



Projet SoutienTMC

Intégration des conditions propices à l'adoption des bonnes pratiques soutenant les trajectoires de soins pour les personnes avec des troubles mentaux courants

PROGRAMME PATIenTS

PROJET RUISSS DE L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

RAPPORT FINAL

ARIANE GIRARD, ISABELLE GABOURY, MARIE-HÉLÈNE LEMÉE, YESSICA-HAYDÉE GOMEZ

Auteurs du document :

Ariane Girard, professeure, responsable du projet

Isabelle Gaboury, professeure, co-responsable du projet

Marie-Hélène Lemée, chargée de projet

Yessica-Haydée Gomez, chargée de projet

Destinataires :

Toute personne au sein de l'Unité de soutien au système de santé apprenant Québec et du Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux de l'Université de Sherbrooke

Dernière mise à jour :

19-09-2025

Comment citer ce rapport :

Girard A, Gaboury I, Lemée MH, Gomez YH (2025). Projet SoutienTMC – Intégration des conditions propices à l'adoption des bonnes pratiques soutenant les trajectoires de soins pour les personnes avec des troubles mentaux courants. <https://ssaquebec.ca/nouvelles/ameliorer-trajectoire-troubles-mentaux-courants-le-rui-ss-udes-active-programme-patients-sur-son-territoire/> [consulté le AAAA-MM-JJ]

REMERCIEMENTS

Notre équipe tient à remercier chaleureusement l'ensemble des personnes qui sont ou ont été impliquées dans le Projet SoutienTMC, de loin ou de près, pour leur contribution et leur confiance.

Partenaires financiers	<ul style="list-style-type: none"> - Unité de soutien au système de santé apprenant Québec - Réseau universitaire intégré en santé et services sociaux de l'Université de Sherbrooke - Centre de recherche médicale de l'Université de Sherbrooke - Fonds de recherche du Québec
Patientes partenaires	<ul style="list-style-type: none"> - Hombeline Passot - Joëlle Bernard-Hamel - Catherine Wilhelmy (mentorat)
Partenaires cliniques	<ul style="list-style-type: none"> - CISSS Montérégie-Est - CISSS Montérégie-Centre - CIUSSS Saguenay-Lac-St-Jean - CIUSSS de l'Estrie-CHUS - CIUSSS Mauricie-Centre du Québec - CIUSSS de l'Ouest-de-l'île-de-Montréal
Partenaires académiques	<ul style="list-style-type: none"> - Équipe de l'approche V1Sage, sous la direction des professeures Catherine Hudon et Maud-Christine Chouinard - Directrice du Centre de formation continue de la FMSS (Pre Marie-France Langlois) et Christine Brown (professionnelle de recherche) - Directrice du Bureau de la valorisation et des partenariats de la FMSS (Marie-Claude Battista) - Éric Savoie, agent régional d'amélioration continue de la qualité, Unité de soutien SSA Québec - Centre d'expertise en santé de Sherbrooke
Co-chercheurs et collaborateurs principaux	<ul style="list-style-type: none"> - Sarah Lafontaine - Catherine Hudon - Jean-Daniel Carrier - Matthew Menear - Annie LeBlanc - Isabelle Dufour - Magaly Brodeur
Stagiaires d'été et auxiliaire de recherche	<ul style="list-style-type: none"> - Marjorie Brochu - Florence Marcil - Anne-Laurence Bastarache
Professionnelles de recherche	<ul style="list-style-type: none"> - Amélie Doucet - Hélène Clabeault
Accompagnement	<ul style="list-style-type: none"> - Le comité exécutif de l'Unité de soutien au système de santé apprenant Québec

1. SOMMAIRE EXÉCUTIF

Contexte

Le projet **SoutienTMC** vise à renforcer les conditions propices à l'adoption des bonnes pratiques d'évaluation et de soutien clinique pour les personnes vivant avec des troubles mentaux courants en première ligne. Deux améliorations ont été mises en œuvre :

1. Le développement et le test d'un **programme de formation continue** pour les infirmières et infirmiers en groupe de médecine familiale et les personnes exerçant des activités de soutien clinique.
2. La révision du **rôle et des pratiques de soutien clinique des spécialistes en activité clinique**, notamment en lien avec la charge de cas.

Ces initiatives s'inscrivent dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et répondent aux orientations du Plan d'action interministériel en santé mentale 2022–2026.

Amélioration 1 – Programme de formation continue

Objectifs

- Renforcer l'adoption des bonnes pratiques d'évaluation clinique auprès des personnes avec des problématiques de santé mentale.
- Soutenir le développement professionnel des personnes infirmières en groupe de médecine familiale et l'amélioration continue des pratiques d'évaluation.
- Outiller les personnes exerçant des activités de soutien clinique pour mieux accompagner leurs collègues.

Résultats – Boucle 1 (2023)

- **Participants** : 14 infirmières et infirmiers, 4 personnes exerçant des activités de soutien clinique, 2 centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux urbains.
- **Connaissances** : amélioration (de 57 % en T0 à 92 % en T1).
- **Motivation** : maintien élevé (de 93 % en T0 à 100 % en T1).
- **Soutien clinique perçu** : hausse (de 64 % en T0 à 100 % en T1).
- **Effets qualitatifs** : meilleure structuration de l'évaluation, clarification du rôle infirmier, amélioration des suivis et des plans thérapeutiques.

Résultats – Boucle 2 (2025)

- **Participants** : 26 infirmières, 8 personnes exerçant des activités de soutien clinique, 4 centres intégrés de santé et de services sociaux ou centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (urbains, péri-urbain et région éloignée).
- **Perception du soutien clinique pour améliorer leur pratique** : amélioration (de 34 % en T1 à 86 % en T2).
- **Perception du soutien clinique pour assurer leur développement professionnel** : hausse (de 42 % en T1 à 76 % en T2).
- **Charge de travail** : résultats mitigés (manque de temps : de 5 % en T1 à 29 % en T2; retard : de 24 % en T1 à 10 % en T2).

- **Pratiques cliniques** : plus d'outils de repérage utilisés (de 33 % en T1 à 43 % en T2), meilleure aisance à élaborer des plans d'intervention (de 30 % en T1 à 80 % en T2).

Retombées

- Changements concrets dans les pratiques infirmières comme le développement d'un gabarit pour structurer leur note au dossier en lien avec l'évaluation.
- Valorisation du rôle des personnes exerçant des activités de soutien clinique.
- Implication de plus de 40 partenaires cliniques, organisationnels et décisionnels.

Perspectives générales

- Le programme de formation est jugé pertinent, acceptable et faisable.
- Des projets d'amélioration continue de la qualité démarreront à l'automne pour favoriser le maintien des bonnes pratiques d'évaluation.
- Le potentiel de mise à l'échelle est prometteur, mais nécessite des ajustements stratégiques, organisationnels et financiers.

Amélioration 2 – Révision de la charge de cas et du rôle des spécialistes en activité clinique

Constat

- Manque de clarté du rôle des spécialistes en activité clinique et absence d'outils standardisés pour réviser la charge de cas.
- Besoin d'adapter le soutien clinique aux réalités du terrain et aux clientèles desservies.

Démarche

- Revue rapide de la littérature sur la charge de cas.
- Cartographie réelle des pratiques et des écarts.
- Atelier de co-construction avec les parties prenantes.
- Lancement d'un cycle d'amélioration continue de la qualité avec indicateurs de suivi (satisfaction, qualité des soins, charge de travail).

Objectif préliminaire

- Atteindre et maintenir un niveau de satisfaction des intervenants >70 % en lien avec la révision de la charge de cas d'ici juin 2026.

Retombées anticipées

- Meilleure compréhension de la charge de travail des spécialistes en activité clinique.
- Mobilisation de gestionnaires, cliniciens, patient partenaire, chercheurs autour d'un projet d'amélioration continue des pratiques de soutien clinique.
- Meilleure compréhension des défis entourant la révision de la charge de cas et des besoins de soutien clinique d'intervenants de première ligne en santé mentale adulte.

I. TABLE DES MATIÈRES

1.	SOMMAIRE EXÉCUTIF	IV
I.	TABLE DES MATIÈRES.....	VI
II.	LISTE DES TABLEAUX.....	VII
III.	LISTE DES FIGURES.....	VII
IV.	LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	VIII
1.	PROGRAMME DE FORMATION SUR L'ÉVALUATION DES BESOINS DE SANTÉ MENTALE ET LE SOUTIEN CLINIQUE	1
1.1.	<i>Cartographie théorique</i>	1
1.1.1.	Cartographie théorique : Interventions lors du suivi clinique en contexte de soins primaires	1
1.2.	<i>Cartographie réelle</i>	2
1.3.	<i>Courte description de l'amélioration</i>	3
1.3.1.	Modèle théorique initial	3
1.3.2.	Première boucle d'amélioration : novembre à décembre 2023	4
1.3.3.	Deuxième boucle d'amélioration : avril à juin 2025	5
1.4.	<i>Récit d'impact de l'amélioration</i>	6
1.4.1.	Première boucle d'amélioration.....	6
1.4.2.	Deuxième boucle d'amélioration	6
1.4.3.	Recherche axée sur les patients	7
1.5.	<i>Potentiel de mise à l'échelle</i>	8
1.5.1.	Finaliser l'évaluation de l'efficacité.....	8
1.5.2.	Évaluer la portée et l'adoption	8
1.5.3.	Évaluer l'adéquation avec le contexte stratégique	9
1.5.4.	Évaluer l'acceptabilité et la faisabilité d'une mise à l'échelle du programme de formation	9
1.5.5.	ISSaQ 4.0 : Questionnaire auto-administré sur le potentiel de mise à l'échelle des innovations en santé et en services sociaux.....	10
2.	OFFRE DE SOUTIEN CLINIQUE ET RÔLE SPÉCIALISTE ACTIVITÉ CLINIQUE : RÉVISION DE LA CHARGE DE CAS	13
2.1.	<i>Cartographie théorique</i>	13
2.2.	<i>Cartographie réelle</i>	14
2.3.	<i>Liste d'améliorations</i>	15
2.4.	<i>Courte description de l'amélioration</i>	16
2.4.1.	Processus d'amélioration continue de la qualité : Atelier 1 et initiation de la première boucle d'amélioration	16
3.	BILAN POUR LE PROJET SOUTIEN TMC.....	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
4.	RÉFÉRENCES	17
5.	ANNEXE	19
5.1.	<i>Programme de formation sur l'évaluation des besoins de santé mentale et le soutien clinique : Indicateurs pour la deuxième boucle d'amélioration</i>	19

II. LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Résumé des processus et pratiques recensées en lien avec la révision de charge de cas	13
Tableau 2. Pistes d'amélioration pour renforcer l'adoption des bonnes pratiques de soutien clinique	15
Tableau 3. Liste des indicateurs d'effet, de processus et de déséquilibre à suivre lors du cycle d'amélioration continue de la qualité pour le projet de révision de la charge de cas.....	16
Tableau 4. Répartition des indicateurs en fonction du quintuple objectif pour les activités du programme de formation et le guide pratique sur le soutien clinique.....	19

III. LISTE DES FIGURES

Figure 1. Cartographie théorique pour les personnes avec troubles mentaux courants (TMC) ou avec suspicion de TMC dans la communauté	1
Figure 2. Modèle théorique initial du programme de formation sur l'évaluation des besoins de santé mentale et le soutien clinique pour les infirmières et les infirmiers en groupe de médecine familiale.....	4
Figure 3. Description des activités de la première version du programme de formation sur l'évaluation des besoins de santé mentale pour les infirmières et les infirmiers en groupe de médecine familiale	4
Figure 4. Description des activités de la deuxième version du programme de formation sur l'évaluation des besoins de santé mentale pour les infirmières et les infirmiers en groupe de médecine familiale et sur le soutien clinique pour les personnes exerçant des activités de soutien clinique.....	5
Figure 5. Cartographie réelle de l'offre de soutien clinique et du rôle du spécialiste en activité clinique. ...	14

IV. LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACQ : Amélioration continue de la qualité

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

DSM : Direction des services multidisciplinaires

GAD-7 : General Anxiety Disorder-7

GMF : Groupe de médecine familiale

MSSS : ministère de la Santé et des Services sociaux

PEASC : Personne exerçant des activités de soutien clinique

PHQ-9 : Patient Health Questionnaire-9

PQPTM : Programme québécois pour les troubles mentaux

PRÉA : Planifier, réaliser, étudier, agir

SAC : Spécialistes en activité clinique

TMC : Troubles mentaux courants

1. PROGRAMME DE FORMATION SUR L'ÉVALUATION DES BESOINS DE SANTÉ MENTALE ET LE SOUTIEN CLINIQUE

1.1. CARTOGRAPHIE THÉORIQUE

Notre analyse du guide de pratique clinique ministériel *Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services* (1), reposant sur un modèle de soins par étapes, révèle une organisation des soins et services répartis sur une trajectoire de services pour les adultes (Figure 1).

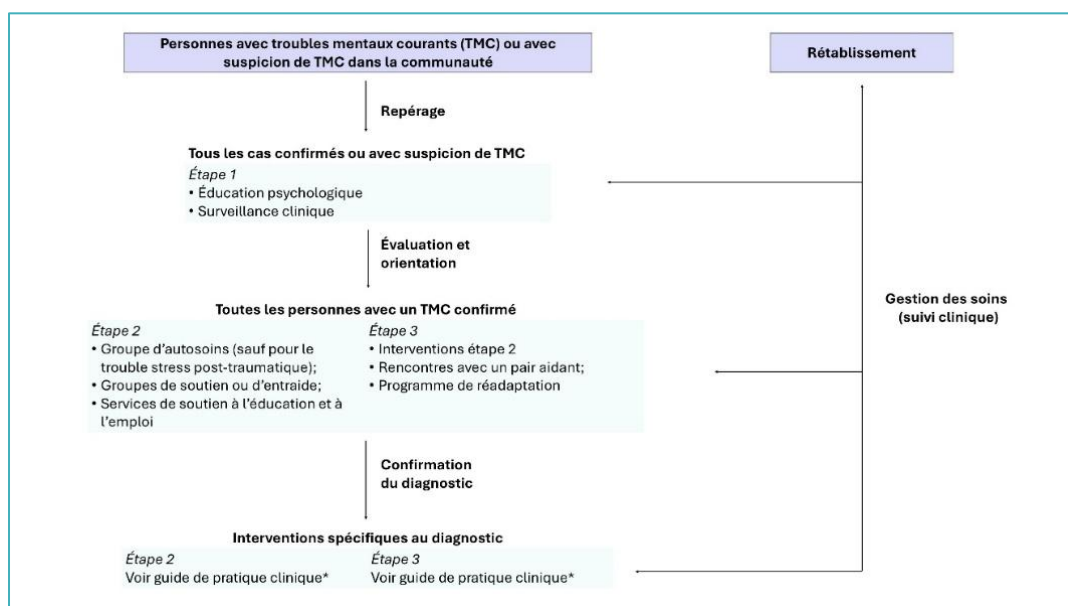


Figure 1. Cartographie théorique pour les personnes avec troubles mentaux courants (TMC) ou avec suspicion de TMC dans la communauté

1.1.1. Cartographie théorique : Interventions lors du suivi clinique en contexte de soins primaires

Afin de compléter la trajectoire théorique des services pour les personnes vivant avec des troubles mentaux courants (TMC), il est essentiel de **recenser les interventions cliniques** démontrées efficaces pouvant être offertes par des cliniciennes et cliniciens de première ligne dans le cadre d'un suivi. Pour répondre à ce besoin, une synthèse de connaissances (2) a été réalisée avec l'implication d'un comité avisé (3) composé de personnes utilisatrices de connaissances, incluant une patiente partenaire, des professionnels de la santé mentale et des co-chercheurs spécialisés en organisation des services.

La stratégie de recherche a permis d'identifier 3 837 entrées dans les bases de données ciblées. À la suite du processus de sélection, 289 articles ont été retenus, dont 272 ont été analysés à ce jour. Ces analyses révèlent une pluralité d'interventions réparties sur l'ensemble de la trajectoire de services. La majorité des articles (71 %) portent sur les interventions psychosociales, incluant la psychothérapie. Les traitements pharmacologiques représentent 16 % des interventions recensées, suivis par le repérage et l'évaluation (10 %), la gestion des soins et l'orientation (5 %) et le référencement (1 %).

1.2. CARTOGRAPHIE RÉELLE

Dans la pratique, les conditions propices à l'adoption des bonnes pratiques sont inégalement réunies selon les milieux, créant des disparités significatives dans l'offre de services et de soutien clinique. Nos travaux de consultations et de recherche antérieurs ont révélé une grande variabilité et dans certains cas une absence des ressources consacrées au soutien clinique du personnel infirmier œuvrant en groupe de médecine familiale (GMF). De plus, le personnel infirmier soulevait qu'il **n'utilisait pas toujours les outils validés pour dépister des symptômes de TMC**. Similairement, pour l'étape d'évaluation et d'orientation, le personnel infirmier a rapporté des **niveaux variables d'aisance à évaluer les besoins de santé mentale des personnes vivant avec une problématique de santé mentale**. Le **manque de formation continue adaptée au contexte des soins primaires et de soutien clinique orienté vers la santé mentale** ont été les raisons les plus mentionnées par le personnel infirmier comme expliquant ces enjeux. Le repérage et l'évaluation clinique sont les premières étapes pour accéder à des soins démontrés efficaces pour les personnes avec TMC; démontrant donc l'importance d'adresser ces enjeux dans le cadre du projet SoutienTMC.

1.3. COURTE DESCRIPTION DE L'AMÉLIORATION

Cette amélioration est née d'une **demande d'un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) partenaire** visant à renforcer les pratiques d'évaluation clinique en santé mentale en première ligne. Elle a mené au développement d'un **programme de formation continue novateur**, centré sur la pratique réflexive et le soutien clinique. Conçu initialement pour les infirmières en GMF, le programme répond à des besoins identifiés à partir de travaux antérieurs [4,5], incluant des analyses des écarts entre les bonnes pratiques (cartographie théorique) et les réalités du terrain (cartographie réelle).

Le programme a été conçu pour être entièrement en ligne, alternant activités individuelles et de groupe, afin de faciliter la participation d'équipes décentralisées et envisager une mise à l'échelle nationale. Il permet aux participants d'actualiser leurs connaissances, de les mettre en pratique et de réfléchir à l'amélioration continue de leurs pratiques. Il intègre des ressources pédagogiques (guides, capsules, outils d'auto-évaluation), des guides d'animation, et un guide de route interactif. Les activités de groupe sont animées par des personnes exerçant des activités de soutien clinique (PEASC) œuvrant en GMF et ayant une expertise en santé mentale. Le **programme est accrédité** par le centre de formation continue de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke.

1.3.1. Modèle théorique initial

Les prestataires de soins primaires, incluant le personnel infirmier, estiment souvent qu'ils ne disposent pas des meilleures conditions pour adopter les meilleures pratiques auprès des personnes vivant avec des problématiques de santé mentale et s'améliorer en continue (4,6–9). Il est reconnu que certaines conditions peuvent aider à favoriser l'adoption des bonnes pratiques, soit : 1) le sentiment de compétence, 2) les opportunités de réfléchir sur sa pratique clinique avec du soutien d'experts cliniques, 3) la capacité de reconnaître des opportunités d'évaluation et 4) la motivation et l'intérêt d'aider ces personnes (10).

Les stratégies permettant l'adoption des bonnes pratiques d'évaluation des besoins en matière de santé mentale peuvent varier selon le contexte clinique, les besoins des patients et la pratique de chaque personne infirmière (11). De plus, les personnes infirmières sont tenues de garder leur pratique à jour et d'adopter un regard critique face à leur pratique clinique via une approche réflexive (12). Ce processus réflexif ne se fait pas seul et doit être soutenu par des acteurs de soutien clinique et différentes activités (12). Conséquemment, les programmes de formation continue doivent être conçus en prenant en compte ces aspects afin d'avoir un impact sur la qualité des soins. Pourtant, il n'existe pas à notre connaissance de formation continue basée sur une approche réflexive et le soutien clinique pour des personnes infirmières travaillant en première ligne et permettant l'adoption des bonnes pratiques d'évaluation des besoins en matière de santé mentale des personnes consultant en première ligne.

Un tel programme de formation incluant la pratique réflexive orientés vers l'évaluation clinique et le soutien clinique devrait inciter le personnel infirmier à créer des conditions propices à l'adoption de bonnes pratiques d'évaluation. Cette notion est illustrée à la Figure 2, qui présente le **modèle théorique initial** du programme de formation et inclue l'**adoption de pratiques d'évaluation clinique fondées sur des données probantes** comme résultat attendu à moyen terme et des résultats pour la personne soignée comme résultat à long terme.

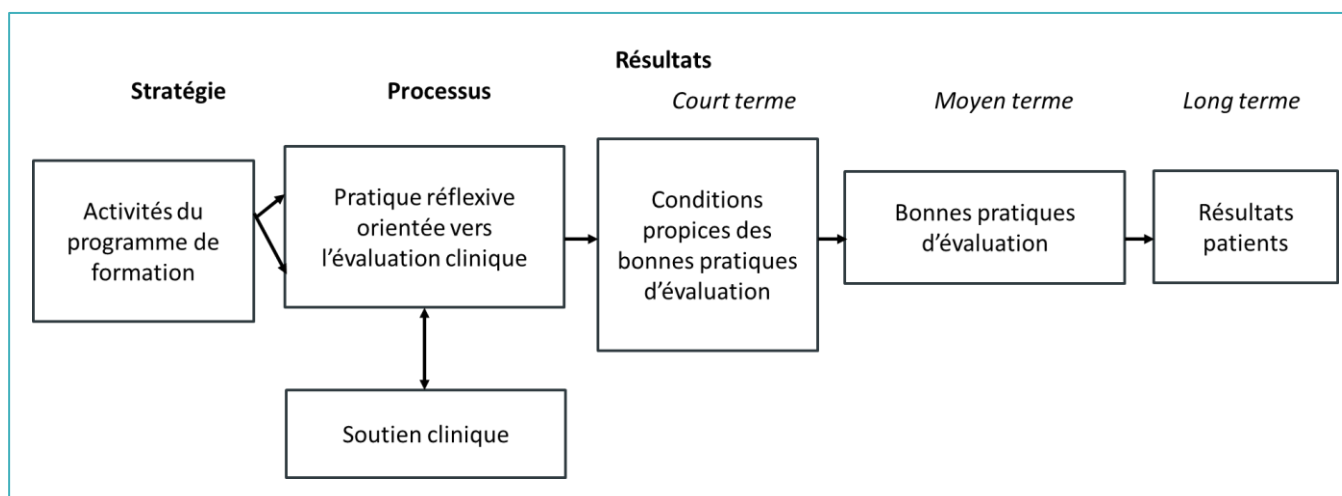


Figure 2. Modèle théorique initial du programme de formation sur l'évaluation des besoins de santé mentale et le soutien clinique pour les infirmières et les infirmiers en groupe de médecine familiale.

1.3.2. Première boucle d'amélioration : novembre à décembre 2023

Testée dans **deux CIUSSS urbains**, auprès de 14 personnes infirmières, cette première version du programme de formation a permis de mesurer des indicateurs liés au **bien-être des ressources humaines**, à l'**acceptabilité**, à la **faisabilité** et à la **pertinence du modèle** avant et après le programme de formation. À la suite d'analyses de données mixtes (questionnaires, entrevues, et notes d'observation), deux ateliers de co-construction (automne 2024) ont permis d'identifier des **éléments d'amélioration** au programme de formation grâce à la participation active d'une personne patiente partenaire, de personnes cliniciennes et de gestionnaires.

Les activités du programme de formation ont été planifiées sur une période de **six semaines**. Le programme était divisé en **trois blocs d'activités**, soit : a) l'auto-évaluation, b) la mise en action et c) le suivi. Chaque bloc incluait une activité réflexive individuelle suivie d'une activité de groupe (Figure 3).

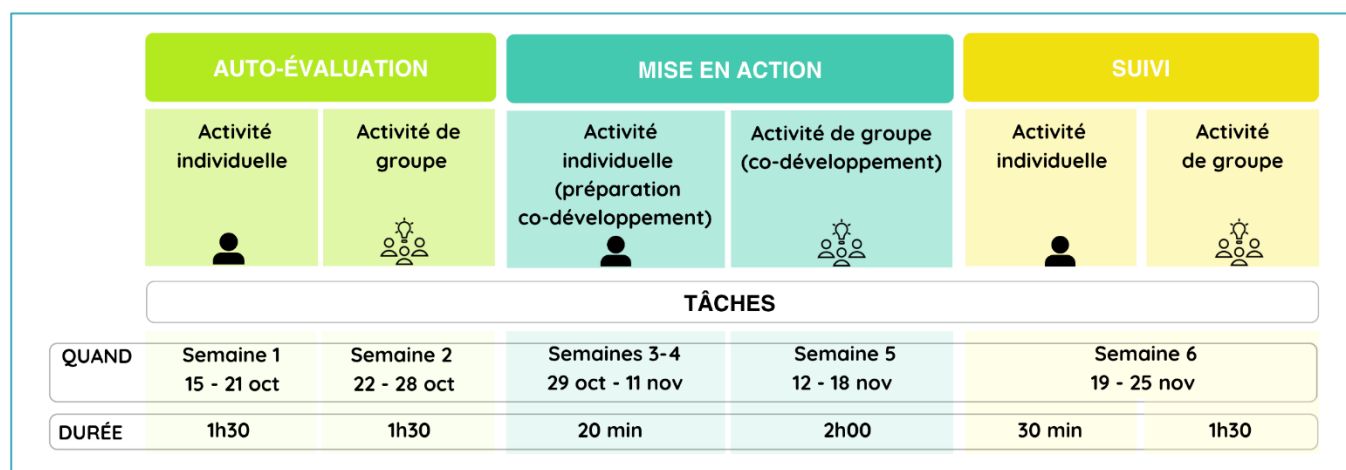


Figure 3. Description des activités de la première version du programme de formation sur l'évaluation des besoins de santé mentale pour les infirmières et les infirmiers en groupe de médecine familiale.

Afin de guider les personnes participantes au cours du programme de formation, un **guide de route** a été développé et hébergé sur Genially®, et donnait accès au guide d'orientation, le résumé de celui-ci, ainsi qu'aux questionnaires réflexifs à remplir tout au long du programme. Le guide d'orientation et son résumé ont permis aux personnes participantes de mettre à jour leurs connaissances sur l'évaluation des besoins en matière de santé mentale (13).

1.3.3. Deuxième boucle d'amélioration : avril à juin 2025

Les analyses à la suite de la première boucle d'amélioration ont permis d'identifier des améliorations à développer pour la version bonifiée du programme de formation. Celle-ci a été déployée dans **quatre CIUSSS/CISSS**, incluant des **milieux urbains, périurbains et régions éloignées** : dans les mêmes deux CIUSSS ayant préalablement participé, ainsi que dans deux nouveaux milieux. La version bonifiée du programme de formation comptait deux séries d'activités parallèles et complémentaires : des activités de formation sur le soutien clinique pour les PEASC et des activités de formation sur l'évaluation des besoins de santé mentale pour les personnes infirmières travaillant en GMF. Les activités de formation pour les PEACS suivaient les mêmes principes pour favoriser l'adoption des bonnes pratiques mentionnées ci-haut et visaient à renforcer les conditions propices (connaissances, motivation, opportunités) à l'adoption des bonnes pratiques de soutien clinique.

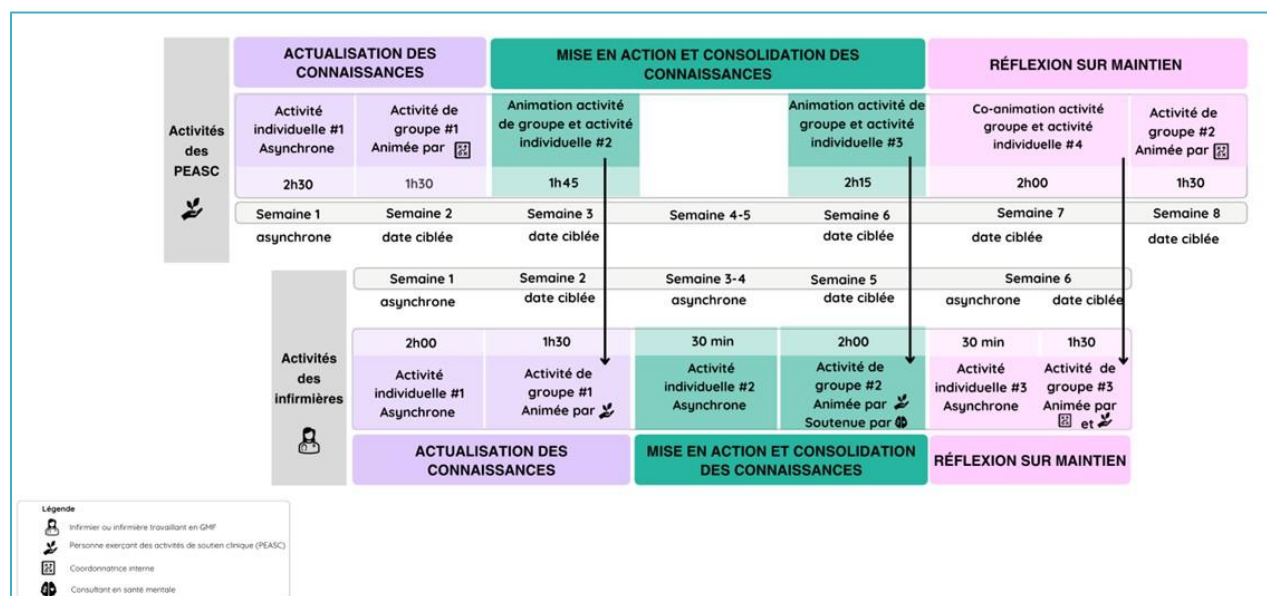


Figure 4. Description des activités de la deuxième version du programme de formation sur l'évaluation des besoins de santé mentale pour les infirmières et les infirmiers en groupe de médecine familiale et sur le soutien clinique pour les personnes exerçant des activités de soutien clinique.

Des indicateurs ont été choisis pour évaluer les **effets** du programme et son **acceptabilité**, ainsi que pour mesurer des **indicateurs du quintuple objectif** : bien-être des ressources humaines, expérience patient, résultats cliniques et efficience du système (voir Annexe 5.1 – Répartition des indicateurs en fonction du quintuple objectif). Des données sur l'**efficacité**, l'**implantation** et le **maintien des bonnes pratiques** seront récoltées dans les mois suivant cette deuxième boucle (**volet 2** de la deuxième boucle d'amélioration).

1.4. RÉCIT D'IMPACT DE L'AMÉLIORATION

1.4.1. Première boucle d'amélioration

La première version du programme de formation (2023) a été testée auprès de 14 infirmières et 4 PEASC dans deux CIUSSS urbains, principalement en GMF universitaires. Les participantes ont jugé le programme satisfaisant, pertinent et engageant. Les résultats montrent une **amélioration des connaissances** (de 57 % en T0 à 92 % en T1), de la **motivation à adopter les bonnes pratiques** (de 93 % en T0 à 100 % en T1) et de la **perception du soutien clinique disponible** (de 64 % en T0 à 100 % en T1). Une baisse de la **perception d'un environnement de travail favorable** a été observée (de 78 % en T0 à 67 % en T1), possiblement liée à une prise de conscience des écarts entre milieux.

Les entrevues ont révélé que le programme a permis de mieux **structurer leur évaluation clinique et leur note** au dossier, d'**élargir le vocabulaire professionnel**, de **clarifier le rôle infirmier en santé mentale** et d'**approfondir la compréhension de l'approche de rétablissement**. Les participantes ont aussi rapporté une meilleure **identification des besoins des patients**, une **augmentation des suivis cliniques** et une **amélioration des plans thérapeutiques**. Des effets perçus positifs incluent un **meilleur bien-être au travail** et une **efficacité des processus** cliniques.

1.4.2. Deuxième boucle d'amélioration

La deuxième version a été testée auprès de 26 infirmières dans des milieux urbains, périurbains et éloignés. Huit PEASC ont animé le programme et participé à son évaluation. Les résultats préliminaires (n=21) indiquent une **amélioration marquée de la perception du soutien clinique** pour améliorer leur pratique (de 34 % en T1 à 86 % en T2) et pour assurer leur **développement professionnel** continu (de 42% en T1 à 76% en T2). Une baisse du **soutien perçu de la part des supérieurs** (de 50% en T1 à 32% en T2) sera explorée en groupes de discussion.

Les résultats sur la **charge de travail** sont mitigés : certaines participantes rapportent manquer davantage de temps pour accomplir leurs tâches (de 5% en T1 à 29% en T2), alors que d'autres indiquent prendre moins souvent du retard (de 24% en T1 à 1 % en T2), suggérant une **complexité dans l'interprétation des effets** du programme sur la charge perçue.

Les **pratiques cliniques ont évolué** : plus d'infirmières utilisent des outils de repérage (de 33 % en T1 à 43 % en T2), et moins déclarent ne jamais les utiliser (de 43 % en T1 à 4 % en T2). L'**aisance à élaborer des plans d'intervention** centrés sur les objectifs de la personne a aussi augmenté (de 30 % en T1 à 80 % en T2). Des indicateurs hebdomadaires testés auprès de quatre infirmières ont révélé une **variabilité dans les pratiques** de repérage, de suivi et de formulation d'objectifs. Du côté des PEASC, les scores de **leadership** sont restés élevés, avec des mouvements positifs dans les dimensions de connaissances et de proactivité. Le **soutien clinique offert** demeure principalement réactif, mais peu de référencements vers des ressources spécialisées ont été observés. Ces résultats seront explorés en groupes de discussion, ainsi que pendant le volet 2 du programme de formation (automne 2025).

1.4.3. Recherche axée sur les patients

Deux **patientes partenaires**, une pour chaque version du programme de formation, ont été impliquées dans le **développement du programme de formation**. En plus de réviser les documents produits pour le programme de formation, assurant ainsi un niveau d'**accessibilité** des documents pédagogiques, productions scientifiques et documents de diffusion, elles ont contribué à l'**interprétation des résultats**. Une **nouvelle section** du guide d'orientation sur les bonnes pratiques d'évaluation mettant l'accent sur **l'importance de la relation soignant-soigné** a par ailleurs été suggérée et rédigée par une patiente partenaire lors de la préparation de la deuxième version du programme de formation. Une patiente partenaire a également donné son avis sur les **retombées** de l'évaluation pour les patients et les aspects qui devraient être mesurés. Également, des **partenaires des niveaux cliniques** (infirmières, PEASC, chargés du Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM) **et organisationnels** (assistantes au supérieur immédiat, gestionnaires, direction des soins infirmiers, directions de programmes, ressources humaines, services généraux et services multidisciplinaires) ont été impliqués à plusieurs étapes de **consultation et de conception** des différentes versions du programme de formation. Les **partenaires des niveaux décisionnels** (Directions des CISSS et CIUSSS, du réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux de l'Université de Sherbrooke) ont également été mis au fait du programme de formation et de son processus de création. À ce jour, c'est plus de quarante personnes issues de divers milieux qui ont contribué au développement du programme. **Des partenaires cliniques ont par ailleurs salué notre démarche pour son effet mobilisateur et valorisant.**

1.5. POTENTIEL DE MISE L'ÉCHELLE

L'évaluation ci-bas suit le guide pour la mise à l'échelle des interventions en matière de santé publique publié par Milat et collaborateurs (14).

1.5.1. Finaliser l'évaluation de l'efficacité

Les deux boucles d'amélioration du programme de formation ont permis d'évaluer son efficacité selon des indicateurs liés au quintuple objectif : bien-être des ressources humaines, expérience patient et résultats cliniques et efficience du système de santé. Les résultats montrent une **tendance positive**, notamment pour ce qui est du bien-être des infirmières en GMF et des PEASC. **Certains effets collatéraux** ont aussi été identifiés, comme le besoin de soutien organisationnel post-formation et une légère augmentation de la charge de travail pendant la formation.

La faisabilité de mesurer les **effets à long terme** sur la pratique clinique et la santé populationnelle sera explorée dans le cadre du **volet 2** de la deuxième boucle, prévu à l'automne 2025. Ce volet explorera également des stratégies concrètes afin de **maintenir l'adoption des bonnes pratiques** d'évaluation après la formation et inclura des démarches d'amélioration continue de la qualité (ACQ), accompagnées par notre équipe et un agent dédié à l'ACQ. Quatre GMF participeront avec des équipes interprofessionnelles incluant une infirmière formée, une PEASC, un médecin de famille et un patient partenaire. L'objectif est de **favoriser des dynamiques de collaboration durables autour d'enjeux partagés**.

1.5.2. Évaluer la portée et l'adoption

L'évaluation de la portée et de l'adoption s'appuie sur le cadre intégré *RE-AIM - Improving public health relevance and population health impact* (15). Tous les CISSS/CIUSSS approchés ont accepté de participer à la deuxième boucle, et **95 % des participantes (38/40) ont complété le programme**. Le recrutement s'est fait par l'intermédiaire de coordonnatrices internes, avec un taux de recrutement de 100 % parmi les personnes référées.

L'implantation du programme est jugée **satisfaisante** : toutes les activités ont été réalisées comme prévu, malgré des ajustements locaux. Les **facteurs facilitants** incluent la libération du personnel, l'accréditation des heures de formation et la réponse à un besoin reconnu. Les **contraintes relevées** concernent la charge de travail non ajustée et la sous-estimation du temps requis pour suivre le programme.

L'**analyse de coûts préliminaire** permet d'estimer les ressources nécessaires à la mise en œuvre du programme de formation selon ses composantes actuelles. Le modèle repose principalement sur des ressources humaines réparties en trois volets : 1) le programme de formation (préparation et mise en œuvre), 2) la mesure et l'interprétation des indicateurs de formation continue, et 3) le volet ACQ (à venir). À ce jour, le coût estimé pour un CISSS/CIUSSS pour un minimum de 10 personnes participantes infirmières est de 6 500 \$. Une version future pourrait inclure l'utilisation d'une plateforme numérique (incluant gestion de la communication et documentation), menant à un ajustement des frais. Cette composante reste à définir.

L'évaluation qualitative de la **cohérence du processus de mise en œuvre** à travers les milieux/le personnel/le temps est présentement en cours et se poursuivra dans les prochaines étapes du développement actuel du programme de formation.

1.5.3. Évaluer l'adéquation avec le contexte stratégique

Le programme de formation **s'inscrit dans les orientations du Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026** (action 7.6) (16). Ce plan met en relief la nécessité de soutenir les personnes cliniciennes généralistes et de définir des orientations claires pour les activités de soutien clinique afin qu'elles puissent exercer un recul sur leur pratique et partager leurs expériences pour améliorer les services et innover. Conséquemment, l'actuel programme de formation vise à renforcer le développement professionnel et à soutenir l'amélioration continue des pratiques, en tenant compte de la complexité des soins de santé mentale. Le programme de formation est également **aligné avec les standards de pratique infirmière en santé mentale**, notamment l'évaluation fondée sur le rétablissement (17). En ce sens, le programme contribue à renforcer les compétences professionnelles et à soutenir l'amélioration continue des pratiques en première ligne.

1.5.4. Évaluer l'acceptabilité et la faisabilité d'une mise à l'échelle du programme de formation

Malgré des indicateurs favorables d'acceptabilité et de faisabilité observés à la suite des deux boucles d'amélioration du programme de formation, une évaluation préliminaire du potentiel de mise à l'échelle indique que certains éléments doivent encore être consolidés dans une prochaine étape de diffusion (*spread*) avant de passer à une mise à l'échelle (*scale up*). D'une part, la faisabilité de **mesurer l'efficacité** à l'aide d'indicateurs de santé ou de bien-être populationnel sera examinée à l'automne 2025. D'autre part, une **cartographie de l'environnement social, politique et organisationnel** dans lequel l'intervention sera déployée, incluant l'identification des obstacles et des catalyseurs à la mise à l'échelle, sera réalisée en collaboration avec nos partenaires (Direction de la coordination de la mission universitaire du CIUSSS de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Centre de formation continue, Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke, Centre d'expertise en santé de Sherbrooke).

Par ailleurs, une **cartographie des fonctions clés et des rôles potentiels** dans l'intervention est en cours, afin de préciser qui pourrait être impliqué dans la mise à l'échelle du programme et quels seraient leurs rôles. Un plan de mise à l'échelle devra également inclure un dispositif d'évaluation et de suivi, dont certains éléments seront explorés dans le cadre des projets d'ACQ prévus à l'automne 2025. Enfin, les travaux d'**estimation des ressources** nécessaires à la mise à l'échelle — humaines, techniques et financières — seront complétés, en tenant compte des infrastructures déjà en place dans les milieux ciblés du réseau de la santé.

1.5.5. ISSaQ 4.0 : Questionnaire auto-administré sur le potentiel de mise à l'échelle des innovations en santé et en services sociaux

Échelle

Pas du tout d'accord						Tout à fait d'accord
1	2	3	4	5	6	7

1. Problème social ou de santé

C1.1 Cette innovation répond à un problème social ou de santé.	7
C1.2 Il y a une demande explicite de mise à l'échelle de l'innovation par les parties prenantes.	7
C1.3 Il y a une demande explicite de mise à l'échelle de l'innovation par les populations ciblées.	7

2. Développement de la mise à l'échelle

C2.1 Les parties prenantes ont donné leur perspective sur la mise à l'échelle.	7
C2.2 Les populations ciblées ont donné leur perspective sur la mise à l'échelle	7

Notes : Pas tous les aspects de la mise à échelle peuvent être évalués à l'étape actuelle d'avancement du projet. Cependant, les parties prenantes et les populations ciblées ont donné leur perspectives sur les aspects de la mise à l'échelle évalués jusqu'à maintenant. Également, les parties prenantes et les populations ciblées étant impliquées à toutes nos étapes de développement, leur perspective sera prise en compte dans les évaluations des aspects de mise à l'échelle restants.

3. Caractéristiques de l'innovation

C3.1 Les parties prenantes impliquées partagent une vision commune de l'objectif de la mise à l'échelle.	7
C3.2 L'innovation est facile à comprendre pour les populations ciblées.	6
C3.3 L'innovation considère des questions de sexe et de genre.	N/A
C3.4 L'innovation respecte les communautés autochtones et les minorités visibles et leur[s] culture[s].	5
C3.5 La mise à l'échelle de l'innovation suit des lignes directrices visant à garantir l'équité, la diversité et l'inclusion des groupes vulnérables dans la société.	5

Notes : Certains aspects d'inclusivité et d'adaptations culturelles restent à intégrer dans les prochaines adaptations du programme.

4. Contexte politique

C4.1 Il n'y a pas d'obstacle politique à la mise à l'échelle de cette innovation.	5
C4.2 La mise à l'échelle de l'innovation est alignée à la législation nationale et locale.	7

5. Efficacité de l'innovation

C5.1 Il existe des données pertinentes et de qualité sur l'efficacité de l'innovation.	5
C5.2 Les avantages de l'innovation et les impacts positifs sur la santé et le bien-être des individus et des communautés sont facilement démontrés par des données probantes.	7
C5.3 Il existe des données pertinentes et de qualité sur les désavantages de l'innovation.	6
C5.4 Les désavantages potentiels de la non-mise à l'échelle ont été considérés.	7

Notes : Les données sur l'efficacité sur la santé des patient(e)s seront évaluées dans des étapes subséquentes.

6. Coûts de la mise à l'échelle

C6.1 Il existe des données pertinentes et de qualité sur les ressources matérielles, financières et humaines (coûts totaux) nécessaires à la mise à l'échelle de l'innovation.	3
C6.2 L'innovation nécessite des ressources matérielles, humaines et financières dont on peut minimalement s'attendre à ce qu'elles soient disponibles pendant la mise à l'échelle	5
C6.3 Il existe des données pertinentes et de qualité sur le coût-efficacité de la mise à l'échelle de l'innovation (en comparaison aux alternatives existantes).	1

Notes : Des données existent pour l'innovation des aspects testés jusqu'à maintenant. Des données futures seront disponibles lors des prochaines étapes de développement.

7. Adaptabilité de l'innovation à la mise à l'échelle

C7.1 Il existe des données pertinentes et de qualité* sur l'adaptabilité de l'innovation.	5
C7.2 Ce qui est nécessaire pour adapter l'innovation localement (nouveau contexte*) a été considéré.	6
C7.3 Des adaptations peuvent être (ou ont pu être) apportées à l'innovation sans altérer les caractéristiques, les objectifs et les résultats fondamentaux.	7

Notes : Les travaux actuels ont permis d'obtenir quelques réponses sur l'adaptabilité de l'innovation, mais quelques aspects d'adaptabilité seront évalués dans les prochaines évaluations de critères de mise à l'échelle.

8. Couverture de la mise à l'échelle

C8.1 Il y a une définition claire de qui est la population ciblée par la mise à l'échelle de l'innovation (c'est-à-dire qui sera couvert et quels sont leurs attributs).	6
C8.2 La mise à l'échelle de l'innovation a le potentiel de couvrir l'ensemble des populations ciblées.	7
C8.3 Il existe des données pertinentes et de qualité sur l'adoption de l'innovation en considérant le nombre d'unités (personnes, services, etc.) prévues pour adopter l'innovation et le nombre réel qui l'adopte.	7

9. Acceptabilité de l'innovation mise à l'échelle

C9.1 Il existe des données pertinentes et de qualité sur l'acceptabilité de l'innovation parmi les populations ciblées.	7
C9.2 L'innovation est présentée de façon appropriée en utilisant un langage accessible pour les populations ciblées.	7

10. Milieu de mise à l'échelle

C10.1 L'innovation a été testée dans le même type de milieu où elle sera mise à l'échelle.	7
C10.2 Les partenariats multipartites locaux sont en place pour soutenir la mise à l'échelle.	7
C10.3 Il existe des ressources humaines qualifiées disponibles dans le milieu où l'innovation sera mise à l'échelle.	7

11. Infrastructure requise pour la mise à l'échelle

C11.1 Il existe des données pertinentes et de qualité sur la faisabilité de la mise à l'échelle de l'innovation.	7
C11.2 Les exigences d'infrastructure pour la mise à l'échelle de l'innovation sont réalisables.	7
C11.3 L'infrastructure organisationnelle requise est disponible pour la mise à l'échelle de l'innovation.	3
C11.4 Des structures sont en place pour surveiller le processus de mise à l'échelle.	3
C11.5 Des structures sont en place pour évaluer le processus de mise à l'échelle.	5

Notes : Aspects à évaluer et développer dans les prochaines boucles d'amélioration.

12. Pérennisation

C12.1 La pérennisation de la mise à l'échelle a été considérée.	7
C12.2 Les ressources matérielles, humaines et financières requises pour la mise à l'échelle de l'innovation sont pérennes.	6

Notes : Certaines ressources à vérifier et évaluer dans les prochaines boucles d'amélioration.

2. OFFRE DE SOUTIEN CLINIQUE ET RÔLE SPÉCIALISTE ACTIVITÉ CLINIQUE : RÉVISION DE LA CHARGE DE CAS

Cette amélioration découle d'un partenariat développé dans le cadre du programme Partenariats d'Amélioration de Trajectoires de vie et d'Innovation en transition vers la Santé durable à la suite de consultations avec des partenaires organisationnels d'un CISSS péri-urbain. Le besoin ciblé portait sur la charge de travail des spécialistes en activité clinique (SAC) et le soutien clinique lié au déploiement du PQPTM

2.1. CARTOGRAPHIE THÉORIQUE

Dans le cadre du déploiement du PQPTM, le MSSS recommande un ratio de 13 à 15 personnes par équivalent-temps-complet pour le soutien clinique, incluant des rencontres hebdomadaires individuelles et, au besoin, des rencontres de groupe entre pairs (1). Ce soutien vise à renforcer les processus réflexifs et décisionnels selon trois fonctions : **normative** (respect des normes et amélioration de la qualité), **formative** (apprentissage et développement professionnel) et **restaurative** (soutien émotionnel et motivation) (18).

Afin d'appuyer la révision de la charge de cas, notre équipe a réalisé une revue rapide de la littérature. Bien que les données probantes soient limitées, cette démarche a permis de mieux comprendre les pratiques et processus impliqués aux niveaux **organisationnel** (19,20), **professionnel** (21) et **clinique** (22) (voir tableau 1).

Tableau 1. Résumé des processus et pratiques recensées en lien avec la révision de charge de cas

Organisationnel	Professionnel (soutien clinique)	Individuel
Définition des profils de la charge de cas / « <i>Caseload profiling</i> » Analyse de la charge de travail Prise de rendez-vous Processus de référencement et critères de référence Documentation Surveillance / « <i>tracking</i> » et évaluation Partage des responsabilités et diversité des compétences / « <i>skill mix</i> »	Révision systématique de la charge de cas avec un spécialiste en santé mentale à l'intérieur d'un modèle de soins en collaboration	Évaluer et prioriser les besoins (soutien à la prise de décision avec la personne soignée) Élaborer et ajuster le plan de traitement / intervention Référer vers d'autres professionnels ou services Surveiller les effets des interventions et l'état de la personne

2.2. CARTOGRAPHIE RÉELLE

Les analyses des entrevues semi-dirigées auprès de SAC et de leurs gestionnaires du CISSS partenaire ont révélé qu'en conditions réelles, le ratio recommandé par le MSSS reste difficilement atteignable, entre autres dû à des activités administratives qui sont devenues la responsabilité des SAC avant même l'intégration du PQPTM. Par ailleurs, les responsabilités réelles des SAC sont devenues interdisciplinaires avec le temps, il s'est donc développé une difficulté d'apparier une structure de soutien clinique efficace dans une approche collaborative et interdisciplinaire.

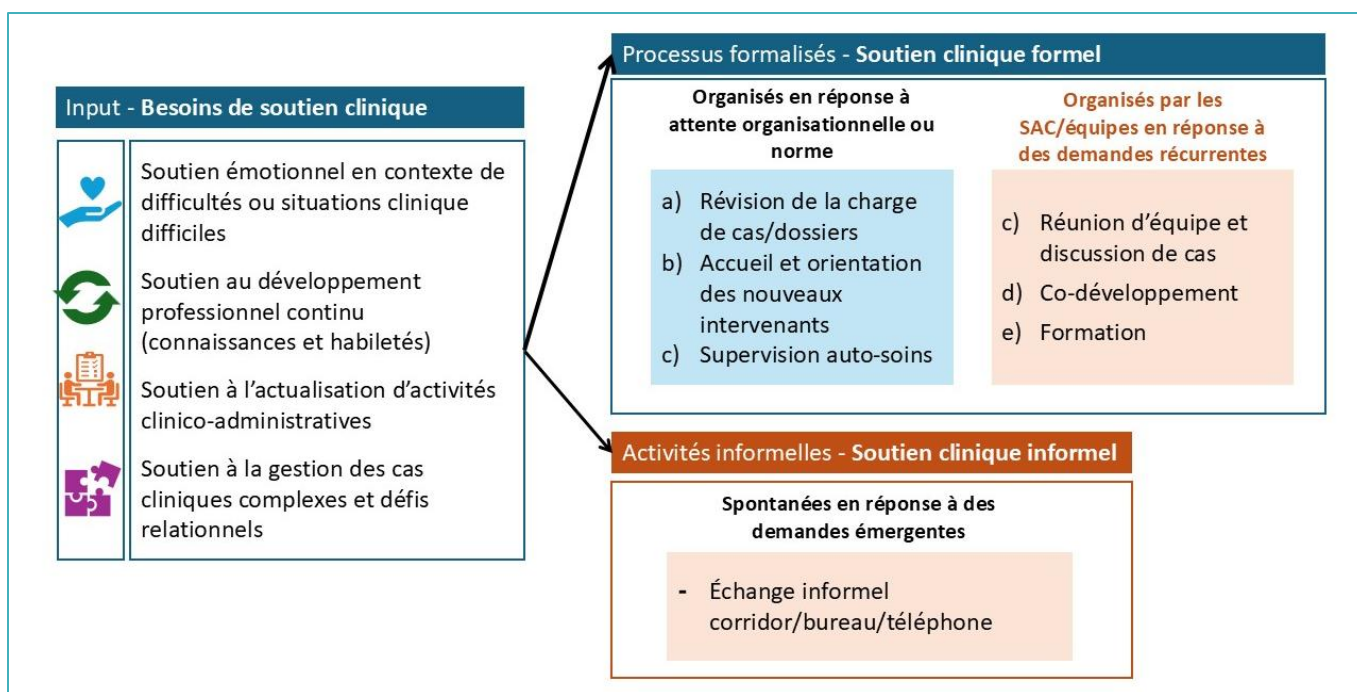


Figure 5. Cartographie réelle de l'offre de soutien clinique et du rôle du spécialiste en activité clinique.

L'exercice d'analyse de la situation réelle a révélé que **les besoins de la clientèle et les offres de services sont variables d'une équipe à l'autre**. De plus, **peu d'outils standardisés ayant la capacité de faciliter le travail des SAC sont disponibles ou connus** (par exemple, en soutenant la structuration et orientation des activités de soutien clinique, comme la révision de charge de cas).

D'autre part, le **manque de clarté du rôle et des responsabilités du SAC reste un enjeu omniprésent**, en plus d'un **manque d'opportunités de développement/formation en continu et d'espace réservés à la rétroaction sur la qualité de leur performance au travail**.

Finalement, un enjeu supplémentaire rapporté concernait **l'adaptation de l'offre de soutien clinique en lien avec le PQPTM**. Il ressort des entrevues un écart important entre les besoins réels de la clientèle desservie par les services des équipes santé mentale adulte et la clientèle ciblée par le PQPTM. Les participants ont soulevé que les outils et les ressources sont peu ou pas adaptés aux besoins de la clientèle. Conséquemment, les SAC ont peu de moyens pour soutenir leurs collègues dans leur besoin de formation et/ou de soutien.

2.3. LISTE D'AMÉLIORATIONS

À la suite des analyses de l'écart entre les bonnes pratiques et la pratique courante, une liste d'améliorations a été dressée. Celle-ci est présentée dans le tableau 2.

Tableau 2. Pistes d'amélioration pour renforcer l'adoption des bonnes pratiques de soutien clinique

Stratégies pouvant favoriser la capacité	<ul style="list-style-type: none"> - Offrir des opportunités de formation en lien avec les meilleures approches de soutien clinique - Offrir du mentorat externe à leur équipe - Offrir un plan de développement professionnel continue en collaboration avec la Direction des services multidisciplinaires (DSM)
Stratégies pouvant favoriser la motivation	<ul style="list-style-type: none"> - Clarifier les normes et indicateurs pour évaluer la performance des SAC - Créer des opportunités de discuter de sa performance
Stratégies pouvant favoriser les opportunités	<ul style="list-style-type: none"> - Codévelopper des outils de travail communs pour animer les rencontres et les discussions de charge de cas (outils pour les activités de soutien clinique) - Créer des mécanismes pour favoriser l'implication des personnes intervenantes et SAC dans des processus formels d'amélioration continue de la qualité des pratiques centrés sur les trajectoires de soins et les besoins de la clientèle - Créer des opportunités de rencontres entre SAC, gestionnaires et directions « qualité/clinique » pour que les SAC puissent rapporter les défis en lien avec la qualité des soins et le besoin de développer des outils ou d'offrir de la formation - Clarifier le rôle et les responsabilités des SAC auprès des gestionnaires, des intervenants et des directions <ul style="list-style-type: none"> o Avoir des stratégies pour disséminer l'information o Développer des lignes directrices ou guides pratiques expliquant le rôle - Renforcer l'offre de soutien technique/administratif pour développer les formations et organiser les rencontres de co-développement/groupe

2.4. COURTE DESCRIPTION DE L'AMÉLIORATION

Le secteur prioritaire a été identifié après consultation des équipes de la Direction des programmes de santé mentale et dépendance, DSM et autres parties prenantes du PQPTM. La **révision de la charge de cas** a été choisie comme axe principal, en adoptant une approche d'ACQ (23). Un agent régional d'ACQ a été mandaté pour soutenir cette démarche, en collaboration avec la coordination provinciale et l'équipe de recherche.

2.4.1. Processus d'amélioration continue de la qualité : Atelier 1 et initiation de la première boucle d'amélioration

Le 29 janvier 2025 a pris place le premier atelier d'ACQ réunissant, en présentiel, les parties prenantes : Direction des programmes de santé mentale et dépendance, DSM, gestionnaire-chef de services, chargée de projet PTQPTM, SAC et chef administratif du SAC, intervenants (psychologue et travailleur social), chercheuse, patiente partenaire et l'agent régional d'ACQ.

L'atelier 1 visait à **clarifier le problème** et à **identifier des solutions** relativement à la révision de la charge de cas. **Deux principaux enjeux** ont été soulevés et priorisés : **1)** Absence de standardisation du processus de révision systématique des cas et manque de clarté des objectifs et des attentes en lien avec cette activité; **2)** Absence de psychiatre dans les réunions cliniques nuit au lien avec les équipes de deuxième ligne. Les équipes ont décidé d'approfondir le premier enjeu puisqu'il représentant le gain le plus rapide.

À la conclusion de l'atelier, un objectif préliminaire a été identifié, soit d'atteindre et de maintenir le niveau de satisfaction des intervenants en lien avec la révision de charge de cas à plus de 70% d'ici le 1er juin 2026. Un plan en 4 étapes a été décidé, dont la première est la clarification des critères de l'offre de services. Afin de remplir l'objectif décidé, des **indicateurs** ont été identifiés et qui pourront être suivis dans un premier cycle PRÉA (P – planifier, R – réaliser, É – étudier, A – agir) et sont présentés dans le tableau 3. La première boucle d'amélioration a été lancée à l'hiver 2025 et se poursuivra jusqu'à juin 2026.

Tableau 3. Liste des indicateurs d'effet, de processus et de déséquilibre à suivre lors du cycle d'amélioration continue de la qualité pour le projet de révision de la charge de cas.

Effets	Processus	Déséquilibre
Satisfaction des intervenants (satisfaction du soutien reçu)	Utilisation de la mesure en continue	Charge de travail (sentiment de pression) des intervenants et des SAC
Charge de travail et qualité du travail	Durée du suivi des patients (max 10 jours)	
Qualité des soins (expérience du patient, atteinte des objectifs thérapeutiques)	Nombre de dossiers actifs par intervenants	

3. RÉFÉRENCES

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services. Guide de pratique clinique. [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-11W.pdf>
2. Higgins J, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page M, et al. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.2 [Internet]. London; 2021 [cité 21 mars 2024]. Disponible sur: <https://training.cochrane.org/handbook/archive/v6.2>
3. Pollock D, Alexander L, Munn Z, Peters MDJ, Khalil H, Godfrey CM, et al. Moving from consultation to co-creation with knowledge users in scoping reviews: guidance from the JBI Scoping Review Methodology Group. *JBI Evid Synth.* 1 avr 2022;20(4):969-79.
4. Girard A, Ellefsen É, Roberge P, Bernard-Hamel J, Hudon C. Adoption of care management activities by primary care nurses for people with common mental disorders and physical conditions: A multiple case study. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* oct 2021;28(5):838-55.
5. Girard A, Roberge P, Ellefsen É, Bernard-Hamel J, Carrier JD, Hudon C. The Influence of Contextual Factors on the Process of Formulating Strategies to Improve the Adoption of Care Manager Activities by Primary Care Nurses. *Int J Integr Care.* 19 mai 2021;21(2):20.
6. Ekers D, Murphy R, Archer J, Ebenezer C, Kemp D, Gilbody S. Nurse-delivered collaborative care for depression and long-term physical conditions: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders.* juill 2013;149(1-3):14-22.
7. Girard A, Hudon C, Poitras ME, Roberge P, Chouinard MC. Primary care nursing activities with patients affected by physical chronic disease and common mental disorders: a qualitative descriptive study. *Journal of Clinical Nursing.* mai 2017;26(9-10):1385-94.
8. Girard A, Ellefsen É, Roberge P, Carrier JD, Hudon C. Challenges of adopting the role of care manager when implementing the collaborative care model for people with common mental illnesses: A scoping review. *International Journal of Mental Health Nursing.* avr 2019;28(2):369-89.
9. Halcomb E, McInnes S, Patterson C, Moxham L, Bird S. Australian general practice nurse involvement in mental health: A descriptive survey. *Collegian.* août 2022;29(4):448-55.
10. Bos-Nehles A, Townsend K, Cafferkey K, Trullen J. Examining the Ability, Motivation and Opportunity (AMO) framework in HRM research: Conceptualization, measurement and interactions. *International Journal of Management Reviews.* 2023;25(4):725-39.
11. Girard A, Roberge P, Ellefsen É, Bernard-Hamel J, Carrier JD, Hudon C. The Influence of Contextual Factors on the Process of Formulating Strategies to Improve the Adoption of Care Manager Activities by Primary Care Nurses. *Int J Integr Care.* 19 mai 2021;21(2):20.
12. Patel KM, Metersky K. Reflective practice in nursing: A concept analysis. *Int J of Nursing Knowl.* juill 2022;33(3):180-7.
13. Girard A, Lafontaine S, Beaudin J, Carrier JD, Lemée MH. Guide d'orientation : l'évaluation clinique orientée vers les besoins de santé mentale et le rétablissement. 2024;29.

14. Milat A, Newson R, King L, Rissel C, Wolfenden L, Bauman A, et al. A guide to scaling up population health interventions. *Public Health Research & Prac* [Internet]. 28 janv 2016 [cité 2 nov 2023];26(1). Disponible sur: <http://www.phrp.com.au/issues/january-2016-volume-26-issue-1/a-guide-to-scaling-up-population-health-interventions/>
15. Glasgow RE, Vogt TM, Boles SM. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *Am J Public Health*. sept 1999;89(9):1322-7.
16. Gouvernement du Québec. S'unir pour un mieux-être collectif : Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026. [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf>
17. Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. Standards de pratique de l'infirmière dans le domaine de la santé mentale [Internet]. Montréal: OIIQ; 2016 [cité 29 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.oiiq.org/sites/default/files/4462-standards-sante-mentale.pdf>
18. O'Shea J, Kavanagh C, Roche L, Roberts L, Connaire S. Clinical supervision for nurses working in mental health services: A guide for nurse managers, supervisors and supervisees. Office of the nursing and midwifery services director, Health service executive; 2019.
19. Bain H, Bagueley F. The management of caseloads in district nursing services. *Primary Health Care*. 2012;22(4):31-7.
20. Harper-McDonald B, Baguley F. Caseload profiling in district nursing: a systematic literature review. *British Journal of Community Nursing*. 2018;23(11):544-8.
21. Bauer AM, Williams MD, Ratzliff A, Unützer J. Best Practices for Systematic Case Review in Collaborative Care. *PS*. 1 nov 2019;70(11):1064-7.
22. Girard A, Ellefsen É, Roberge P, Bernard-Hamel J, Hudon C. Adoption of care management activities by primary care nurses for people with common mental disorders and physical conditions: A multiple case study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. oct 2021;28(5):838-55.
23. Académie Qualité Santé [Internet]. [cité 14 août 2025]. Académie Qualité Santé. Disponible sur: <https://www.aqs-hqa.ca>

4. ANNEXE

4.1. PROGRAMME DE FORMATION SUR L'ÉVALUATION DES BESOINS DE SANTÉ MENTALE ET LE SOUTIEN CLINIQUE : INDICATEURS POUR LA DEUXIÈME BOUCLE D'AMÉLIORATION

Tableau 4. Répartition des indicateurs en fonction du quintuple objectif pour les activités du programme de formation et le guide pratique sur le soutien clinique

Indicateurs	
Activités programme de formation (pour infirmières en GMF)	Guide pratique soutien clinique (pour PEASC)
Perception du soutien au travail des collègues et du supérieur immédiat [1]	Leadership (Implementation leadership scale – Supervisor version) [1]
Taux d'utilisation d'un outil de repérage de signes d'anxiété ou de dépression (PHQ-9, GAD-7) sur une semaine [2]	Nombre d'échanges un à un entre une personne infirmière et une personne qui exerce des activités de soutien clinique [1,2,3] Nombre de personnes référées vers une ressource spécialisée en santé mentale (p.ex. formations, spécialistes en santé mentale) [2]
Nombre de plans d'intervention réalisés en lien avec des objectifs pour la santé mentale [2]	
Nombre de référencement vers des ressources en santé mentale [3]	
Durée des rencontres cliniques [3]	

Légende des élément(s) du quintuple objectif

[1] Améliorer le bien-être des ressources humaines en santé et services sociaux

[2] Améliorer l'expérience patients et les résultats obtenus

[3] Améliorer l'efficacité du système de santé

GMF : groupe de médecine familiale; PEASC : personne exerçant des activités de soutien clinique