



information



formation



recherche



coopération
internationale

RAPPORT DE RECHERCHE SUR L'ÉTUDE RÉALISÉE AU QUÉBEC DANS LE CADRE DU PROJET PANCANADIEN

AMÉLIORATION CONTINUE DE LA MESURE DE QUALITÉ DANS LES SOINS
ET SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE EN SANTÉ MENTALE (ACMQ)

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

RAPPORT DE RECHERCHE SUR L'ÉTUDE RÉALISÉE AU QUÉBEC DANS LE CADRE DU PROJET PANCANADIEN

AMÉLIORATION CONTINUE DE LA MESURE DE QUALITÉ DANS LES SOINS
ET SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE EN SANTÉ MENTALE (ACMQ)

DIRECTION SYSTÈMES DE SOINS ET SERVICES

MARS 2007

AUTEURS

Denise Aubé, M.D., M. Sc., FRCPC,
Institut national de santé publique du Québec
Membre du Groupe de recherche sur l'inclusion sociale, l'organisation des services et l'évaluation en
Santé Mentale (GRIOSE-SM)

Mélanie St-Onge, M. Sc.
Institut national de santé publique du Québec

AVEC LA COLLABORATION DE

Monique Carrière, Ph.D., M.A.P.erg., Professeure agrégée
Faculté de médecine, département de réadaptation
Université Laval, Québec
Membre du GRIOSE-SM

Léo-Roch Poirier, M.Sc.
Institut national de santé publique du Québec

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier très sincèrement les membres du comité de pilotage régional : Marc-André Groleau, Daniel La Roche, Louise Larouche, Alain-Philippe Lemieux, Suzanne Pelchat, Valmont Pilote, qui nous ont appuyés dans l'élaboration et le déroulement du projet, ainsi que tous les participants ayant contribué à l'une ou l'autre des différentes étapes du projet autant au niveau québécois que national. Également, un merci particulier à nos deux lecteurs externes, Michèle Clément et Alain Lesage, ainsi qu'aux collègues de l'INSPQ ayant révisé le rapport. Leurs commentaires judicieux ont contribué à la qualité du rapport.

Cette étude a été financée par le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaire (*Primary Health Care Transition Fund*) – enveloppe nationale – de Santé Canada.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

CONCEPTION GRAPHIQUE
MARIE PIER ROY

DÉPÔT LÉGAL – 2^e TRIMESTRE 2007
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN 13 : 978-2-550-49908-4 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN 13 : 978-2-550-49907-7 (PDF)

AVANT-PROPOS

Le projet pancanadien sur l'« Amélioration continue de la mesure de qualité dans les soins et services de première ligne en santé mentale » (*Continuous Enhancement of Quality Measurement in Primary Mental Health Care : Closing the Implementation Loop*) veut apporter une contribution tangible à l'amélioration de la qualité dans les soins et services de première ligne en santé mentale. Il s'agit d'un projet d'envergure qui s'est réalisé d'avril 2004 à septembre 2006 et qui a été financé par le Fonds pour l'adaptation des soins primaires de Santé Canada.

Les nombreux partenaires du projet témoignent de l'intérêt suscité par le projet. Ces derniers sont : le British Columbia Ministry of Health (ministère de la Santé de la Colombie-Britannique), les universités Simon Fraser et de Colombie-Britannique, les universités McMaster, Western Ontario et de Toronto (Ontario), l'Université de Calgary (Alberta) et celle de Saskatchewan, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CTSM), l'Association canadienne pour la santé mentale, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et le Groupe de recherche sur l'inclusion sociale, l'organisation des services et l'évaluation en santé mentale (GRIOSE-SM) de la région de Québec. Les principaux chercheurs du projet sont : Paul Waraich, chercheur principal, Wayne Jones et Martha Donnelly (Colombie-Britannique), Don Addington (Alberta), John Conway (Saskatchewan), David Haslam et Elizabeth Lin (Ontario) et Denise Aubé (Québec). Un comité comprenant des chercheurs, des cliniciens, des planificateurs et des représentants d'usagers à la grandeur du Canada a été régulièrement consulté pour apporter son éclairage lors de questions difficiles et pour tester les différents outils développés en cours de projet. Également, plusieurs professionnels ont travaillé à la réalisation des différentes étapes du projet ou au développement des volets complémentaires. Toutes ces personnes ont joué un rôle important dans la réalisation du projet, Paul Waraich (chercheur principal) et Radha Puri (administratrice de programme) en étant incontestablement les principaux piliers.

Un volet complémentaire du projet ciblait le développement d'activités particulières dans chacun des sites participants (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Ontario, Québec) pour le faire connaître et pour sensibiliser et mobiliser les acteurs concernés à l'importance de l'amélioration de la qualité dans les soins et services de première ligne en santé mentale. Pour cet aspect, il y a eu décentralisation des activités et d'une partie du budget. Au Québec, les membres de l'équipe de recherche ayant réalisé ce volet sont : Denise Aubé, chercheuse principale (INSPQ et GRIOSE-SM); Monique Carrière (Université Laval et GRIOSE-SM); Léo-Roch Poirier (INSPQ et Université de Montréal); et Mélanie St-Onge comme professionnelle de recherche (INSPQ). Alain Lesage (Université de Montréal et Centre hospitalier psychiatrique Louis-Hippolyte-Lafontaine) a agi à titre de conseiller. Ce rapport de recherche rend compte des activités réalisées au Québec, principalement pour ce volet additionnel.

Les opinions et réflexions émises dans le cadre de ce rapport sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les positions officielles de Santé Canada ou d'autres institutions participantes.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	V
LISTE DES SIGLES.....	VII
INTRODUCTION.....	1
1. DESCRIPTION DU PROJET PANCANADIEN.....	3
2. DÉROULEMENT DU PROJET PANCANADIEN.....	5
2.1. Première étape : sélection des domaines d'intérêt.....	5
2.2. Deuxième étape : repérage des meilleures pratiques et des mesures de santé.....	5
2.3. Troisième étape : détermination des mesures de qualité ayant obtenu un consensus.....	5
3. PROJET DE RECHERCHE QUÉBÉCOIS.....	7
3.1. Contexte de changement au Québec.....	7
3.2. Sélection de la région de Québec.....	8
3.3. Stratégie retenue	9
4. DESCRIPTION ET MÉTHODOLOGIE DU PROJET QUÉBÉCOIS.....	11
5. RÉSULTATS DU PROJET QUÉBÉCOIS.....	13
5.1. Première étape du projet de recherche québécois.....	13
5.1.1. Les préoccupations relatives à la qualité	14
5.1.2. Les thèmes importants en contexte pratique	18
5.2. Seconde étape du projet québécois	20
5.3. Points saillants de l'étude	24
6. DISCUSSION	25
6.1. Les processus de consultation et les résultats	25
6.2. Les mesures de qualité utilisées.....	28
6.3. Les mesures de qualité préconisées	29
6.4. L'implantation des mesures de qualité	30
6.5. Les limites de l'étude	31
CONCLUSION	33
ANNEXE 1 DÉFINITION DE DIFFÉRENTS TERMES UTILISÉS DANS LE PROJET	37
ANNEXE 2 LISTE DES 81 DOMAINES RETENUS POUR LE PREMIER SONDAGE.....	43
ANNEXE 3 LISTE ET DÉFINITION DES 22 DOMAINES MIS EN PRIORITÉ	47
ANNEXE 4 PARTICIPATION QUÉBÉCOISE POUR CHACUNE DES ÉTAPES DU PROJET PANCANADIEN	51

ANNEXE 5 DESCRIPTION DES TROIS VIGNETTES CLINIQUES	55
ANNEXE 6 GRILLE D'ÉVALUATION	59
ANNEXE 7 RÉSULTATS DE LA GRILLE D'ÉVALUATION.....	63
ANNEXE 8 LISTE DE VÉRIFICATION DES ÉLÉMENTS FAVORABLES À L'UTILISATION DES MESURES DE QUALITÉ.....	67

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 :	Composition des groupes constitués.....	13
Tableau 2 :	Provenance et statut des participants au forum de mai 2005.....	20
Tableau 3 :	Dimensions de la qualité des soins, approche individuelle, selon Campbell <i>et al</i> (2000)	27
Tableau 4 :	Dimensions additionnelles de la qualité des soins pour une approche populationnelle, selon Campbell <i>et al</i> (2000)	28
Tableau 5 :	Provenance et statut des participants ayant réalisé le premier sondage.....	53
Tableau 6 :	Provenance des participants ayant réalisé le troisième sondage.....	54

LISTE DES SIGLES

CSSS	Centre de santé et de services sociaux
GMF	Groupe de médecine de famille
GRIOSE-SM	Groupe de recherche sur l'inclusion sociale, l'organisation des services et l'évaluation en santé mentale
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
UMF	Unité de médecine familiale

INTRODUCTION

Ce rapport de recherche décrit les contributions de l'équipe du Québec au projet intitulé l'« Amélioration continue de la mesure de qualité dans les soins et services de première ligne en santé mentale » (*Continuous Enhancement of Quality Measurement in Primary Mental Health Care : Closing the Implementation Loop*). Le but poursuivi par ce projet est de soutenir les efforts visant l'amélioration de la qualité des soins et services de première ligne en santé mentale. La détermination d'un ensemble restreint de mesures de qualité faisant largement consensus a été le moyen retenu pour habiliter les acteurs du terrain à mieux documenter leurs pratiques sur des aspects jugés cruciaux pour la qualité des soins et services. Les pratiques d'intervention ciblées ont d'emblée été cliniques et organisationnelles.

Les contributions au projet comprennent, d'une part, les activités entreprises pour soutenir le déroulement du projet pancanadien et, d'autre part, les activités de recherche reliées à la réalisation du volet complémentaire développé au Québec, plus précisément dans la région de Québec. Ce dernier visait à sensibiliser et mobiliser les acteurs concernés à l'importance d'améliorer la qualité dans les soins et services de première ligne en santé mentale.

Les deux premières sections du rapport présentent succinctement le projet pancanadien et son déroulement en trois étapes, en précisant la participation du Québec. Des informations plus détaillées se retrouvent sur le site Web consacré au projet : <http://www.ceqm-acmq.com>. La troisième et dernière section constitue l'essentiel du rapport et porte sur les activités de recherche réalisées au Québec.

Puisque ce projet se préoccupe de qualité, d'amélioration de la qualité et de mesures de qualité, ces concepts ont été définis très tôt dans le déroulement du projet (annexe 1). La définition du **concept de qualité** utilisée dans le cadre du projet est celle retenue par l'« Institute of Medicine » en 1992 (1). Elle réfère au « *degré avec lequel les services de santé individuels et pour la population augmentent la probabilité d'effets désirés de santé et sont compatibles avec les connaissances professionnelles courantes* » (traduction libre). Cette définition allie des préoccupations individuelles et de population et respecte le courant actuel préconisant l'utilisation de données probantes. Un avis publié en 2003 par le Conseil médical du Québec, « *L'imputabilité médicale et la gouvernance clinique* » (2) développe davantage ce concept de qualité en s'appuyant sur une autre publication de l'« Institute of Medicine », parue en 2001. La qualité y est définie à partir de plusieurs attributs. Elle implique un accès équitable et rapide à des traitements modernes et fiables, qui sont rendus de façon efficace en étant basés sur des données probantes ou des preuves scientifiques, en étant appropriés aux besoins et en étant fournis en temps opportun par des professionnels compétents. L'organisation de services promouvant la qualité est donc fondée sur les meilleures pratiques. Cette organisation de services vise l'efficience, soit un bon rapport coût-résultat, une productivité de la main-d'œuvre et une bonne utilisation des ressources; elle vise des résultats de santé pour l'utilisateur se traduisant par une diminution des facteurs de risque, une diminution des taux de maladie, de complication et de handicap, une amélioration de la

qualité de la vie et une diminution des décès prématurés. La présence de qualité implique également une expérience positive de l'utilisateur et de son aidant avec l'équipe de soins, notamment au regard des relations interpersonnelles, d'aspects telles l'attente, l'accessibilité et la continuité, de l'échange d'information, de la place accordée au choix et à la participation de l'utilisateur, des caractéristiques retrouvées dans l'environnement physique des soins (3).

Selon l'Organisation mondiale de la santé (2003), **l'amélioration de la qualité** se définit comme un processus continu d'efforts visant l'amélioration de la performance et implique l'identification des problèmes, l'expérimentation de solutions et le suivi des solutions sur une base continue (4). L'ensemble de mesures recherché visait à cibler judicieusement les efforts d'amélioration tout en outillant les acteurs pour documenter leurs pratiques sur une base régulière. Il convient donc de préciser qu'aux fins de ce projet, l'amélioration visée ne procède pas par l'établissement de standard ou de cible, ne cherche pas à donner prise pour le blâme et implique typiquement une comparaison avec soi-même dans le temps.

La définition retenue pour décrire une **mesure de qualité** provient du Conseil canadien sur les services de santé et est la suivante : « un instrument de mesure, un filtre ou un signal utilisé comme un guide pour suivre, évaluer et améliorer la qualité des soins d'un client, des services cliniques de soutien ou des fonctions organisationnelles influençant les résultats » (5). En fait, les mesures de qualité recherchées sont des mesures standardisées, adaptées au contexte des services de santé mentale dans les soins primaires et utilisées pour faciliter l'amélioration de la santé.

1. DESCRIPTION DU PROJET PANCANADIEN

Le projet vise l'amélioration au Canada des soins de santé mentale fournis dans le cadre des services de première ligne. En effet, bien que 25 % des visites en soins de première ligne concernent des problèmes de santé mentale (6,7) et que plus de 80 % des demandes de services de santé mentale soient adressées en première ligne (8), aucun mécanisme ne permet actuellement d'y mesurer la qualité des services. Et pourtant, des écarts importants sont documentés entre les services qui y sont couramment fournis et les connaissances sur les soins efficaces. Compte tenu de cette réalité, le projet vise principalement à identifier un ensemble restreint de mesures utiles pour documenter la pratique et pour soutenir les efforts d'amélioration de la qualité des soins et services de première ligne en santé mentale. La stratégie retenue mise sur l'atteinte d'un consensus pancanadien – obtenue par l'utilisation de sondages à différentes étapes du projet – entre les principaux groupes d'acteurs concernés par l'amélioration des soins et services de première ligne en santé mentale : les utilisateurs de services, les cliniciens, les gestionnaires et planificateurs, ainsi que les chercheurs. Cinq provinces ont participé de manière plus importante au projet, soit la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, l'Ontario et le Québec. Cependant, une représentation de toutes les régions du Canada et des territoires a été obtenue lors de la réalisation du troisième et dernier sondage portant sur l'appréciation finale des mesures proposées en fin de parcours. Tout au long du projet, les décisions relatives à son déroulement ont été prises par un comité de pilotage pancanadien regroupant les chercheurs responsables des sites participants et un représentant de Santé Canada.

D'autres travaux fondés sur des recensions d'écrits ont étudié des aspects complémentaires du projet. Ainsi, un document a été produit pour circonscrire les conditions requises pour s'assurer des qualités optimales d'une mesure visant à documenter la pratique pour des fins d'amélioration des soins et services¹. De plus, un outil a été développé afin d'aider les milieux de pratique à évaluer les conditions en place pour faciliter l'implantation et l'utilisation de mesures de qualité dans leur milieu². La discussion relative au projet de recherche québécois tiendra compte des résultats de ces recensions d'écrits. On peut consulter ces documents sur le site Web du projet (<http://www.ceqm-acmq.com>).

Le dernier volet du projet ciblait le développement d'activités dans chacun des sites participants en vue de le faire connaître et de sensibiliser les acteurs impliqués au besoin de documenter la pratique de première ligne quant à la qualité des soins et services de santé mentale aux fins d'amélioration de la pratique. Les dites activités devaient favoriser l'appropriation et l'utilisation des résultats du projet pancanadien dans chacun des sites. C'est dans le cadre de ce dernier volet qu'a été développé et réalisé le projet québécois.

¹ Caractéristiques de la mesure: modèle (sous-projet portant sur le volet des données).

² Liste de vérification des éléments favorables à l'utilisation des mesures de santé (Sous-projet portant sur le volet de la recherche).

2. DÉROULEMENT DU PROJET PANCANADIEN

Cette section décrit les principales étapes réalisées dans le cadre du projet pancanadien pour déterminer des mesures de qualité obtenant un large consensus auprès des différents groupes d'acteurs impliqués et des différentes régions du Canada. On y précise la participation des acteurs québécois. Le projet pancanadien s'est déroulé en trois étapes successives comprenant chacune une consultation par sondage écrit.

2.1. PREMIÈRE ÉTAPE : SÉLECTION DES DOMAINES D'INTERET

Cette étape a permis de sélectionner, parmi les 81 domaines identifiés au départ (annexe 2), ceux jugés cruciaux pour l'amélioration de la qualité dans les soins et services de première ligne en santé mentale par les utilisateurs de services, les cliniciens et les décideurs, et ce, à travers le pays. Vingt-deux domaines ont ainsi été mis en priorité : neuf d'entre eux couvrent des aspects transversaux des soins et services (ex. : accessibilité, continuité, équité), et treize autres concernent des conditions particulières (ex. : contextes cliniques, interventions, conditions de santé spécifiques, etc.) (annexe 3). Pour faire suite aux résultats préliminaires du sondage, des groupes de discussion ont été formés avec les participants de chaque province afin de discuter des zones de convergence et de divergence observées à travers le pays, et ce, avant qu'ils ne procèdent à l'ordonnancement final des domaines.

2.2. DEUXIÈME ÉTAPE : REPÉRAGE DES MEILLEURES PRATIQUES ET DES MESURES DE SANTÉ

La deuxième étape s'est déroulée en deux temps. Une recension des meilleures pratiques et des mesures de qualité répertoriées dans la documentation scientifique a d'abord été réalisée pour chacun des domaines prioritaires. Par la suite, une consultation écrite auprès d'experts a permis de compléter l'exercice en ajoutant d'autres pratiques jugées exemplaires et d'autres mesures jugées utiles, mais non rapportées dans la documentation scientifique. Quarante et un experts provenant des différents groupes d'acteurs ont participé à cette consultation : 22 % sont usagers ou représentants d'usagers, 27 % cliniciens, 12 % gestionnaires ou planificateurs et 39 % chercheurs. Sept d'entre eux (17 %) proviennent du Québec. Cette deuxième étape a permis d'identifier près de 3000 pratiques exemplaires ou mesures de qualité et de décrire leur robustesse scientifique.

2.3. TROISIÈME ÉTAPE : DÉTERMINATION DES MESURES DE QUALITÉ AYANT OBTENU UN CONSENSUS

La troisième et dernière étape a permis la sélection finale d'un ensemble restreint de mesures de qualité couvrant l'intégralité des domaines prioritaires et ayant obtenu un consensus entre les groupes d'acteurs impliqués et entre les régions et territoires du Canada. Compte tenu du chevauchement observé avec d'autres domaines pour les mesures liées aux domaines généraux « efficacité » et « pertinence », 20 des 22 domaines initiaux ont été considérés pour cette dernière étape.

Aux fins du sondage, des 3 000 pratiques et mesures répertoriées, 160 ont été sélectionnées à la suite d'un processus itératif utilisant les critères retenus par le comité de pilotage pancanadien :

1. Une couverture des 20 domaines prioritaires, en favorisant les mesures ou les pratiques détenant une robustesse scientifique élevée;
2. L'intégration parmi celles-ci de mesures actuellement collectées à l'échelon pancanadien;
3. La présence d'un équilibre entre la pertinence des mesures et leur utilité pour l'action dans le contexte des soins et services de première ligne.

Le troisième sondage s'est déroulé en deux phases, la première permettant l'obtention d'une réponse initiale au questionnaire, la seconde fournissant aux répondants les résultats préliminaires analysés sur une base provinciale et nationale en incluant l'argumentation des participants quant à leurs choix. Cette information leur a permis de confirmer ou d'ajuster leurs réponses (méthode Delphi modifiée). Les résultats considérés pour l'analyse incluent par défaut les réponses au premier questionnaire lorsque la deuxième phase n'a pas été complétée. Les informations relatives aux 160 mesures retenues sont disponibles sur le site Web du projet. Sur le plan pancanadien, 212 personnes ont rempli le sondage, la représentation par province et territoire ayant été ajustée en fonction de leur poids démographique respectif. De celles-ci, 48 personnes provenaient du Québec, soit 21 % des répondants. On retrouve à l'annexe 4 le détail de la participation obtenue au Québec pour chacune des trois étapes du projet.

En plus des activités liées au déroulement du projet pancanadien, deux séances d'information ont également eu cours en mars 2005, à Québec et à Montréal, pour faire connaître le projet pancanadien. Ces deux activités ont permis de réunir une trentaine de personnes provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux, de cinq instances régionales de santé, d'un CSSS, de quatre ordres professionnels (médecine, ergothérapie, psychologie, travail social), de deux milieux universitaires et de trois groupes communautaires provinciaux.

Au Québec, la réalisation du projet pancanadien a donc impliqué une diversité d'acteurs concernés par l'amélioration de la qualité des soins et services de première ligne en santé mentale. Il a été possible de respecter la représentation désirée des quatre groupes d'acteurs ciblés par le projet, et ce, aux différentes étapes du projet. Au total, lors des multiples activités décrites ci-dessus, environ 90 personnes ont été sollicitées à titre divers.

3. PROJET DE RECHERCHE QUÉBÉCOIS

Le volet québécois visait à sensibiliser et à mobiliser les principaux acteurs de la région de Québec au concept de qualité en favorisant les interactions entre usagers, décideurs et cliniciens. Les objectifs généraux retenus étaient de :

- Stimuler le développement d'une culture de la qualité dans les soins et services de première ligne en santé mentale;
- Sensibiliser un plus grand nombre de personnes à la problématique de l'amélioration continue de la qualité et de sa mesure dans les soins et services de première ligne en santé mentale et de faire connaître le projet pancanadien;
- Et de créer des conditions susceptibles d'augmenter la réceptivité des milieux de première ligne aux résultats de la démarche pancanadienne.

Dans un premier temps, le contexte de changement au Québec, les raisons ayant motivé le choix de la région de Québec et la stratégie retenue pour structurer le projet sont brièvement présentés. Suivent la description du projet réalisé ainsi que ses principaux résultats.

3.1. CONTEXTE DE CHANGEMENT AU QUÉBEC

Comme plusieurs provinces canadiennes et d'autres pays industrialisés, le Québec est préoccupé par le renforcement des soins et services de première ligne en santé mentale. Cela s'est traduit, en décembre 2003, par une restructuration importante dans les soins et services de première ligne. La Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux confie maintenant aux dix-huit instances régionales la responsabilité de mettre en place un nouveau mode d'organisation des services dans chaque région sous forme de réseaux locaux de services. En juin 2004, 95 CSSS – nés de la fusion de centres locaux de services communautaires, de centres d'hébergement et de soins de longue durée et, dans une majorité de cas, d'un centre hospitalier de soins généraux – ont été créés et servent d'assise pour la formation de réseaux locaux de services (9). Outre les CSSS, les principaux acteurs de première ligne interpellés par ces réseaux locaux sont les organismes communautaires et les services médicaux, lesquels possèdent différentes modalités organisationnelles : groupes de médecine de famille (GMF), unités de médecine familiale (UMF), cabinets privés. Les utilisateurs de services et leurs proches sont également partie prenante de ces réseaux de services. Ces changements ont pour objectifs de rapprocher les services de la population et d'assurer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services destinés à la population du territoire local (9). De fait, pour les CSSS, la qualité des services se révèle une préoccupation de première importance. De plus, l'ensemble des acteurs offrant des services de santé et des services sociaux à la population d'un territoire local est convié à partager collectivement la responsabilité de cette population.

Pour atteindre ces objectifs, chaque CSSS doit d'abord définir avec les partenaires de leur réseau local de services un projet clinique et organisationnel axé sur l'interdisciplinarité entre les divers intervenants et la complémentarité des services (9). Les personnes ayant des

problèmes de santé mentale, leurs familles et leurs proches représentent une des cibles importantes du projet clinique. Concomitamment à l'implantation de ces changements, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a déposé, en juin 2005, un plan d'action en santé mentale intitulé « La force des liens ». Celui-ci vise en priorité un meilleur accès aux services de première ligne en santé mentale et le développement de meilleures collaborations entre les intervenants œuvrant en santé mentale, tant en première qu'en deuxième ligne. Les changements proposés visent, entre autres, à favoriser et à accroître la création de différents modèles de soins partagés en santé mentale.

C'est dans ce contexte de circonstances opportunes que s'est déroulé le projet pancanadien. En effet, les changements en cours s'accompagnent d'un intérêt renouvelé des acteurs de première ligne pour la qualité des soins et services de première ligne en santé mentale.

3.2. SÉLECTION DE LA RÉGION DE QUÉBEC

L'importance accordée à l'organisation des soins et services de première ligne en santé mentale varie considérablement d'une région à l'autre au Québec. Le choix de la région de Québec pour concentrer les efforts relatifs au volet québécois repose sur trois raisons. En premier lieu, il s'agit d'une région dont l'intérêt pour l'organisation des soins et services de santé mentale et l'implication dans le développement des services de première ligne en santé mentale remontent à de nombreuses années. Aux efforts de « désinstitutionnalisation » des clientèles de l'hôpital psychiatrique, réalisés dans les décades antérieures, se sont ajoutés, il y a déjà près de dix ans – plus précisément en 1997 – d'importants transferts d'usagers des services psychiatriques ambulatoires vers les services des centres locaux de services communautaires. De plus, au début des années 2000, un nouveau cycle de planification a donné lieu à une mobilisation importante de tous les acteurs œuvrant en santé mentale dans le réseau de services en vue de définir les orientations des prochaines années³. Par conséquent, les soins et services de santé mentale sont et demeurent une préoccupation régionale particulière, d'où l'intérêt potentiel élevé des acteurs régionaux pour le projet.

En deuxième lieu, il s'agit d'une région relativement peuplée (667 876 habitants⁴) qui présente des caractéristiques variées telles, par exemple l'existence de secteurs urbains centraux concentrant des populations défavorisées, et de sous-régions semi-urbaines. Ces attributs donnent aux résultats une portée intéressante.

Et pour terminer, une connaissance personnalisée de la majorité des acteurs en place a facilité la réalisation du projet à l'intérieur de délais restreints.

³ Rapport sur les services de santé mentale (adultes) par le Comité régional de soutien à la transformation et à la consolidation des services de santé mentale (Juin 2002).

⁴ Institut de la statistique du Québec (2005).

3.3. STRATÉGIE RETENUE

L'équipe de recherche a jugé important d'impliquer dans la planification du projet régional québécois des acteurs détenteurs d'une légitimité administrative et clinique. Une telle contribution permet de mieux comprendre la situation actuelle concernant l'utilisation et le développement de mesures de qualité en première ligne pour les soins et services de santé mentale. Cette contribution permet également de mieux tenir compte de l'environnement politique et organisationnel actuel, un élément important étant donné les changements en cours. Ainsi, la stratégie retenue a été d'élaborer le projet régional québécois avec un comité de pilotage regroupant des représentants des principaux acteurs concernés par la prestation des soins et services de première ligne dans la région. Outre l'équipe de recherche, le comité était composé d'un usager, d'un gestionnaire de l'instance régionale, de trois gestionnaires de CSSS urbains, de deux médecins généralistes, l'un œuvrant en CSSS et l'autre en milieu privé, ainsi que de la directrice d'un organisme communautaire régional. Les membres du comité ont contribué au recrutement des participants au volet régional québécois. Par ailleurs, leur connaissance du projet pancanadien a été un atout et ils continuent d'être des alliés précieux pour favoriser l'appropriation des résultats et pour réfléchir aux stratégies à plus long terme quant à leur utilisation.

4. DESCRIPTION ET MÉTHODOLOGIE DU PROJET QUÉBÉCOIS

Les objectifs retenus par le comité de pilotage ont été les suivants :

- Mieux connaître le positionnement actuel des différents acteurs concernés par la prestation des soins et services de première ligne sur le concept de qualité;
- Documenter leur pratique actuelle à cet égard;
- Susciter un dialogue entre les participants quant aux résultats obtenus;
- Créer au niveau québécois des conditions favorisant à moyen et à long terme l'implantation et l'utilisation de mesures de qualité.

La stratégie retenue consiste en une étude exploratoire en deux étapes utilisant une approche qualitative et constructiviste, la première étape servant d'assise pour le développement de la seconde. Dans un premier temps, six séances de discussion – d'une durée moyenne de deux heures – ont été réalisées avec des usagers ainsi qu'avec des gestionnaires et des intervenants provenant des principales organisations responsables des services de première ligne en santé mentale dans la région : organismes communautaires⁵, CSSS urbains, CSSS semi-urbains, UMF, GMF et cabinets privés. Le concept de qualité a été principalement exploré à partir du positionnement des participants au regard de la qualité dans le cadre de leur pratique, en précisant leurs principales préoccupations, leurs stratégies pour améliorer les pratiques et leurs mécanismes d'assurance qualité. Des vignettes cliniques ont été également utilisées pour documenter la pratique actuelle relativement à la qualité des soins et services offerts aux usagers. Ces vignettes portaient sur des situations nécessitant un suivi à court, à moyen et à long terme (annexe 5). La chercheure principale a animé les groupes, une professionnelle de recherche assurant la prise de notes.

Dans un deuxième temps, un forum d'une journée a regroupé l'ensemble des participants ainsi que des représentants de trois ordres professionnels québécois (soins infirmiers, travail social et ergothérapie) pour commenter les résultats obtenus et revoir les pratiques actuelles. Le programme de la journée comprenait deux ateliers regroupant des usagers ainsi que des acteurs œuvrant dans chacun des milieux de pratique ciblés par la démarche. Un premier atelier a permis de discuter des convergences observées, des synergies possibles pour mieux s'outiller, du rôle des acteurs et des structures existantes pour développer une culture de qualité. Un deuxième atelier a porté sur les moyens et les outils favorisant une culture de la qualité. À la fin de la journée, trois invités œuvrant dans le système de santé de la région de Québec ont réagi aux propos de la journée. Un analyste externe, un journaliste à la retraite familier avec le système de soins, a accepté de suivre le déroulement de la journée avec un regard externe, social et critique; il a clos la rencontre en nous livrant ses réflexions et interrogations. Les éléments saillants de ses propos ont été intégrés dans nos résultats.

⁵ Les participants des organismes communautaires proviennent des trois organismes œuvrant en intervention de crise. Ces organismes ont été retenus parce que les services sont fournis par des professionnels, souvent en complément avec le réseau public de services. Les membres de l'équipe de recherche ont fait ce choix en constatant l'importance accordée, dans le projet pancanadien, aux aspects cliniques des interventions.

Pour la première étape, les propos des participants ont été enregistrés et les verbatim transcrits. Des synthèses autour des thèmes abordés ont été réalisées par la chercheuse principale et par la professionnelle de recherche, puis validées par deux membres de chacun des groupes de discussion. Par la suite, une analyse de contenu a été réalisée à partir des synthèses pour identifier les principaux thèmes associés à la qualité et pour décrire les pratiques actuelles. L'information relative aux vignettes cliniques a été traitée globalement, parce qu'elle confirmait et précisait les cibles jugées importantes, mais ne discriminait pas les suivis à court, à moyen ou à long terme. L'analyse fait ressortir les convergences et les divergences de même que les particularités des milieux. Compte tenu de l'importance accordée au fait de conserver un laps de temps relativement court entre les groupes de discussion et le forum (deux mois), il n'était pas réalisable d'analyser le contenu directement à partir des verbatim. Pour la deuxième étape, les résumés des échanges entre les participants et des propos de l'analyste externe ont permis une synthèse globale.

Lors de la première étape, il a été possible d'assurer, lorsque requis, le remboursement du temps de travail des professionnels participants. Les usagers ont reçu une allocation pour les frais encourus et une compensation pour leur participation pour les deux étapes du projet québécois. La réalisation du projet québécois a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et des services sociaux de la Vieille-Capitale. Avant la tenue des séances, des formulaires de consentement ont été envoyés à tous les participants aux groupes de discussion, remis et signés par ces derniers lors des séances. Les discussions ont été enregistrées avec leur consentement. Tous les participants aux ateliers du forum ont également reçu et signé un formulaire de consentement. La participation aux activités était volontaire, et il était possible de se retirer en tout temps, sans besoin de justification et sans préjudice.

5. RÉSULTATS DU PROJET QUÉBÉCOIS

5.1. PREMIÈRE ÉTAPE DU PROJET DE RECHERCHE QUÉBÉCOIS

Au total, 39 personnes ont participé aux groupes de discussion. Le tableau 1 décrit la constitution des groupes et leur composition.

Tableau 1 : Composition des groupes constitués

Nom du groupe	Nombre de participants N = 39	Composition des groupes
Usagers	5	4 usagers de services et 1 citoyen
Milieus communautaires (interventions de crise)	8	2 décideurs et 6 intervenants
CSSS urbains	8	3 décideurs et 5 intervenants
CSSS semi-urbains	8	2 décideurs et 6 intervenants, dont 1 médecin
UMF	5	2 médecins, 1 psychologue, 1 infirmière, 1 travailleuse sociale
GMF et cabinets privés	5	4 médecins et 1 infirmière

Dans la présentation des résultats, l'emploi du terme « milieux de pratique » fait référence aux cinq milieux suivants : les milieux communautaires, les CSSS urbains, les CSSS semi-urbains, les UMF et les GMF et cabinets privés.

Les résultats portent d'abord sur les propos échangés globalement sur le concept de qualité et sont regroupés sous les thèmes suivants : les préoccupations communes et spécifiques relatives à l'organisation des services, les pratiques de qualité, les difficultés posées par la mesure de qualité, et les moyens actuellement utilisés pour documenter ou structurer la pratique. Par la suite, ce sont les résultats des discussions concernant les vignettes cliniques qui sont présentés : les thèmes abordés y sont regroupés en fonction du degré de consensus obtenu entre les six groupes constitués.

Avant de débiter, il convient de communiquer un certain nombre d'observations relevées au cours des échanges. Ainsi, alors que chaque milieu de pratique se distingue, tous sont en interrelation. Ce sont les milieux médicaux (UMF, GMF et cabinets privés) et les milieux communautaires qui entretiennent les liens les plus ténus. Les médecins considèrent ne pas connaître suffisamment les ressources des milieux communautaires, ce que confirment les milieux communautaires participants; ils perçoivent que ceux-ci sont très différents les uns des autres, et ils ont parfois l'impression que l'approche médicale y est mal perçue. Par ailleurs, le personnel des GMF observe que l'accès aux services des CSSS est variable d'un CSSS à l'autre, et les médecins de cabinets privés constatent que les CSSS ont des liens privilégiés qu'eux-mêmes n'ont pas avec les hôpitaux pour l'obtention d'informations

relatives aux usagers. De manière générale, ce sont les participants du milieu GMF et cabinets privés qui paraissent les plus isolés.

5.1.1. Les préoccupations relatives à la qualité

Préoccupations communes relatives à l'organisation des services : les usagers soulignent la difficulté de savoir où et à qui s'adresser dans le réseau de services lorsqu'ils ont des besoins. De leur côté, les participants de quatre milieux de pratique mentionnent la complexité de circuler dans le réseau de la santé lorsque plusieurs services sont requis, tant pour les usagers que pour les intervenants eux-mêmes. Les cinq milieux de pratique partagent la perception d'un contexte de surcharge lié à la pénurie de ressources humaines; quatre d'entre eux partagent la perception d'une pénurie de ressources médicales et s'inquiètent du contexte d'interventions rapides générées par les consultations offertes dans le cadre des services sans rendez-vous.

Les participants des CSSS semi-urbains et les médecins œuvrant en GMF et cabinets privés témoignent de leurs problèmes d'accès aux ressources spécialisées et mentionnent l'existence d'une inégalité d'accès selon le territoire d'appartenance, la région étant divisée en deux bassins de desserte où diffèrent les règles pour l'accès aux services spécialisés.

Préoccupations spécifiques relatives à l'organisation des services : les milieux communautaires d'interventions de crise jugent important le développement de réseaux intégrés de services. Ils sont fiers de la couverture offerte par leurs services, sept jours sur sept, 24 heures sur 24, ainsi que des services d'interventions à domicile qu'ils viennent récemment d'ajouter. Ils font des efforts constants pour améliorer l'arrimage entre les différents organismes communautaires et préconisent un système à deux entrées dans les services de première ligne : une entrée via le réseau public de services et l'autre via le réseau communautaire, compte tenu de l'intérêt que représente l'approche centrée sur le soutien communautaire offerte par le milieu communautaire. Ils observent un engorgement dans l'utilisation des services du réseau public lorsqu'il est question de suivi à moyen ou long terme.

Les participants des CSSS sont très préoccupés par les listes d'attente et par les temps d'attente, parce que les usagers non desservis pourraient vivre une détresse importante ou avoir des besoins non desservis en temps opportun. Ils valorisent l'offre d'options multiples aux usagers lors de la prestation de services (intervention individuelle ou de groupe, utilisation de ressources complémentaires), accordent beaucoup d'importance aux fonctions de liaison et d'accueil, aux rencontres d'équipe à l'interne et aux activités de concertation avec les partenaires. On souligne le rôle que doit jouer l'organisation dans le développement et le maintien de la qualité et dans la motivation du personnel, et on rappelle l'importance que les valeurs de l'organisation soient partagées par le personnel. Les participants d'un CSSS semi-urbain se disent vulnérables au départ de personnel, souvent en faveur des milieux urbains, ce qui entraîne des périodes de déséquilibre. Mais ils soulignent aussi la complicité particulière entre les différentes ressources et les différents intervenants du territoire.

Les milieux médicaux sont préoccupés par le nombre d'intervenants que doit rencontrer l'utilisateur quand il est redirigé ailleurs. Ils valorisent la présence de corridors de services fonctionnels reposant sur l'importance des problèmes et non sur l'adresse domiciliaire de l'utilisateur. Ils désirent des liens privilégiés avec les services spécialisés, et davantage encore quand la santé mentale représente une partie importante de leur pratique. Ils s'inquiètent des usagers dirigés en première ligne par les services spécialisés, compte tenu de la difficulté que pose le recours à leurs services par la suite. Les milieux médicaux aimeraient conserver plusieurs portes d'accès au réseau de services et avoir accès à une personne bien au fait des ressources de la communauté. Ils soulignent l'intérêt du réseautage existant entre l'équipe de santé mentale d'un CSSS et les cliniques médicales du territoire.

Les conditions associées à une pratique de qualité : les participants identifient plusieurs conditions jugées importantes pour assurer une pratique de qualité :

- Les attitudes : pour éviter les préjugés diagnostiques et suivre une personne et non un cas;
- La qualité relationnelle : pour créer une alliance avec l'utilisateur, bien établir la relation d'aide et créer, lorsque requis, des conditions favorables au suivi à moyen et à long terme;
- La complicité et le respect entre intervenants : pour éviter les répétitions inutiles, pour éviter de travailler seul, de s'isoler et de ne pas être soutenu;
- Le développement de partenariat accru entre les médecins et les autres professionnels : pour mieux utiliser, collectivement les ressources disponibles, parce que les problématiques sont complexes et que des complémentarités existent;
- La souplesse et le jugement requis lorsque des questions difficiles doivent être abordées, par exemple lorsqu'il faut choisir entre la continuité relationnelle et le recours à d'autres intervenants dont l'activité professionnelle est complémentaire ou à d'autres ressources spécialisées, ou encore lorsqu'il faut déterminer le choix de l'intervenant pivot;
- L'adaptation continue, parce que les problématiques évoluent et sont souvent complexes.

Quatre des milieux de pratique soulignent l'importance pour les intervenants de savoir reconnaître leurs limites et tous accordent de l'importance à la compétence, dont la mesure ne paraît par ailleurs pas évidente. Les aspects ciblés sont :

- L'amélioration des habiletés diagnostiques, des attitudes de base en santé mentale;
- La capacité d'intervenir auprès de personnes vivant des problématiques multiples;
- L'amélioration des habiletés en résolution de problèmes et en gestion des émotions;
- L'amélioration des qualités relationnelles, parce qu'elles conditionnent l'intérêt de l'utilisateur à s'engager dans un suivi.

Les participants des CSSS soulignent les exigences en termes de compétence d'un poste clé comme l'accueil et la nécessité d'appliquer un processus de recrutement conséquent, ce qui implique, dans le cadre du fonctionnement actuel, une négociation avec les instances syndicales.

Tous les milieux jugent également importante la formation. Les milieux communautaires insistent sur le développement des attitudes, les CSSS sur la formation à l'utilisation de bons outils et de guides portant sur les meilleures pratiques, une des préoccupations exprimées étant l'atteinte de standards de qualité. Les UMF, des milieux d'enseignement pour les futurs médecins, accordent une importance capitale à la formation. Dans leur milieu, l'encadrement clinique est omniprésent, et on valorise la relation d'aide, les aspects relationnels, l'apprentissage par l'observation de modèles de rôles. Les enseignants sont à l'affût des besoins de formation, individuels et collectifs. Ces milieux utilisent plusieurs modes formels d'évaluation pour vérifier la qualité des entrevues, celles-ci devant être centrées sur le patient ainsi que les capacités d'autocritique et d'auto-apprentissage des futurs médecins. Les évaluations sont réalisées par les superviseurs au quotidien, de manière personnalisée, avec les résidents, et en groupe lors de rencontres d'enseignants prévues à cette fin.

Les difficultés posées par la mesure de qualité : les participants relèvent plusieurs difficultés relatives à la mesure de qualité. Ainsi, selon eux, les outils actuels présentent des limites : ils ne captent pas l'atteinte de certains objectifs ultimes, tels le rétablissement ou l'intégration sociale; quant aux mesures de satisfaction, elles ne tiennent pas compte des résultats obtenus. Les participants des milieux communautaires rappellent l'investissement en temps qu'exige l'utilisation régulière de mesures de qualité et mentionnent les pressions ressenties pour témoigner de leur achalandage afin d'accéder à une partie de leurs subventions de fonctionnement. Les participants des CSSS signalent pour leur part les pressions ressenties pour augmenter leur volume de services. Enfin, on rappelle que l'utilisation de sondages de qualité ou de mesures de satisfaction ne se traduit pas toujours par une rétroaction auprès des intervenants concernés. On se demande également s'il n'y a pas lieu de distinguer la qualité des services, pouvant relever davantage du niveau organisationnel, de la qualité des pratiques, cette dernière pouvant relever davantage du niveau professionnel. Par ailleurs, les usagers sont soucieux des problèmes d'interprétation que posent les cas singuliers ou les contextes environnementaux différents.

Les mesures valorisées varient selon les groupes de participants. Plusieurs, dont les usagers, aimeraient qu'on mesure l'atteinte d'un objectif établi au début de l'intervention. Les participants des milieux communautaires aimeraient que soit vérifiée la présence du rétablissement, et ceux des CSSS la fonctionnalité des usagers dans leurs différents rôles sociaux. Par ailleurs, les mesures de satisfaction, malgré leurs limites, sont considérées importantes, parce qu'elles permettent de capter les préoccupations des usagers et de leur donner du pouvoir sur les services qui leur sont offerts. Certains groupes aimeraient également que d'autres aspects de la pratique soient mesurés pour apprécier la qualité : la présence d'options dans l'offre de traitement (usagers); le pouvoir accordé aux usagers dans l'offre des services (milieux communautaires); l'efficacité atteinte pour desservir le plus grand nombre de personnes en besoin et limiter ainsi les listes d'attente (CSSS); la

satisfaction de consulter un médecin qu'éprouvent les usagers, le plaisir des intervenants à travailler ensemble et la présence d'entraide collective (UMF).

Les moyens utilisés pour structurer ou documenter la pratique : ce sont principalement les CSSS et les milieux communautaires qui utilisent différentes politiques ou procédures pour structurer leur pratique. Les CSSS font mention de programmes d'amélioration de la qualité⁶ (code d'éthique, procédure de traitement des plaintes, normes et standards de pratique), de protocoles visant à clarifier la trajectoire de service, d'une gestion administrative des charges de cas pour ajuster au besoin les ressources. Pour leur part, les milieux communautaires ont des activités spécifiques visant à développer les attitudes recherchées (journée de formation) et à discuter des orientations (colloque aux deux ans). Les mécanismes d'échange entre intervenants comprennent : les rencontres d'équipe (CSSS), le retour sur les cas lors du changement de quart (milieux communautaires), l'utilisation d'un intervenant pivot (CSSS et milieux communautaires), une fiche de communication utilisée par un CSSS et les médecins du territoire. Les mécanismes de rétroaction comprennent l'utilisation de formulaires de satisfaction et de sondages sur la qualité auprès des usagers (milieux communautaires) ainsi que des réévaluations périodiques (CSSS).

Des outils cliniques sont aussi utilisés pour assurer ou témoigner de la qualité des soins. Les milieux médicaux signalent la possibilité d'employer des échelles objectives pour établir le diagnostic, des protocoles de suivi systématique ainsi que les notes inscrites au dossier. Les CSSS utilisent des grilles leur permettant d'établir la priorité des cas.

En somme, la qualité représente un sujet d'intérêt pour tous les milieux, et elle interpelle différents aspects de la pratique. Les participants insistent sur la qualité des interactions (attitudes, qualité relationnelle, complicité, souplesse et jugement), sur l'importance de savoir aborder les problèmes cliniques (compétence et formation), et sur un ensemble de conditions devant être fournies en terme d'organisation des services (services existants, accessibles et complémentaires, offre de services variée, corridors de services fonctionnels, soutien organisationnel). Même si certaines des préoccupations sont communes, chaque milieu se distingue et identifie des aspects qui lui tiennent davantage à cœur en termes de qualité.

Les participants rappellent que la mesure de qualité présente des limites et demeure un défi important. De plus, sa mesure n'implique pas que le résultat soit utilisé pour améliorer la pratique. Les outils relevés par les participants sont diversifiés et répondent à différents impératifs : reddition de compte, systématisation de la pratique, besoin d'outils communs lors de soins conjoints.

⁶ À noter que la Loi sur les services de santé et les services sociaux oblige les établissements à mettre en place un code d'éthique et des procédures de traitement des plaintes.

5.1.2. Les thèmes importants en contexte pratique

Lors des discussions concernant les vignettes cliniques (décrites à l'annexe 5), plusieurs actions ont été jugées importantes pour assurer la qualité des soins et services. Les actions mentionnées par au moins quatre des six groupes sont rapportées en précisant le degré de consensus retrouvé.

Quatre actions font l'unanimité au sein de tous les groupes incluant les usagers : l'encadrement et la sécurisation de l'usager; l'évaluation sous différentes formes; l'établissement d'une continuité des soins et des services; la qualité de l'accueil.

- Pour les participants, l'encadrement et la sécurisation de l'usager se traduisent par l'établissement d'un plan d'action, la description explicite du suivi à court et à moyen terme, un filet de sécurité, des solutions trouvées à court et à moyen terme aux problèmes de l'usager et de l'information quant aux actions à poser si des problèmes surviennent. Il s'agit d'un thème très fréquemment abordé par cinq des six groupes.
- L'évaluation prend différentes formes, selon les cas et selon les milieux de pratique. Sauf pour les usagers et les participants des milieux communautaires, il s'agit d'un thème fréquemment abordé. L'évaluation peut inclure les aspects physiques et mentaux, une évaluation biopsychosociale globale ou partielle, l'examen des antécédents et de l'histoire familiale, la connaissance de l'environnement, des capacités parentales, des capacités relationnelles, du niveau d'énergie. Il est aussi question de l'évaluation des répercussions de la situation sur la personne et sur son entourage. Ce sont les participants des CSSS semi-urbains et des milieux médicaux qui ont spécifiquement mentionné l'évaluation en santé mentale : on parle alors de l'évaluation des cinq axes (DSM-IV), des facteurs de stress, de la détresse, de l'histoire familiale en santé mentale, des risques de suicide et d'homicide.
- L'importance accordée à la continuité varie selon les groupes et selon les cas cliniques présentés. Les différents éléments jugés utiles à l'établissement d'une continuité des soins et services sont les suivants : s'assurer que les usagers ont utilisé les services recommandés; instaurer si nécessaire un suivi à moyen ou long terme; s'assurer qu'il y a une continuité dans les traitements et dans les interventions; assurer une continuité relationnelle, parfois via l'intervenant pivot; créer un lien qui soit une ouverture à consulter s'il se présente un besoin. Cependant, on rappelle le souci de ne pas créer de dépendance et de respecter le choix de l'usager lors de la mise en place d'un suivi.
- Tous les groupes mentionnent l'importance de l'accueil, bien que peu fréquemment. Mais les propos soulignent son caractère fondamental et le fait qu'il s'agit d'une priorité.

Six thèmes sont relevés par les usagers et par les participants de quatre milieux de pratique. Ce sont : la communication de l'information, le pouvoir donné à l'usager et le respect de ses choix, la rapidité d'accès aux services, l'intérêt qu'un suivi médical soit établi, la présence de liens entre les intervenants et les ressources impliquées et, enfin, la qualité de l'écoute.

- Différents moyens permettent la communication d'information : la transmission du dossier antérieur, d'une feuille de route, d'une fiche de communication ou les échanges verbaux entre intervenants. Plusieurs relatent les difficultés qu'entraîne l'absence de communication, notamment les pertes de temps, les recommencements. Les participants des milieux médicaux relèvent plus souvent l'importance d'une communication efficace des informations.
- Le pouvoir donné à l'utilisateur et le respect de ses choix représentent des valeurs importantes, même si cela peut impliquer une rechute, une déstabilisation. On est conscient qu'il existe des risques à laisser l'utilisateur décider, tout comme il existe des risques à décider à sa place (renforcement du sentiment d'impuissance).
- L'importance de la rapidité d'accès a été fréquemment relevée par les usagers, les participants des CSSS semi-urbains et des milieux communautaires, ces derniers considérant se démarquer des autres dispensateurs de soins par leur facilité d'accès. Les participants définissent cette rapidité d'accès de différentes façons : « délai raisonnable », « le plus tôt possible », « entre 24 et 48 heures », « assez rapidement ».
- Les usagers et les participants de quatre milieux soulèvent l'intérêt d'un suivi médical lorsqu'il est question des vignettes cliniques portant sur des suivis à moyen et à long terme.
- L'importance de la présence de liens entre les organisations et les intervenants représente un thème fréquemment abordé par les usagers, relativement peu par les autres groupes, quoique les milieux communautaires en parlent à quelques reprises dans le contexte spécifique d'un suivi à long terme (3^e vignette clinique).
- L'écoute représente un thème évoqué peu fréquemment. Les usagers sont ceux qui en parlent le plus. Les éléments soulevés sont les suivants : que les intervenants prennent le temps requis, qu'ils soient disposés et disponibles, que l'écoute soit active, qu'on s'assure que l'utilisateur a compris et inversement, qu'il a été compris.

Deux thèmes font l'unanimité auprès des cinq milieux de pratique : l'importance du triage, de l'orientation des usagers et de l'utilisation, lorsque requis, de ressources complémentaires, de même que l'importance d'évaluer le réseau social.

- L'importance du triage, de l'orientation des usagers et de l'utilisation, lorsque requis, de ressources complémentaires représente un thème fréquemment abordé par tous les milieux de pratique. On est cependant conscient qu'il est possible de perdre de vue certains usagers, en particulier les jeunes et surtout les hommes. Cependant, les avantages relevés sont nombreux : favoriser une utilisation optimale de chacune des ressources; éviter les listes d'attente en utilisant des ressources plus disponibles; aller chercher un service taillé sur mesure et outiller rapidement l'utilisateur pour certains de ses besoins; et mettre en place un réseau de soutien autour de la personne. Cependant, on met en garde contre le risque de décider pour l'utilisateur.
- L'importance d'évaluer le réseau social est évoquée par tous les milieux de pratique mais peu fréquemment. Trois d'entre eux ajoutent l'importance de le mobiliser, plus souvent les milieux communautaires.

Enfin, deux autres thèmes sont relevés par quatre milieux de pratique : la qualité de l'information fournie à l'utilisateur et l'importance d'accompagner l'utilisateur dans certaines situations. L'information touche différents aspects variant selon les milieux : la clarification du rôle de l'intervenant et la description de l'appui qu'il peut offrir, la description de la trajectoire de services prévue et l'information sur les délais prévisibles, l'explication des enjeux de ne pas utiliser la médication proposée. On souligne l'importance de donner l'heure juste à l'utilisateur. L'importance d'accompagner l'utilisateur représente un thème peu abordé, et il est alors question d'accompagnement dans ses choix, dans ses démarches ou auprès d'un autre intervenant.

Ainsi, lors des discussions générées par les vignettes cliniques, on constate que les participants ne se limitent pas aux aspects cliniques (évaluation) dans leur conception de soins et services de qualité. La prise en compte de l'utilisateur (information, respect des choix) et de son réseau (mobilisation), sa sécurisation et une circulation fonctionnelle dans le réseau de soins et services font partie des conditions associées à des soins et services de qualité. La qualité et la pertinence des liens établis entre les différents intervenants concernés par le suivi de l'utilisateur représentent également des préoccupations évidentes.

5.2. SECONDE ÉTAPE DU PROJET QUÉBÉCOIS

Cette deuxième étape visait essentiellement à susciter un dialogue entre les participants des différents milieux concernant les résultats obtenus. Le forum réalisé à cette fin en mai 2005 a permis de rejoindre 45 personnes. Les résultats présentés proviennent principalement des propos tenus lors des ateliers. Le tableau 2 décrit la provenance et le statut des participants.

Tableau 2 : Provenance et statut des participants au forum de mai 2005

Groupe/milieu de provenance	Nombre de participants N = 45	Statut
Usagers	6	5 usagers de services et 1 citoyen
Organismes communautaires	9	3 décideurs et 6 intervenants
CSSS urbains	11	5 décideurs, 1 psychologue, 1 médecin 2 ergothérapeutes, 2 intervenants
CSSS semi-urbains	3	1 décideur, 1 intervenante, 1 infirmière
UMF	3	1 médecin, 1 psychologue, 1 travailleur social
GMF et cabinets privés	4	3 médecins et 1 infirmière
Ordres professionnels	3	1 psychologue, 1 ergothérapeute, 1 travailleur social
Université Laval	4	2 chercheurs, 2 professeurs
Autres	2	1 décideur, 1 agent de recherche

Les résultats sont présentés à partir des cinq regroupements suivants: le premier résume les réactions des participants aux résultats des groupes de discussion; le deuxième décrit les commentaires permettant d'approfondir certains thèmes jugés importants pour favoriser la qualité des soins et services; le troisième s'intéresse aux propositions avancées en vue d'améliorer la qualité; le quatrième identifie les difficultés dont il faut tenir compte et les zones de tension ou de questionnement soulevées par les participants; enfin, le cinquième regroupement reprend les propos les plus saillants de l'analyste externe.

Commentaires généraux : les participants confirment que les résultats sont un reflet fidèle des propos tenus lors des groupes de discussion. Ils se reconnaissent en particulier dans les propos concernant les préoccupations relatives à l'évaluation des personnes qui demandent des services, le réseautage recherché avec les médecins, la surcharge de travail, les difficultés d'arrimage, le problème des temps d'attente, la pénurie de ressources. On tient à souligner par ailleurs que la qualité des services repose sur la qualité des interventions.

Commentaires additionnels sur des thèmes jugés importants pour favoriser la qualité : plusieurs des thèmes présentés ont fait l'objet de renforcement, mais quatre thèmes ont suscité une attention particulière : l'accueil, la continuité des soins et services, l'utilisation optimale des compétences et l'encadrement clinique.

- L'accueil est considéré comme un point névralgique lors de la demande de services et plusieurs participants reviennent sur l'importance que la responsabilité de l'accueil repose sur les épaules d'un intervenant « senior », le nombre d'années d'expérience jouant un rôle dans la qualité clinique du service.
- Les participants considèrent que le développement de liens entre les intervenants œuvrant dans les différentes organisations représente une condition importante pour assurer la continuité des soins et services. De l'avis des participants, ces liens de collaboration et de complémentarité reposent, d'une part, sur une bonne connaissance des ressources du milieu et, d'autre part, sur le développement de liens personnalisés entre les intervenants, lesquels permettent par la suite le développement de liens de confiance mutuels.
- Plusieurs participants considèrent qu'une meilleure utilisation des compétences permettrait d'exploiter de façon plus optimale la spécificité des intervenants du réseau et ainsi d'améliorer la qualité des soins et services. Bien que des compétences communes soient souhaitables et nécessaires, on croit que la qualité serait améliorée si les compétences distinctes propres aux différentes professions étaient davantage reconnues en première ligne. Ainsi, la définition des tâches respectives, surtout dans un contexte multidisciplinaire, apparaît importante, et on suggère que chaque intervenant s'interroge systématiquement à savoir s'il est le mieux placé pour intervenir. Cependant, les avis sont partagés, et la cohabitation d'une sectorisation des compétences dans un fonctionnement en réseau n'est pas nécessairement évidente. Aussi, cette approche ne correspond pas à la réalité du milieu communautaire, qui défend une approche plus systémique, et elle joue également sur la continuité relationnelle. Enfin, des participants signalent la résistance des médecins à déléguer et leur tendance à assumer le suivi des usagers.

- Des participants renforcent l'importance de l'encadrement clinique dans le développement et le maintien des compétences. On cite des exemples de travail en tandem de nouveaux et d'anciens employés, et on souligne la vulnérabilité rencontrée chez de jeunes résidents relativement aux exigences élevées du milieu de travail.

Enfin, on relève que certaines clientèles nécessitent une attention particulière pour que soit améliorée la qualité des soins et services. Il est spécifiquement fait mention des problèmes d'accès aux services pour les hommes et de la complexité de la prise en charge des usagers détenant plus d'un problème de santé mentale.

Pistes ou solutions proposées pour améliorer la qualité : les participants rappellent un certain nombre d'acquis à consolider : les rencontres d'équipe, les activités d'encadrement, des outils usuels susceptibles de contribuer à la qualité (notes cliniques de qualité, grille d'établissement des priorités développée avec des partenaires, plans d'intervention). Les protocoles sont aussi perçus comme utiles mais comportent des limites parce qu'ils alourdissent le fonctionnement et peuvent restreindre les initiatives; on rappelle que l'utilisation de guides de pratique semble parfois laborieuse.

Des idées à exploiter sont décrites : le développement conjoint d'échelles et de fiches de communication entre un CSSS et les médecins du territoire; le développement d'un portfolio professionnel par l'Ordre des ergothérapeutes du Québec où sont inscrits les points forts et les points faibles ainsi que les moyens pris ou envisagés pour s'améliorer. Plusieurs autres idées sont également suggérées, par exemple :

- Prévoir la présence d'un psychologue à l'accueil pour améliorer l'évaluation;
- S'interroger sur les clientèles non rejointes pour améliorer l'offre de services : par exemple celles qui ne se présentent qu'à quelques rendez-vous, qui sont sur les listes d'attente ou qui ne consultent pas malgré une grande détresse;
- Instaurer deux rencontres annuelles par secteur d'activités, à date fixe, où tous les travailleurs du territoire échangent leurs expériences et leurs idées;
- Offrir davantage de formations basées sur les données probantes dans les milieux de pratique;
- Documenter davantage les pratiques et les interventions efficaces réalisées dans la région;
- Ajouter une case « résultats » aux statistiques déjà tenues par les CSSS permettant d'indiquer si les objectifs de l'utilisateur ont été atteints.

Difficultés et zones de tension : les participants rappellent les exigences du contexte de changement dans lequel ils évoluent et la mise à l'épreuve continuelle de leurs capacités d'adaptation et, par conséquent, les risques d'épuisement professionnel. On rappelle l'importance d'un environnement de travail qui soutienne les professionnels et qui soit doté d'un minimum vital de ressources; l'importance d'un climat de travail propice à l'échange d'information et à la créativité; l'importance d'une reconnaissance de la valeur du jugement professionnel et du travail réalisé.

Enfin, plusieurs zones de tension ou de questionnement émergent au cours des échanges entre les participants :

- Les préoccupations divergentes des décideurs et des intervenants sur la qualité;
- La conciliation difficile du souci d'établir une continuité relationnelle avec l'utilisation d'intervenants additionnels, spécialisés ou complémentaires;
- L'utilisation d'outils initialement conçus pour des fins administratives pour mesurer la qualité (ex. : grille d'établissement des priorités);
- Le défi d'intégrer une approche de rétablissement dans la mesure de l'appréciation des effets sur la santé de l'utilisateur des interventions réalisées;
- Les limites que présentent les trajectoires de services pour les clientèles ayant connu une « désinstitutionnalisation » et détenant des problématiques complexes et multiples, ainsi que les défis posés par une approche de rétablissement;
- La nécessité de s'intéresser à l'entourage de l'utilisateur et de le prendre en compte lors des études d'impact, alors qu'il n'existe à ce jour pas d'outil efficace pour mesurer la portée des interventions sur la famille.

Propos les plus saillants de l'analyste externe : parmi les constats formulés, deux mises en garde : d'abord, l'absence dans la présente démarche des familles et des proches des personnes atteintes de maladie mentale, alors qu'elles ont aussi des choses à dire concernant la qualité des soins et services en santé mentale; ensuite la prudence dans l'interprétation du silence d'un groupe de participants sur un thème donné, ce silence ne signifiant pas que ledit thème n'a pas d'importance.

L'analyste externe tient par ailleurs à nous rappeler que la qualité est indissociable d'une échelle de valeurs et qu'elle ne peut en faire l'économie, que les critères retenus pour l'évaluation de la qualité doivent être en rapport avec les valeurs retenues, et que rien n'est plus rassemblant qu'un idéal partagé. Selon lui, l'évaluation de la qualité des soins et services ne peut être indépendante de la reddition de comptes – que le système de santé doit fournir à la société – et ce sur quoi porte cette évaluation témoigne des valeurs véhiculées par notre société. La qualité s'évalue et, compte tenu que tout n'est pas quantifiable, les mesures qualitatives ont aussi leur place. En utilisant l'expérience du projet « Villes et villages en santé » pour illustrer son propos, l'analyste rappelle que des indicateurs, ça s'invente. Enfin, il considère que l'instauration d'une culture de qualité n'est possible que lorsqu'ont été identifiés et appréciés les critères retenus pour évaluer la qualité.

Cette deuxième étape confirme qu'aux yeux des participants, nos résultats font sens, et elle permet d'en approfondir certains. Elle témoigne également du souci, du dynamisme et de la créativité des milieux pour aller plus loin dans leur quête de qualité. Enfin, les participants nous rappellent qu'il existe des zones de conciliation qui reposent sur des choix et des valeurs et qui font, par conséquent, appel à des analyses particulières. Enfin, l'analyste externe insiste sur l'importance des valeurs sur lesquelles repose la quête de qualité et nous invite à situer cette dernière dans un contexte social plus global. Il rappelle avec justesse l'absence d'une voix pour les familles et les proches, une lacune qui devra être comblée.

La majorité des participants au forum du moi de mai ont manifesté leur appréciation de la journée : 38 des 45 participants (84 %) ont rempli leur formulaire d'évaluation et sont globalement très satisfaits. Outre la présentation des résultats de la démarche québécoise, la journée comprenait deux ateliers. Le premier visait à identifier les convergences et les synergies possibles entre les milieux de première ligne pour mieux s'outiller dans l'appréciation et l'amélioration de la qualité. On s'y intéressait également au rôle des acteurs et des structures dans le développement d'une culture de qualité. Le deuxième atelier portait sur les moyens favorisant une culture de la qualité, notamment les outils disponibles et les lieux d'échange. De manière particulière, les participants ont considéré que les thèmes abordés lors de chacun des ateliers étaient pertinents (97 % et 100 %); ils considèrent avoir appris beaucoup des autres milieux lors de ceux-ci (84 % et 97 %) et ils affirment que les deux ateliers leur ont donné des idées pour agir sur la qualité dans leur milieu (82 % et 92 %). De manière globale, ils ont apprécié les interactions qu'ont permises les activités de la journée tant avec la présentatrice (92 %) qu'avec les autres participants (95 %); ils ont apprécié la justesse des propos tenus par les analystes (92 %) (annexes 6 et 7).

5.3. POINTS SAILLANTS DE L'ETUDE

Les points saillants de notre étude sont les suivants :

- Le grand nombre de cibles pertinentes au maintien et à l'amélioration de la qualité des soins et services de première ligne en santé mentale;
- La singularité des composantes du réseau de première ligne, qui s'exprime à travers des cibles particulières reflétant des valeurs jugées importantes, porteuses de sens;
- L'identification de conditions, relatives à une pratique de qualité, qui débordent la détention du savoir et qui portent sur des attitudes (qualité relationnelle, respect, individualité), sur des aptitudes (souplesse, jugement, capacité d'adaptation continue) et sur la recherche de partenariat;
- L'ouverture manifeste de la part des milieux rencontrés à une pratique collaborative jugée nécessaire dans un contexte de pénurie et de problématiques de plus en plus complexes;
- La limite des mesures découlant de préoccupations administratives (volumes de clientèles, satisfaction) et l'absence de mesures portant sur les effets à moyen et à long terme des interventions (rétablissement, fonctionnalité);
- Les zones de questionnement qui traversent la quête de qualité : les préoccupations divergentes des décideurs et des intervenants; la tension entre continuité relationnelle et pratique collaborative; l'utilisation d'outils initialement conçus à des fins administratives; le peu de prise en compte des proches et des familles;
- L'appréciation des interactions suscitées par la démarche québécoise visant à préciser et à consolider l'importance accordée à la qualité; à identifier des expériences positives et des options prometteuses propres au contexte actuel de pratique; et à élargir, grâce au partage, l'éventail des options envisagées pour mieux agir;
- La reconnaissance nécessaire des valeurs sur lesquelles reposent la quête de qualité, et leur mise en perspective dans un contexte social plus global.

6. DISCUSSION

Les objectifs poursuivis par l'étude québécoise étaient de mieux connaître le positionnement des différents acteurs de première ligne par rapport à la qualité, de documenter leur pratique à cet égard, de susciter un dialogue entre les participants quant aux résultats obtenus et de créer, plus largement, des conditions favorisant – à moyen et à long terme – l'implantation et l'utilisation de mesures de qualité, dont celles identifiées par le projet pancanadien.

L'utilisation d'un comité de pilotage régional crédible regroupant tous les groupes d'acteurs concernés, la recherche d'une représentation pertinente des principaux milieux de pratique de première ligne œuvrant dans la région et l'utilisation de méthodes interactives tout au long du projet ont créé, il nous semble, des conditions permettant de susciter le dialogue recherché. D'ailleurs, il nous apparaît que la participation et la grande satisfaction des participants au forum organisé en mai 2005 en témoignent. Quant au matériel recueilli, il a effectivement permis d'explorer sous plusieurs angles le concept de qualité tel qu'il est considéré dans la pratique. Il en ressort une meilleure compréhension du positionnement actuel des milieux relativement à la qualité et un aperçu des stratégies, des moyens et des outils structurant en ce moment leur pratique au regard de la qualité. Cet ancrage dans la pratique oriente le discours sur la qualité, puisqu'il prend appui sur les actions réalisées, les moyens utilisés et les résultats anticipés.

Aux fins de cette discussion, nous tenterons de mettre en perspective notre démarche et nos résultats par rapport à la démarche et aux résultats du projet pancanadien.

6.1. LES PROCESSUS DE CONSULTATION ET LES RESULTATS

Dans la démarche pancanadienne, les groupes d'acteurs ciblés (représentants d'usagers, cliniciens, gestionnaires et planificateurs) ont orienté le projet en sélectionnant les domaines pour lesquels seraient répertoriées les connaissances en terme de pratiques exemplaires et de mesures de qualité. Les pratiques exemplaires sont celles dont les contributions à des résultats de santé, directes ou indirectes, sont confirmées par des études rigoureuses. Par la suite, ce sont ces connaissances et leur robustesse scientifique qui ont permis d'établir la liste des mesures retenues aux fins du dernier sondage. L'éventail des domaines couverts 20 – assure une diversité et le petit nombre de mesures retenues, une bonne robustesse scientifique. L'importance accordée aux pratiques exemplaires fait cependant en sorte que l'univers des cibles potentielles est influencé par les soins cliniques, davantage étudiés de manière systématique.

La démarche québécoise s'intéresse aux mêmes groupes d'acteurs, mais ancre dans la pratique sa quête de connaissances en tenant compte de la diversité importante des milieux de pratique de première ligne au Québec. Ainsi, certaines entités sont davantage médicales (cabinets privés) ou psychosociales (milieux de crise), d'autres plus ou moins multidisciplinaires (GMF : infirmières et médecins; UMF et CSSS : médecins, infirmières, travailleurs sociaux, psychologues, éducateurs spécialisés etc.). À un autre niveau, cette diversité se traduit aussi dans les conditions de pratique qui distinguent les milieux communautaires, les milieux médicaux privés, les milieux d'enseignement universitaire

(UMF), et le caractère éminemment public des CSSS qui font bande à part quant à l'importance et au déploiement de leur structure administrative. Ces conditions de pratique différentes ont guidé la constitution des groupes.

Cette diversité colore nos résultats. Les préoccupations relatives à la qualité débordent de manière importante les savoirs découlant des données basées sur les preuves. Elles s'intéressent au savoir-être (attitudes et aptitudes), abordent le contexte organisationnel (ressources suffisantes, qualité du soutien organisationnel), accordent une attention particulière et renouvelée au partenariat et aux pratiques collaboratives; certaines ont une visée systémique (meilleure efficience pour une meilleure accessibilité), d'autres se centrent sur les usagers et leurs proches (autonomie, reprise de pouvoir, mobilisation). Il semble, qu'une à une, ces préoccupations ne puissent rendre fidèlement compte de la réalité puisque de nombreuses facettes doivent se conjuguer pour actualiser la qualité. Les préoccupations exprimées font cas du contexte actuel de transformation, de l'orientation vers un fonctionnement en réseau, du contexte limité des ressources; elles ne négligent pas le caractère instrumental (nature des incitatifs) ou politique (singularité des milieux) de la mesure de qualité.

Afin de mieux comprendre cette diversité des cibles possibles pour l'amélioration de la qualité des soins et services, il nous est apparu utile de situer ces dernières dans un cadre permettant de dégager leur nature différente. Notre choix s'est porté sur celui proposé en 2000 par Campbell *et al* (10). Ce cadre apparaît particulièrement intéressant parce qu'il intègre cette diversité; il permet également de situer les aspects couverts par le projet pancanadien, davantage liés à l'univers des soins médicaux où se concentrent les connaissances fondées sur les preuves (utilisation efficace des soins). Campbell utilise une définition désagrégée de la qualité -plutôt que générique- en s'appuyant sur les concepts d'accessibilité et d'efficacité qu'il décompose selon la structure, les processus et les résultats. Les tableaux suivants décrivent sommairement les dimensions de la qualité des soins proposées par Campbell. Le tableau 5 les aborde sous un angle individuel, tandis que le tableau 6 les aborde sous un angle populationnel⁷.

⁷ « La qualité des soins sur un plan individuel signifie que chaque personne a accès aux soins et services dont elle a besoin et que les soins reçus sont efficaces » (p. 1614) - traduction libre.

« La qualité des soins sur le plan populationnel signifie la possibilité d'avoir accès à des soins efficaces de façon équitable et efficiente en vue d'une optimisation des bénéfices de santé et de bien-être pour la population entière » (p. 1617) - traduction libre.

Tableau 3: Dimensions de la qualité des soins, approche individuelle, selon Campbell et al (2000)

QUALITÉ	SOINS		
	Système de soins (structure)	Soins centrés sur le patient (processus)	Conséquences des soins (résultats)
Accessibilité	Accès géographique et physique Disponibilité : • Accès organisationnel* • 1^{er} contact • Globalité des soins • Continuité relationnelle	Capacité de payer Barrières financières Coût marginal Obligation de concilier des rôles sociaux en compétition	Acceptabilité
Efficacité		Efficacité technique ou clinique : • Aspects techniques des soins interpersonnels • Utilisation efficace des soins** : - o Application des données fondées sur les preuves (efficacité théorique) - o Utilisation de soins considérés comme légitimes (largement acceptés) Soins interpersonnels (interaction): • Interactions sociales et psychologiques entre le client et l'intervenant Coordination*** des soins ou intégration des soins	État de santé Évaluation de l'usager : • Satisfaction • Habilitation • Appréciation des résultats • Qualité de vie influencée par la santé • Processus de soins (habiletés du personnel)

Tableau adapté, tiré du contenu de l'article de Campbell et al (2000).

* Accès organisationnel : longueur et disponibilité des rendez-vous, utilisation par le professionnel de la langue de l'usager ; accès aux soins spécialisés découlant du recours aux soins de 1^{re} ligne et des décisions de l'intervenant.

** Les soins efficaces nécessitent un alignement des agendas du professionnel et de l'usager; ils correspondent aux attentes raisonnables du patient et aux standards professionnels contemporains des soins, reflétant ainsi à la fois les normes sociétales et les normes professionnelles.

*** La coordination fait allusion à l'efficacité avec laquelle les professionnels de la santé composent avec ceux des autres organisations, ou de la même organisation, avec des répercussions directes ou indirectes sur la santé ou sur la qualité de vie liée à la santé du patient.

Tableau 4 : Dimensions additionnelles de la qualité des soins pour une approche populationnelle, selon Campbell et al (2000)

QUALITÉ	SOINS		
	Système de soins (structure)	Soins centrés sur le patient (processus)	Conséquences des soins (résultats)
Accessibilité	Équité • Horizontale : également accessible à tous • Verticale : un plus grand accès pour ceux ayant plus de besoins		
Efficacité		Efficience : • Dans l'allocation, pour obtenir les bénéfices maximaux • Techniquement la plus compétente • Sur une base équitable	Efficacité : • Coûts • Équité

Tableau adapté, tiré du contenu de l'article de Campbell et al (2000)

Les dimensions telles que définies dans ce cadre rendent compte de la diversité des préoccupations exprimées par les participants de l'étude québécoise. L'accès organisationnel, la continuité relationnelle, les soins interpersonnels, l'habilitation et l'efficience en sont de nombreux exemples. L'utilisation de ce cadre permet à la fois de situer les résultats de la démarche canadienne, plus orientés vers l'efficacité théorique, et ceux de la démarche québécoise, qui accordent une place importante aux soins interpersonnels et qui abordent plus largement les conséquences des soins. Son utilisation permet de mieux saisir la complémentarité des résultats liés aux deux démarches.

Les résultats de la démarche québécoise mettent en évidence que les préoccupations des acteurs québécois sont diversifiées lorsqu'il est question d'appréciation de la qualité, et qu'elles débordent largement l'atteinte d'une efficacité clinique basée sur des données probantes.

6.2. LES MESURES DE QUALITE UTILISEES

Concernant l'utilisation de mesures de qualité, la documentation systématique de données - que les participants québécois associent souvent à la reddition de comptes de nature administrative – résulte d'incitatifs le plus souvent externes (réponse aux exigences législatives pour les CSSS, accès aux fonds régionaux pour les milieux communautaires). Cependant, les UMF utilisent des procédures d'évaluation clinique systématique, formelles et informelles, à visée interne, et ce, en lien avec leur « vocation » académique. De plus, les CSSS identifient comme une option prometteuse pour l'amélioration de la qualité, le développement conjoint d'outils communs – avec des partenaires ciblés – permettant de structurer et de standardiser la pratique collaborative tout en améliorant le transfert d'information. Il existe là un potentiel perçu de manière très positive par la majorité des

participants, lorsque le leadership et l'investissement local requis sont au rendez-vous. On note que les participants n'abordent pas l'informatisation de la pratique, ou les dossiers médicaux électroniques – d'ailleurs peu développés au Québec –, un constat pouvant aussi découler de la diversité des milieux de pratique considérés, puisque dans certains milieux la pratique médicale est absente ou non prédominante. Enfin, l'utilisation de mesures pour décrire la qualité de la pratique représente aux yeux des participants un investissement en ressources administratives et en temps d'intervenant. Or, les milieux déclarent fonctionner en contexte de pénurie.

Aussi, lorsqu'il est question de mesures de qualité, on observe que les actions entreprises sont timides et peu reliées à des processus de standardisation et d'obtention de données systématiques. Les constats se dégageant de cette étude sont les suivants:

- la présence d'incitatifs lorsque sont utilisées des mesures systématiques, souvent dans un contexte perçu comme étant un de reddition de comptes de nature administrative;
- le positionnement indéniable des milieux d'enseignement dans l'évaluation de la qualité;
- l'existence d'initiatives locales pour instrumenter les pratiques collaboratives; ces initiatives créent des liens et renforcent la collaboration;
- le peu d'accent sur l'informatisation de la pratique;
- la perception récurrente d'un fonctionnement en contexte de pénurie.

6.3. LES MESURES DE QUALITE PRECONISEES

Les participants ont exprimé leur désir de détenir de l'information sur les résultats à moyen et à long terme des interventions, en donnant comme exemple le cheminement parcouru en matière de rétablissement (milieux communautaires) ou le degré de fonctionnalité atteint dans les différents rôles sociaux (CSSS). Les intervenants expriment un intérêt marqué pour ce type de résultats. Or, de tels résultats ne sont pas nécessairement associés aux processus de soins, puisque leur obtention est contingente à une large variété de facteurs, et les délais pour les atteindre sont parfois importants. De plus, certains autres résultats relèvent de l'histoire naturelle des maladies plutôt que des conséquences logiques des processus. Pour Campbell, les mesures de processus demeurent les meilleurs indicateurs de la qualité des soins lorsque l'objectif recherché est d'influencer le « comportement » du système de soins, parce que ces processus sont sous le contrôle des professionnels de la santé et peuvent être plus rapidement modifiés. Ainsi, la mesure des résultats à moyen et à long terme présente d'importantes limites pour refléter précisément la qualité des processus de soins. Par ailleurs, l'orientation retenue dans le projet pancanadien favorise l'efficacité à court terme des interventions, plus facile à évaluer, mais les résultats ne sont pas garants des résultats de santé à moyen et à long terme.

Il y a des ajustements à faire pour que les attentes des intervenants et des gestionnaires en terme de mesure de résultats soient compatibles avec ce qu'il est effectivement possible de mesurer au quotidien dans les pratiques. Et des stratégies sont nécessaires pour établir quels liens sont possibles entre les processus de soins et les résultats observés à moyen et à long terme, et la manière de les documenter.

6.4. L'IMPLANTATION DES MESURES DE QUALITE

Les résultats de l'étude permettent de définir les pratiques et les préoccupations des milieux de pratique au regard de l'amélioration de la qualité des soins et services de première ligne en santé mentale. La qualité préoccupe les acteurs et les milieux concernés, et il existe une sensibilisation tangible quant à son importance et aux efforts nécessaires pour tendre vers une meilleure qualité. Cependant, au moment de l'étude, il ne s'est pas dégagé de propos communs sur l'existence d'une action concertée pour structurer le développement et l'utilisation de mesures de qualité. Il s'agit d'un dossier complexe, non seulement à cause de la diversité des acteurs et des milieux concernés, mais aussi parce que cette quête de qualité nécessite des investissements particuliers, concertés, et la présence d'une infrastructure humaine et matérielle soutenue. Dans le cadre du projet pancanadien, Kyle *et al* (11) ont développé une liste des conditions documentées considérées comme étant favorables à l'implantation de mesures de qualité dans une organisation donnée (annexe 8). On y retrouve, outre la présence d'un processus systématique de sélection des mesures de qualité, des éléments tels : un préjugé favorable à la mesure de qualité, à tous les niveaux de l'organisation; des conditions de pratique adaptées en conséquence; la présence d'incitatifs; un budget consacré à la qualité; un personnel dédié à l'implantation et à l'utilisation des mesures; le recours à de l'enseignement individualisé (« academic detailing »); l'adhésion des médecins aux protocoles retenus; l'implication de leaders locaux; le fonctionnement en équipe; l'informatisation de la pratique; les effectifs formés pour soutenir le personnel; etc. Les propos entendus ne portent pas sur ces conditions mais semblent plutôt sous-entendre qu'il reste beaucoup de chemin à parcourir pour les rencontrer.

Deux milieux se démarquent comme des acteurs clés en ce qui concerne l'amélioration de la qualité des soins et des services, et ce, pour des raisons différentes. Les CSSS, de par leurs obligations légales, ont la qualité dans leur mire. Déjà, ils déploient des politiques et des procédures qui témoignent de cette quête de qualité, et leurs préoccupations sont claires concernant les standards et les normes de qualité. La responsabilité particulière des CSSS dans le développement des réseaux locaux les place dans une position privilégiée pour jouer un rôle clé dans l'animation des milieux au regard de la qualité. De leur côté, les UMF, de par leur mission d'enseignement, ont déjà intégré dans leur mode de fonctionnement des processus systématiques d'évaluation de la qualité et sont déjà à l'affût de l'évolution des connaissances et des modes de pratique pour ajuster en conséquence leurs modèles de pratique. Par conséquent, ces deux milieux de pratique semblent représenter des assises sur lesquelles miser dans l'avenir.

En somme, l'amélioration des soins et services de première ligne en santé mentale préoccupe tous les milieux de pratique de première ligne rejoints par l'étude. Les cibles pour améliorer la pratique sont diversifiées; plusieurs sont communes, certaines spécifiques aux milieux de pratique. L'utilisation d'un cadre de référence relativement systémique aide à mieux comprendre cette diversité. Le contexte de pénurie et la complexité croissante des problématiques accentuent l'intérêt porté aux pratiques collaboratives, et il existe un espace local où certaines conditions permettent le développement concerté d'instruments utiles à l'amélioration de la qualité des suivis conjoints. Cependant, le développement, l'implantation

et l'utilisation routinière de mesures de qualité requièrent des investissements ciblés et soutenus qui relèvent d'une volonté politique, organisationnelle, professionnelle. Dans le contexte québécois, les CSSS et les UMF détiennent des caractéristiques qui en font des joueurs clés dans la structuration de la quête de qualité.

6.5. LES LIMITES DE L'ETUDE

Les limites de l'étude sont propres aux approches qualitatives : les participants sont peu nombreux comparativement à l'ensemble des personnes concernées par le sujet et l'analyse s'intéresse davantage à la nature des propos qu'à leur portée en terme de généralisation. Cependant, plusieurs conditions particulières réunies dans ce projet contribuent à renforcer la valeur des résultats. Ainsi, les participants ont été choisis en fonction de leur intérêt pour le sujet ou de leur désir de prendre part à ces échanges, et ils ont été actifs lors des discussions. Le fonctionnement en groupe restreint a permis d'aborder notre objet d'étude sous plusieurs angles en utilisant, d'une part, les idées de tous les membres participants et en fournissant, d'autre part, l'espace requis pour en discuter, au besoin en profondeur. L'obtention d'une représentation de tous les principaux milieux de pratique de première ligne et la participation appréciable des médecins – des acteurs parfois considérés comme difficiles à impliquer – en tenant compte de leurs différents modes de pratique (UMF, GMF, cabinets privés), a également enrichi nos résultats. Bien que la représentation des organismes communautaires se soit limitée à ceux œuvrant en intervention de crise, ce choix respectait la nature du projet pancanadien et son orientation plus clinique. Enfin, une lacune qui devra être comblée dans les travaux futurs concerne l'absence d'une représentation des familles et des proches, une absence également observée dans le projet pancanadien.

En ce qui a trait au matériel recueilli, les validations des synthèses de chaque groupe de discussion auprès d'au moins 25 % des participants ont permis de vérifier leur adéquation avec les propos tenus. Pour ce qui est du traitement de nos informations, l'accent a été mis sur les convergences et les singularités, ainsi que sur le degré d'adhésion des milieux aux propos échangés en évitant de cibler les milieux silencieux, compte tenu de l'impossibilité d'interpréter ces abstentions dans le contexte du projet. La communication des résultats à l'ensemble des participants, une étape inhabituelle dans de tels processus, a constitué une validation additionnelle confirmant leur justesse et leur légitimité aux yeux des personnes concernées. Notre approche constructiviste a permis de consolider nos assises et de dégager un sens perçu comme valable par les principaux intéressés. Enfin, un regard externe nous a permis de nous questionner sur nos résultats et sur notre démarche et, par conséquent, de leur conférer quelques nouvelles dimensions.

CONCLUSION

Le projet pancanadien sur l'« Amélioration continue de la mesure de qualité dans les soins et services de première ligne en santé mentale » (*Continuous Enhancement of Quality Measurement in Primary Mental Health Care : Closing the Implementation Loop*) vise la détermination d'un ensemble restreint de mesures de qualité ayant obtenu un consensus entre les groupes d'acteurs concernés à travers le Canada. Cette contribution est perçue comme un moyen tangible de contribuer à l'amélioration de la qualité en première ligne. Cependant, l'utilisation de ces mesures nécessite une sensibilisation à cet effet et une mobilisation des acteurs concernés à une échelle plus circonscrite, provinciale, voire régionale, de manière à susciter leur intérêt et leur utilisation de ces mesures. Au Québec, le moyen retenu pour promouvoir cette sensibilisation a été d'explorer auprès des principaux milieux concernés par la pratique de première ligne en santé mentale de la région de Québec, la réalité de leur pratique au regard de la qualité, et ce, en utilisant une approche constructiviste reposant sur une méthodologie participative et interactive. Cette approche a permis de réaliser que l'amélioration de la qualité préoccupe les principaux intéressés, mais qu'elle s'inscrit dans une démarche dynamique et systémique. Les résultats de l'étude québécoise ainsi que leur mise en perspective par rapport à la démarche pancanadienne permettent de constater :

- la diversité des milieux de pratique œuvrant en première ligne au Québec et leur intérêt commun pour mieux documenter la qualité en vue d'améliorer la qualité des soins et des services;
- la diversité des cibles pour l'amélioration potentielle des soins et services de première ligne en santé mentale, des cibles le plus souvent communes, mais parfois plus singulières;
- l'importance de situer ces différentes cibles dans un cadre de référence systémique pour mieux comprendre leur complémentarité et leur spécificité;
- le chemin à parcourir pour actualiser les conditions favorables à l'implantation de mesures de qualité, tant au niveau organisationnel que systémique;
- la présence d'acteurs organisationnels détenant une position privilégiée pour jouer un rôle de leadership dans le développement des initiatives liées à la mesure de qualité;
- le travail additionnel à réaliser pour intégrer dans la démarche le point de vue des proches et des familles;
- la reconnaissance nécessaire des valeurs sur lesquelles reposent la quête de qualité, et leur mise en perspective dans un contexte social plus global.

Par ailleurs, les participants ont identifié plusieurs zones de questionnement entourant la quête de qualité : les préoccupations divergentes des décideurs et des intervenants; la tension entre continuité relationnelle et pratique collaborative; les limites des outils initialement conçus à des fins administratives ; les limites des mesures prises une à une; les défis de cette quête de qualité dans un contexte de changement quasi perpétuel, lorsque les acteurs perçoivent une surcharge de travail et une pénurie de ressources. Ces aspects

traversent le temps et nécessitent une réflexion particulière, menée avec un large éventail d'acteurs.

Plusieurs activités sont prévues pour poursuivre la mobilisation des acteurs dans ce dossier au Québec. Ainsi, une activité a été réalisée en septembre 2006 pour faire connaître les résultats finaux du projet pancanadien à ceux et celles ayant participé de près ou de loin à l'un ou à l'autre des volets du projet. En 2007 une attention particulière sera prêtée aux occasions, tant provinciales que régionales, permettant de diffuser les différents résultats du projet. Enfin, au niveau provincial, il sera possible de communiquer ces derniers aux participants d'un vaste projet de recherche portant sur l'implantation du plan d'action provincial en santé mentale. Ainsi, des occasions seront créées pour faire connaître les résultats du projet à l'intérieur d'un volet portant sur le partage et l'échange de connaissances. C'est ainsi que seront spécifiquement rejoints quinze CSSS répartis dans cinq régions du Québec ainsi que les territoires cris et inuit. Ces différentes activités assureront une circulation importante des résultats et stimuleront, nous l'espérons, la mobilisation que nécessitent les suites à donner à ce projet.

Du côté pancanadien, les chercheurs du projet ont convenu de se consulter à quelques reprises au cours de l'année 2007 sur les suites tangibles du projet. Enfin, rappelons que les principales productions du projet sont accessibles sur le site du projet (<http://www.ceqm-acmq.com>), en français et en anglais. On y retrouve les 160 mesures utilisées dans le dernier sondage pancanadien, incluant une information succincte concernant les sources utilisées et la cote attribuée pour décrire leur robustesse scientifique.

RÉFÉRENCES

1. Institute of Medicine. (1992). Guidelines for clinical practice: from development to use. Washington, DC: National Academy Press.
2. Avis du Conseil Médical du Québec : Imputabilité médicale et gouvernance clinique : Bâtir sur la qualité et la performance des pratiques, septembre 2003, p. 24-25.
3. IOM, Crossing the Quality Chasm : A New Health System for the 21st Century, National Academy Press, Washington, D »C » ; 2001, p.20.
4. World Health Organization. (2003). Quality Improvement for Mental Health. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
5. Canadian Council on Health Services Accreditation. A Guide to the Development and Use of Performance Indicators, Ottawa, 1996.
6. Barrett, J.E., Barrett, J.A., Oxman, T.E., Gerber, P.D. (1988) The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice, Archives of General Psychiatry, 45, 1100-6.
7. Tiemens, B.G., Ormel, J., Simon, G.E. (1996) Occurrence, recognition, and outcome of psychological disorders in primary care. American Journal of Psychiatry, 153, 636-44.
8. Waraich, P., Jones, W. (2003) Continuous Enhancement of Quality Improvement in Primary Mental Health Care: Closing the Implementation Loop, Project proposal, p.50, Figure 6: Physician Visits in B.C. for a Mental Health Diagnosis 1997/98, Age 15-64. Source: MHECCU, through a specific analysis of their linked data set. See http://www.sharedcare.ca/pdf/MHECCU_PHCTFApp2_FINAL.pdf.
9. MSSS, (2005) Création de 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) au cœur des 95 réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS) Voir <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/>
10. Campbell, S.M., Roland, M.O., Buetow, S.A. (2000) Defining quality of care, Social Science & Medicine, 51, 1611-1625.
11. Kyle, T., Desai S., Wang J.L., Addington D. (2006), The Readiness to Implement Quality Measurement Checklist: Development and Pilot Testing, Department of Psychiatry, University of Calgary.

ANNEXE 1

DÉFINITION DE DIFFÉRENTS TERMES UTILISÉS DANS LE PROJET

ANNEXE 1 : DÉFINITION DE DIFFÉRENTS TERMES UTILISÉS DANS LE PROJET

Meilleures pratiques :

Un résumé du jugement des principaux experts et de l'évidence empirique concernant un aspect particulier des soins de santé¹.

Consensus :

Les méthodes de consensus visent l'identification de zones d'agrément sur les mesures de santé ou les domaines sur lesquels porteront les mesures de santé. Les principales méthodes révisées par Campbell² sont les suivantes : les conférences de consensus, la technique Delphi, la technique du groupe nominal et la méthode RAND. Ces méthodes suivent un mode d'application spécifique pour déterminer la présence d'agrément.

Mesure de qualité en santé :

- 1) Une appréciation standardisée qui quantifie jusqu'à quel point une unité individuelle à l'intérieur d'un ensemble (une personne dans une clinique, une clinique parmi toutes les cliniques d'une région) respecte des critères établis pour la qualité des soins³.
- 2) Un instrument de mesure, un filtre ou un signal utilisé comme un guide pour suivre, évaluer et améliorer la qualité des soins d'un client, des services cliniques de soutien ou des fonctions organisationnelles influençant les résultats⁴.

Mesure de qualité en santé au niveau de la pratique :

Des mesures centrées sur l'amélioration de la qualité des soins au niveau de l'interface entre le client et le fournisseur de soins.

Transfert de connaissances :

L'échange, la synthèse et l'application éthique des connaissances dans un système complexe d'interactions entre des chercheurs et des utilisateurs pour accroître la prise en compte des bénéfices de la recherche pour les canadiens de façon à tendre vers une santé améliorée, des services et des méthodes plus efficaces et un système de soins renforcé⁵.

Santé mentale :

- 1) La capacité d'un individu, d'un groupe et d'un milieu à interagir entre eux de façon à promouvoir le bien-être subjectif, le développement optimal et l'utilisation des capacités mentales (cognitives, affectives et relationnelles), l'atteinte des buts individuels et collectifs en accord avec des valeurs de justice et la recherche et le maintien de conditions d'égalité fondamentale⁶.
- 2) La santé est un état de bien-être complet, physique, mental et social et non pas seulement l'absence de maladie ou d'incapacités. La santé mentale signifie: un état de bien-être qui permet à l'individu de réaliser ses propres capacités, de composer avec les stress normaux de la vie, de travailler de façon productive et épanouissante et de contribuer à sa communauté⁷.

Soins primaires (on y réfère fréquemment sous le terme de soins de première ligne):

- 1) Un ensemble de services de premier niveau universellement accessibles pour promouvoir la santé, prévenir la maladie et fournir des services de diagnostic, de traitement, de réadaptation, de soutien et de soins palliatifs⁸.
- 2) Le premier contact avec le système de santé. Il se réalise souvent au bureau du médecin ou dans les centres de santé communautaires. Il représente la première étape d'un continuum de soins, avec un accent sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie⁹.
- 3) Les soins primaires intègrent les principes suivants : un accès universel aux soins et une réponse aux besoins de base; un engagement pour que l'équité en santé soit considérée comme un moyen de développement orienté vers la justice sociale; la participation de la communauté à la définition et à l'implantation des agendas de santé; des approches intersectorielles à la santé¹⁰.

Soins primaires en santé mentale :

Le traitement des problèmes de santé mentale dans les soins primaires (par exemple, par une infirmière ou un médecin de famille).

Mesures de qualité de santé mentale dans les soins primaires :

Des mesures standardisées adaptées au contexte des services de santé mentale dans les soins primaires, utilisées pour faciliter l'amélioration de la qualité.

Qualité des soins :

- 1) Lorsque que les individus peuvent avoir accès aux structures de santé et aux processus de soins dont ils ont besoin et que les soins reçus sont efficaces¹¹.
- 2) Le degré avec lequel les services de santé individuels et pour la population augmentent la probabilité d'effets désirés de santé et sont compatibles avec les connaissances professionnelles courantes¹².
- 3) L'adéquation complète des soins aux besoins tel que perçus tant par les patients que par les professionnels, incluant le respect des guides de pratique de même que la pertinence des services¹³.
- 4) Le degré avec lequel les services de santé respectent les buts spécifiés et les standards d'une norme acceptée pour de bons soins et services de santé. La qualité dans les soins de santé est jugée en considérant trois domaines clés, soit la structure, le processus et les résultats¹⁴.

Amélioration de la qualité :

- 1) Un processus continu d'efforts visant l'amélioration de la performance, impliquant l'identification des problèmes, l'expérimentation de solutions et le suivi des solutions sur une base continue¹⁵.

- 2) Elle augmente la probabilité de résultats de santé désirés compatibles avec les connaissances professionnelles courantes sur ce qui permet l'amélioration de la qualité¹⁶. Elle n'établit pas de standard ou de cible, ne produit pas de blâme et implique typiquement de se comparer soi-même dans le temps.

Note : Ces définitions sont une traduction libre. Pour certains termes, plusieurs définitions d'auteurs différents sont proposées.

Références de l'annexe 1 :

1. Fischer et al. Quality Enhancement Research Initiative in Mental Health. Med Care. 2000 Jun; 38(6 Suppl 1): 170-81.
2. Campbell, S.M.; Braspenning, J.; Hutchinson, A., and Marshall, M. N. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. BMJ. 2003 Apr 12; 326(7393.): 816-9; ISSN: 1468-5833.
3. Adapted from:http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/resources/measure_use.aspx and Charlwood, P. et al. (1999). Outcome indicators: severe mental illness. Report of a Working Group. London: Department of Health.
4. Canadian Council on Health Services Accreditation. A Guide to the Development and Use of Performance Indicators, Ottawa, 1996.
5. Adapted from Canadian Institute of Health Research (CIHR): The Canadian Institutes for Health Research Knowledge Translation Framework.http://www.cihr-irsc.gc.ca/about_cihr/organization/knowledge_translation/kt_framework_prelim_e.shtm#definition. Last accessed July 22, 2003; subsequently removed from CIHR site.
6. Health Canada. Striking a Balance. Ottawa, 1988.
7. WHO Web site July 15, 2004 :<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/print.html>
8. Canadian Health Services Research Foundation. Choices for change: The path for restructuring primary healthcare services in Canada. 2003 Nov.
9. Health Canada Website July 15, 2004:
10. http://www.hc-sc.gc.ca/english/media/releases/2001/2001_123ebk1.htm.
11. HO Web site July 15, 2004: <http://www.who.int/whr/2003/chapter7/en/index1.html>

12. Campbell, S.M.; Roland, M.O., and Buetow, S.A. Defining quality of care. Soc Sci Med. 2000 Dec; 51(11): 1611-25.
13. Institute of Medicine. (1992). Guidelines for clinical practice: from development to use. Washington, DC: National Academy Press
14. Canadian Health Services Research Foundation. Choices for change: The path for restructuring primary healthcare services in Canada. 2003 Nov.
15. Health Canada Web site July 15, 2004:
16. <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/healthcare/pubs/quest/introduction.html>
17. World Health Organization. (2003). Quality Improvement for Mental Health. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
18. Institute of Medicine. (1992). Guidelines for clinical practice: from development to use. Washington, DC: National Academy Press.

ANNEXE 2

LISTE DES 81 DOMAINES RETENUS POUR LE PREMIER SONDAGE

ANNEXE 2 : LISTE DES 81 DOMAINES RETENUS POUR LE PREMIER SONDAGE

Processus			
Acceptabilité	Accessibilité	Caractère Approprié	Compétence
Continuité	Efficacité	Efficiences	Sécurité
Globalité	Être centré sur le patient	Aspect légal	
Effets			
Problèmes de santé	Fonctionnalité	Bien-être	Mortalité
Satisfaction		Impact on Society	
Structures			
Infrastructure physique	Gestion du personnel	Gestion de L'information	Gestion financière
Qualité et Sûreté			
Déterminants non médicaux de la santé			
Habitudes de vie	Conditions de vie et de travail	Ressources personnelles	Facteurs environnementaux
Alphabétisation et santé			
Équité			

Conditions de santé Spécifiques					
Patients souffrant de plusieurs problèmes (comorbidité)	Patients souffrant de problèmes chroniques	Patients souffrant de problèmes aigus	Patients abusant de substances	Patients souffrant de troubles d'anxiété	Patients souffrant de troubles du sommeil
Patients souffrant de troubles alimentaires	Patients souffrant de troubles de personnalité	Patients souffrant de troubles de l'humeur	Patients souffrant d'une psychose	Patients avec des problèmes d'impulsivité	Problèmes de santé mentale chez les enfants
Problèmes de santé mentale chez les personnes âgées	Personnes souffrant de problèmes de santé mentale reliés à la grossesse				
Groupes spécifiques					
Minorités ethniques/culturelles	Résidants de milieux ruraux	Personnes ayant des antécédents de problèmes de santé mentale	Bénéficiaires d'aide sociale	Sans-abri ou itinérants	Sans emploi
Autochtones	Personnes âgées vivant dans un établissement	Réfugiés d'arrivée récente	Immigrants	Détenus dans les établissements correctionnels	Résidants des quartiers centraux des milieux urbains
Personnes dont l'anglais est la seconde langue (milieux anglophones)					
Personnes dont le français est la seconde langue (milieux francophones)					
Groupes d'âge selon le cycle de vie					
Aînés (65 ans et plus)	Adultes (20 à 64 ans)		Adolescents (12 à 19 ans)		Enfants (0 à 11 ans)
Genre					
Femmes		Hommes		Autre identité sexuelle	
Interventions					
Médication	Psychothérapie	Services préventifs	Dépistage précoce	Promotion de la santé	Intervention familiale
Traitement de groupe	Gestion personnelle de la santé	Réadaptation	Soins de santé physiques		
Contextes cliniques					
Soins de santé mentale partagés	Services d'urgence médicale	Services de santé mentale en milieu scolaire	Services de santé mentale en milieu de travail	Services dans les milieux de vie	Pratique médicale en solo
Pratique médicale de groupe	Centre communautaire de soins de santé mentale			Services de sans-rendez-vous	

ANNEXE 3

LISTE ET DÉFINITION DES 22 DOMAINES MIS EN PRIORITÉ

ANNEXE 3 : LISTE ET DÉFINITION DES 22 DOMAINES MIS EN PRIORITÉ

DOMAINES GÉNÉRAUX

Les domaines généraux concernent des aspects du système de santé applicables à une grande variété de personnes d'âge différent, détenant des conditions différentes et utilisant des contextes cliniques différents.

DIMENSION*	DOMAINE	DÉFINITION DU DOMAINE
Processus	Accessibilité	Les clients/patients sont capables d'obtenir des soins et des services répondant à leurs besoins respectifs, et ce, au bon endroit et en temps opportun. <i>Exemples</i> : temps d'attente, disponibilité du médecin.
	Être centré sur le patient	Établir un partenariat entre les intervenants, les patients et leur famille (lorsque pertinent) pour s'assurer que les décisions respectent les désirs, les besoins et les préférences des patients et qu'ils ont l'information et le soutien nécessaire pour prendre des décisions éclairées et pour participer à leurs propres soins. <i>Exemples</i> : la présence de rencontres entre les intervenants, les patients et si désiré leur famille; l'accès à des formations visant une autogestion (<i>self management</i>) de conditions de santé.
	Compétence	Les connaissances et les habiletés des intervenants sont adéquates pour les soins et services fournis. <i>Exemples</i> : le personnel connaît les approches psychothérapeutiques et les techniques permettant d'améliorer la qualité des soins qui sont basées sur les évidences scientifiques.
	Continuité	Les différents services offerts constituent une suite cohérente et coordonnée d'événements qui demeurent en lien avec les besoins de santé et le contexte personnalisé des patients. Les soins et services de santé sont en lien avec les autres services, de manière à soutenir l'efficacité du traitement. <i>Exemples</i> : un contact est établi avec un patient ayant manqué un rendez-vous ; un patient est dirigé vers un groupe de soutien par les pairs.
	Efficacité	Les soins, services, interventions et actions atteignent les résultats désirés. <i>Exemples</i> : amélioration de l'humeur, diminution des taux de réadmission pour les psychoses.
	Caractère approprié	Les soins et services fournis sont pertinents compte tenu des besoins des clients/patients et ils s'appuient sur des standards établis. <i>Exemples</i> : des prescriptions médicamenteuses respectant les standards établis.
Effets	Problèmes de santé	Des modifications ou des caractéristiques de l'état de santé d'une personne qui peut amener de la détresse, une interférence dans les activités quotidiennes ou un contact avec les services de santé. Cela induit aussi la sévérité des symptômes, qui peut être considérée comme une évaluation globale de la santé mentale, ou comme une évaluation des symptômes liés à des conditions spécifiques. <i>Exemples</i> : dépression, stress.
Déterminants non médicaux de la santé	Ressources personnelles	Des caractéristiques de la vie personnelle, tels le soutien social, le niveau de stress et la poursuite scolaire, qui sont liées à l'état de santé.
Équité	L'équité s'applique à tous les domaines	L'obtention des soins requis par tous les individus, sans préjugés liés au statut social ou à d'autres caractéristiques personnelles, tels l'âge, le genre, le groupe ethnique ou le lieu de résidence.

* Une dimension est un niveau plus général que les domaines qui permet de capter des aspects plus globaux du système de santé.

DOMAINES SPÉCIFIQUES

Les domaines spécifiques permettent d'identifier des priorités particulières requérant une attention additionnelle, au-delà des domaines généraux.

DIMENSION*	DOMAINE	DEFINITION DU DOMAINE
Groupes d'âge selon le cycle de vie	Adolescents	Personnes âgées de 12 à 19 ans.
Contextes cliniques	Soins de santé partagés	Collaborations entre les intervenants des soins primaires (ou de première ligne) et les intervenants spécialisés en santé mentale qui se partagent la responsabilité des soins reçus par une personne.
	Centre communautaire de soins de santé mentale	Des soins de santé fournis par une équipe multidisciplinaire incluant des généralistes et des intervenants spécialisés et desservant un territoire géographique défini ou une population définie.
	Services d'urgence médicale	Une salle hospitalière ou une unité mobile de réponse aux situations de crise, équipées pour recevoir et traiter des personnes requérant des soins médicaux immédiats.
	Services dans les milieux de vie	Des services de soins primaires offerts dans des milieux non traditionnels, habituellement plus accessibles pour les populations vulnérables. <i>Exemples</i> : soins à domicile, équipes de suivi intensif dans la communauté, infirmières de rue.
Interventions	Dépistage précoce	Un service permettant le diagnostic et l'initiation du traitement à un stade précoce de la maladie, alors qu'une intervention simple ou minimale peut produire des résultats thérapeutiques. <i>Exemples</i> : dans les deux premières années de la maladie.
	Psychothérapie	Le traitement par des techniques psychologiques de problèmes mentaux ou émotionnels. <i>Exemples</i> : thérapie cognitive comportementale, thérapie par la parole
	Réadaptation	L'utilisation de mesures thérapeutiques et de réadaptation pour que la personne récupère et puisse participer aux activités d'une vie normale sans limitations liées au problème de santé ou aux incapacités en résultant.
Conditions de santé spécifiques	Patients présentant une psychose	Troubles importants de santé mentale où le patient perçoit des hallucinations ou a des visions. <i>Exemple</i> : la schizophrénie.
	Problèmes de santé mentale chez les enfants	Les troubles de santé mentale survenant habituellement chez les enfants et chez les adolescents. <i>Exemples</i> : troubles de la conduite, l'autisme, le trouble de l'attention (déficit d'attention), trouble obsessionnel compulsif.
	Patients souffrant des problèmes aigus	Des personnes requérant des soins médicaux immédiats. <i>Exemple</i> : une visite à la salle d'urgence.
	Patients souffrant de plusieurs problèmes (comorbidité)	Personnes souffrant de maladie mentale grave et d'un autre problème de santé. <i>Exemples</i> : troubles d'adaptation, abus de substance, troubles de personnalité ou un autre problème médical, tels une maladie coronarienne ou un cancer.
	Patients souffrant de troubles de l'humeur	Troubles psychologiques caractérisés par des états émotionnels anormaux incluant la dépression majeure et les troubles bipolaires, aussi nommés désordres affectifs.

* Une dimension est un niveau plus général que les domaines qui permet de capter des aspects plus globaux du système de santé.

ANNEXE 4

PARTICIPATION QUÉBÉCOISE POUR CHACUNE DES ÉTAPES DU PROJET PANCANADIEN

ANNEXE 4 : PARTICIPATION QUÉBÉCOISE POUR CHACUNE DES ÉTAPES DU PROJET PANCANADIEN

Première étape :

Au Québec, 24 personnes ont été invitées à participer aux activités reliées à la première étape du projet pancanadien : une séance d'information, la réponse au sondage auto-administré, la participation au groupe de discussion précédant l'ordonnancement final des domaines. Compte tenu d'un refus et de deux désistements, 21 personnes ont réalisé cette première étape. Le tableau suivant précise leur provenance et leur statut.

Tableau 5 : Provenance et statut des participants ayant réalisé le premier sondage⁸

CATÉGORIE D'ACTEURS (N = 21)	PROVENANCE	STATUT
Gestionnaires et planificateurs (8)	Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)	• Adjointe au directeur provincial de la santé mentale
	Université Laval	• Directeur du programme de médecine familiale pour l'est du Québec
	Instance régionale	• Responsable des services de santé mentale • Responsable de la santé mentale au Département régional de médecine générale
	Milieu communautaire	• Directrice du Centre de crise de Québec
	Centre de santé et de services sociaux (CSSS) urbain	• Directeur des services professionnels • Directeur adjoint, secteur adultes, santé mentale et services sociaux courants
	Groupe de médecine de famille (GMF)	• Médecin responsable
Cliniciens (7)	Groupe de médecine de famille	• Infirmière
	CSSS urbain	• Médecin • Intervenante sociale • Infirmier
	Cabinet privé et unité de médecine familiale (UMF)	• Médecin
	Milieu scolaire	• Psychologue
	Centre hospitalier universitaire	• Psychiatre
Représentants des usagers (6)	• Ex-président, organisme communautaire • Comité d'usagers • Organismes communautaires (3) • CSSS (membre d'une table territoriale de concertation)	• Citoyen • Usagers

⁸ Les participants du projet ont accepté que leur identité ne soit pas confidentielle (formulaire de consentement). Voilà pourquoi les tableaux décrivant la participation obtenue aux différentes étapes du projet permettent parfois de deviner par déduction l'identité de certains des participants.

Deuxième étape :

Sept des quarante et un experts ayant participé à cette étape proviennent du Québec, soit 17 %. On y retrouve:

- deux cliniciens (médecin généraliste œuvrant en CSSS et médecin généraliste épidémiologiste œuvrant en centre hospitalier psychiatrique),
- un gestionnaire (CSSS de milieu semi-urbain) ;
- quatre chercheurs (universités McGill, de Montréal et de Sherbrooke).

Troisième étape :

Au Québec, 48 personnes sur les 53 sollicitées ont accepté d'entreprendre la démarche; 44/48 (92 %) personnes ont rempli le premier questionnaire; 31/44 (70%) le second. La provenance des 44 personnes participantes est présentée au tableau 2.

Tableau 6 : Provenance des participants ayant réalisé le troisième sondage

CATÉGORIES D'ACTEURS (N = 44)	PROVENANCE (N)
Chercheurs (9)	Quatre universités québécoises (9) : • Expertises en santé mentale, organisation des services, réadaptation
Gestionnaires et planificateurs (18)	Niveau Central (4) : • MSSS et organisations provinciales
	Niveau suprarégional (2) : • Formateurs en médecine familiale pour l'est de la province
	Région de Montréal (3) : • CSSS, centre hospitalier de longue durée, direction de santé publique de l'instance régionale
	Région de Québec (9) : • CSSS, instance régionale, groupe de médecine de famille, centre hospitalier psychiatrique, organisme communautaire
Cliniciens (11)	Ordres professionnels (4): • Médecine, nursing, travail social, psychologie
	Région de Québec (7) : • CSSS : infirmier, travailleur social, médecin de famille, médecin spécialiste en santé communautaire • Centre hospitalier universitaire : psychiatre • Milieu scolaire : psychologue • Cabinet privé : médecin
Représentants des usagers (6)	• Président d'une organisation provinciale (1) • Usagers (4) • Citoyen (1)

ANNEXE 5

DESCRIPTION DES TROIS VIGNETTES CLINIQUES

ANNEXE 5 : DESCRIPTION DES TROIS VIGNETTES CLINIQUES

1^{re} histoire de cas :

Besoin ponctuel en santé mentale

- Crise psychosociale chez un adulte en processus de séparation, vivant des stress multiples (emploi précaire, changement de logement). Il est très déstabilisé, tout va mal, tout se bouscule.
- Il se décide à consulter.

2^e histoire de cas :

Besoin de suivi à moyen terme

- Jeune adulte entre 20 et 25 ans aux études.
- Depuis quelques semaines: dort mal, perd du poids, difficulté à suivre ses cours, perte d'intérêt, boit davantage d'alcool (dépression).
- Consulte un médecin à la suite de conseils de ses proches.

3^e histoire de cas :

Besoin de suivi à long terme

- Adulte vivant seul et détenant un diagnostic de schizophrénie.
- Maladie mentale stabilisée, mais problèmes de santé physique (diabète) et tabagisme.
- Vient de déménager dans la région, le psychiatre suggère qu'il soit suivi en première ligne.

Questions adressées aux participants :

- En considérant les besoins et/ou les attentes de cet usager, quels éléments, selon vous, sont à considérer pour parler de qualité des soins et services reçus?
- Dans ce scénario, quels domaines, quels aspects vous interpellent ou font davantage sens à vos yeux en terme de qualité?

ANNEXE 6

GRILLE D'ÉVALUATION

ANNEXE 6 : GRILLE D'ÉVALUATION

Votre opinion sur cette activité

Les présentations	++	+	-	--
La présentation du volet pancanadien était claire	☐	☐	☐	☐
La présentation du volet régional était claire	☐	☐	☐	☐
La première partie des résultats était claire	☐	☐	☐	☐
La seconde partie des résultats était claire	☐	☐	☐	☐

Le déroulement du 1^{er} atelier	++	+	-	--
Les thèmes abordés étaient pertinents	☐	☐	☐	☐
L'animation était adéquate	☐	☐	☐	☐
J'ai appris beaucoup des autres milieux à la suite des échanges	☐	☐	☐	☐
L'atelier m'a donné des idées pour agir sur la qualité dans mon milieu	☐	☐	☐	☐

Le déroulement du 2^e atelier	++	+	-	--
Les thèmes abordés étaient pertinents	☐	☐	☐	☐
L'animation était adéquate	☐	☐	☐	☐
J'ai appris beaucoup des autres milieux à la suite des échanges	☐	☐	☐	☐
L'atelier m'a donné des idées pour agir sur la qualité dans mon milieu	☐	☐	☐	☐

+ + vous êtes tout à fait d'accord avec l'énoncé;

+ vous êtes plutôt d'accord avec l'énoncé;

- vous êtes plutôt en désaccord avec l'énoncé;

- - vous êtes tout à fait en désaccord avec l'énoncé.

Commentaires :

Appréciation globale de la journée	++	+	-	--
Cette activité a répondu à mes attentes	☐	☐	☐	☐
Je suis satisfait de l'organisation de cette activité	☐	☐	☐	☐
Le temps a été alloué de façon adéquate	☐	☐	☐	☐
Interactions satisfaisantes avec la présentatrice	☐	☐	☐	☐
Interactions satisfaisantes entre les participants durant les ateliers	☐	☐	☐	☐
Justesse des propos et des interventions tenus par les analystes	☐	☐	☐	☐
Les propos de l'analyste externe ont été inspirants	☐	☐	☐	☐
Je suis satisfait de la documentation remise	☐	☐	☐	☐
Le support audiovisuel était adéquat	☐	☐	☐	☐
Les conditions matérielles et physiques des lieux étaient adéquates	☐	☐	☐	☐

+ vous êtes tout à fait d'accord avec l'énoncé;

+ vous êtes plutôt d'accord avec l'énoncé;

- vous êtes plutôt en désaccord avec l'énoncé;

- - vous êtes tout à fait en désaccord avec l'énoncé.

Quels points importants reprenez-vous de cette journée?

--

Si une activité additionnelle sur le thème de la qualité avait lieu à l'automne, que suggèreriez-vous?

--

ANNEXE 7

RÉSULTATS DE LA GRILLE D'ÉVALUATION

ANNEXE 7 : RÉSULTATS DE LA GRILLE D'ÉVALUATION

Résultats des fiches d'évaluation pour la journée du 12 mai :

Nombre de fiches : 38

Les présentations	++	+	-	--	N/D
La présentation du volet pancanadien était claire	29	7			2
La présentation du volet régional était claire	29	8			1
La première partie des résultats était claire	22	13			3
La seconde partie des résultats était claire	20	14			4

Le déroulement du 1 ^{er} atelier	++	+	-	--	N/D
Les thèmes abordés étaient pertinents	28	9			1
L'animation était adéquate	25	11	1		1
J'ai appris beaucoup des autres milieux à la suite des échanges	20	12	5		1
L'atelier m'a donné des idées pour agir sur la qualité dans mon milieu	15	16	6		1

Le déroulement du 2 ^e atelier	++	+	-	--	N/D
Les thèmes abordés étaient pertinents	32	6			
L'animation était adéquate	31	7			
J'ai appris beaucoup des autres milieux à la suite des échanges	30	7			1
L'atelier m'a donné des idées pour agir sur la qualité dans mon milieu	23	12		2	1

Appréciation globale de la journée	++	+	-	--	N/D
Cette activité a répondu à mes attentes	20	15			3
Je suis satisfait de l'organisation de cette activité	30	6			2
Le temps a été alloué de façon adéquate	28	7			3
Interactions satisfaisantes avec la présentatrice	27	8	1		2
Interactions satisfaisantes entre les participants durant les ateliers	25	11			2
Justesse des propos et des interventions tenus par les analystes	24	11	1		2
Les propos de l'analyste externe ont été inspirants	30	5			3
Je suis satisfait de la documentation remise	27	8	1		2
Le support audiovisuel était adéquat	29	7			2
Les conditions matérielles et physiques des lieux étaient adéquates	31	5			2

ANNEXE 8

LISTE DE VÉRIFICATION DES ÉLÉMENTS FAVORABLES À L'UTILISATION DES MESURES DE QUALITÉ

ANNEXE 8 : LISTE DE VÉRIFICATION DES ÉLÉMENTS FAVORABLES À L'UTILISATION DES MESURES DE QUALITÉ

Auteurs : Tania Kyle, Soni Desai, Jian Li Wang & Donald Addington
Department of Psychiatry, University of Calgary

L'emploi de la liste proposée fournira de l'information pratique permettant de vérifier jusqu'à quel point votre organisation est prête à mesurer la qualité. Le but visé n'est pas d'obtenir une « note » à cet égard, mais plutôt d'établir un point de départ pour discuter et planifier. Les énoncés contenus dans la liste de vérification sont classés selon des catégories permettant de déterminer pour votre organisation le niveau de planification des éléments suivants : la mesure de qualité, le choix des caractéristiques retenues, les stratégies de promotion, les stratégies de mise en œuvre, les ressources disponibles, la réceptivité et l'intérêt du personnel, les capacités de mise en opération et les facteurs externes.

Des mesures de qualité (ou indicateurs de qualité) sont des normes, des critères, des standards, et toutes autres mesures qualitatives et quantitatives, employés afin d'évaluer la qualité des soins de santé. Par exemple, « le pourcentage des cliniciens en santé mentale détenant des compétences en thérapie cognitivo-comportementale » ou « le pourcentage des patients traités pour dépression dont la durée du traitement aux antidépresseurs et les doses prescrites sont appropriées ».

Instructions : Veuillez lire chaque énoncé et cocher votre réponse. Remplissez la liste de vérification en respectant le point de vue que vous représentez dans l'organisation. Essayez de répondre aux questions par oui, non ou S.O. (sans objet).

Quelles sont les orientations de votre organisation concernant la mesure de qualité?	Oui	Non	S.O.
1. Pas de projets pour l'utilisation de mesures de qualité.			
2. Intention d'utiliser des mesures de qualité dans les prochains six mois.			
3. Intention d'utiliser des mesures de qualité dans les prochains 30 jours.			
4. Utilisation de mesures de qualité depuis peu (moins de six mois).			
5. Utilisation de mesures de qualité depuis six mois ou davantage.			
Si vous avez répondu OUI aux énoncés 2 ou 3, veuillez remplir le reste de la liste de vérification. Sinon, vous pouvez arrêter d'y répondre maintenant.			
Quelles sont les caractéristiques des mesures de qualité que vous souhaitez utiliser?			
A1. Les mesures sont fondées sur des preuves.			
A2. Les termes employés pour décrire les mesures comportent des définitions reconnues.			
A3. Les mesures tiennent compte de normes ou repères reconnus.			
De quelle façon les mesures de qualité sont-elles publicisées?			
B1. Les mesures sont publiées dans des sources reconnues.			
B2. Les mesures sont cautionnées par une source sûre, tel un collègue médical ou une association professionnelle.			
B3. Les mesures sont présentées comme une solution efficace pour garantir la qualité.			
B4. Des moyens incitatifs sont employés pour promouvoir la mesure de qualité.			
B5. Un leader recommande et promeut l'utilisation des mesures.			
B6. Les acteurs locaux ont participé à l'adaptation des mesures aux situations locales.			
Quelles stratégies d'utilisation avez-vous à votre disposition dans votre organisation?			
C1. La cueillette de données relatives aux mesures est incluse dans la documentation des soins de santé.			
C2. Le nombre de mesures sélectionnées représente le strict minimum requis.			
C3. Il existe un plan de mise en œuvre que l'on doit suivre.			
C4. Possibilité d'enseignement individualisé (« academic detailing ») ou d'enseignement de proximité dispensé par un professionnel expérimenté.			
C5. Possibilité d'apprentissage en groupe à partir d'expériences provenant de la pratique avec utilisation d'un « facilitateur » et d'un spécialiste.			
C6. Un consultant est disponible pour aider le personnel dans l'utilisation des mesures.			
Quels sont les énoncés décrivant LE MIEUX les ressources de votre organisation?	Oui	Non	S.O.
D1. L'organisation a accès à Internet.			
D2. Le système informatique de l'organisation a la capacité requise pour gérer un registre de dossiers électroniques de santé.			
D3. La documentation est compatible avec l'utilisation d'un registre de dossiers électroniques de santé.			
D4. Il y a un budget prévu pour des activités visant l'amélioration de la qualité.			
D5. Il y a en place du personnel formé pour la mesure de qualité.			
D6. Le fait d'utiliser des mesures de qualité n'augmente pas le temps ou la charge de travail pour le personnel.			

Quels sont les énoncés décrivant le MIEUX les personnes œuvrant dans votre organisation?
E1. Le personnel respecte les méthodes de documentation usuelles.
E2. Le personnel détient de bonnes habiletés informatiques.
E3. Les médecins se conforment aux protocoles de pratique.
E4. Les médecins considèrent que les mesures peuvent être utilisées pour suivre et pour rendre compte des bonnes performances.
E5. Les médecins croient que l'utilisation des mesures de qualité contribuera à l'amélioration de la pratique.
E6. Un membre du personnel ou un médecin manifeste un intérêt personnel pour la mesure de qualité.
Quel énoncé décrit le MIEUX le fonctionnement actuel de votre organisation?
F1. Il y a présence d'un leadership positif dans l'organisation.
F2. La ligne d'autorité est claire.
F3. Les dirigeants de l'organisation comprennent les retombées de leurs décisions sur les soins des patients.
F4. Les cliniciens des différents groupes professionnels travaillent en équipe.
F5. Les médecins ont la possibilité de se dégager pour prendre part aux activités liées à la mesure de qualité.
F6. Le personnel de premier recours est impliqué dans la planification du changement ou des innovations.
F7. Il existe un consensus dans les équipes quant aux objectifs et aux avantages des mesures de qualité.
F8. Un membre du personnel est responsable de la saisie des données.
Quels facteurs externes affectent votre organisation?
G1. Il existe une pénurie de spécialistes qui limite les orientations en temps opportun en santé mentale.
G2. L'environnement politique est ouvert aux innovations dans les soins de santé.

Remerciements :

Les auteurs ont élaboré la liste de vérification dans le cadre du projet pancanadien sur l'« Amélioration continue de la mesure de qualité dans les soins et services de première ligne en santé mentale » (*Continuous Enhancement of Quality Measurement in Primary Mental Health Care : Closing the Implementation Loop*). Celui-ci a été financé par le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (*Primary Health Care Transition Fund*) de Santé Canada. Le contenu de la liste de vérification s'appuie sur les résultats d'une recension systématique d'écrits réalisée récemment par les auteurs (Kyle, Desai, Wang & Addington, 2006).

Référence :

Kyle, T., Desai, S., Wang, J.L. & Addington, D. (2006). *The facilitators and barriers to implementing quality measurement in primary mental health care: A systematic review*.

Personne-ressource :

Dr. Donald Addington
University of Calgary
Department of Psychiatry
1403 – 29 Street NW
Calgary (Alberta) T2N 2T9
Canada
addingto@ucalgary.ca

Références de l'annexe 8 :

1. Barrett, J.E., Barrett, J.A., Oxman, T.E., Gerber, P.D. (1988) The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice, *Archives of General Psychiatry*, 45, 1100-6.
2. Campbell, S.M., Roland, M.O., Buetow, S.A. (2000) Defining quality of care, *Social Science & Medicine*, 51, 1611-1625.
3. Goldner, E., *Synthesis Series: Mental healthcare*, Health Transition Fund, 2002, http://www.hc-sc.gc.ca/htf-fass/english/mental_en.pdf.
4. Kyle, T., Desai S., Wang J.L., Addington D. (2006), *The Readiness to Implement Quality Measurement Checklist: Development and Pilot Testing*, Department of Psychiatry, University of Calgary.
5. Tiemens, B.G., Ormel, J., Simon, G.E. (1996) Occurrence, recognition, and outcome of psychological disorders in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 153, 636-44.
6. Waraich, P., Jones, W. (2003) *Continuous Enhancement of Quality Improvement in Primary Mental Health Care: Closing the Implementation Loop*, Project proposal, p.50, Figure 6: Physician Visits in B.C. for a Mental Health Diagnosis 1997/98, Age 15-64. Source: MHECCU, through a specific analysis of their linked data set. See http://www.sharedcare.ca/pdf/MHECCU_PHCTFApp2_FINAL.pdf.

