., Pietruszewski, P. B., Hadzic, S., Unutzer, J., Rubenstein, L. V. et coll. « Effective Implementation of collaborative care for depression: What is needed? », *American Journal of Managed Care*, vol. 20, 2014, p. 699-707.
- 18 Sunderji, N., Ion, A., Ghavam-Rassoul, A., et Abate, A. (2017). Evaluating the implementation of integrated mental health care: A systematic review to guide the development of quality measures.
- 19 Ion, A., Sunderji, N., Jansz, G., et Ghavam-Rassoul, A. (2017). Understanding integrated mental health care in “real-world” primary care settings: What matters to health care providers and clients for evaluation and improvement?
- 20 Sunderji, N., Ion, A., Lin, E., Ghavam-Rassoul, A., et Jansz, G. (2018). « Participatory approaches to evaluating integrated care: The vital role for client inclusion and participation » [Correspondence]. *BMJ Quality and Safety*, 27, 90-91. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2017-006604>
- 21 Commission de la santé mentale du Canada. *Tracer la voie de l'avenir : Indicateurs de la santé mentale pour le Canada*, 2015.
- 22 Richards, L., et Morse, J. M. (2007). *Readme first for a user's guide to qualitative methods*. Los Angeles, CA: Sage Publishing.
- 23 Hsieh, H.-F., et Shannon, S. E. (2005). « Three approaches to qualitative content analysis. » *Qualitative Health Research*, 15, 1277-1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- 24 Sandelowski, M. (2010). What's in a name? Qualitative description revisited. *Research Nursing and Health*, 33, 77-84. <https://doi.org/10.1002/nur.20362>
- 25 Sandelowski, M. (2000). « Whatever happened to qualitative description? » *Research Nursing and Health*, 23, 334-340. [https://doi.org/10.1002/1098-240X\(200008\)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/1098-240X(200008)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G)
- 26 Hsieh, H.-F., et Shannon, S. E. (2005). « Three approaches to qualitative content analysis. »
- 27 Sunderji, N., Ion, A., Ghavam-Rassoul, A., et Abate, A. (2017). *Evaluating the implementation of integrated mental health care*.
- 28 Donabedian, A. (2003). « Selecting approaches to assessing performance. » In R. Bashshur (Ed.), *An introduction to quality assurance in health care*, pp. 45-57. New York, NY: Oxford University Press.
- 29 McDonald, K. M., Sundaram, V., Bravata, D. M., Lewis, R., Lin, N., Kraft, S. A., ... Owens, D. K. (2007). *Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies* (Vol. 7, Care coordination). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (U.S.).
- 30 Comité sur la qualité des soins aux États-Unis de l'Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*, Washington, D.C., National Academies Press, 2001.
- 31 Group Health Cooperative du MacColl Institute for Healthcare Innovation. Assessment of chronic illness care (instrument de mesure), version 3.5, 2000. Sur Internet : [http://www.improvingchroniccare.org/downloads/acic\\_v3.5a\\_copy1.pdf](http://www.improvingchroniccare.org/downloads/acic_v3.5a_copy1.pdf)
- 32 Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>